



# PSPA

**Projet de Soins**  
Personnalisé & Anticipé

# Table des Matières

---

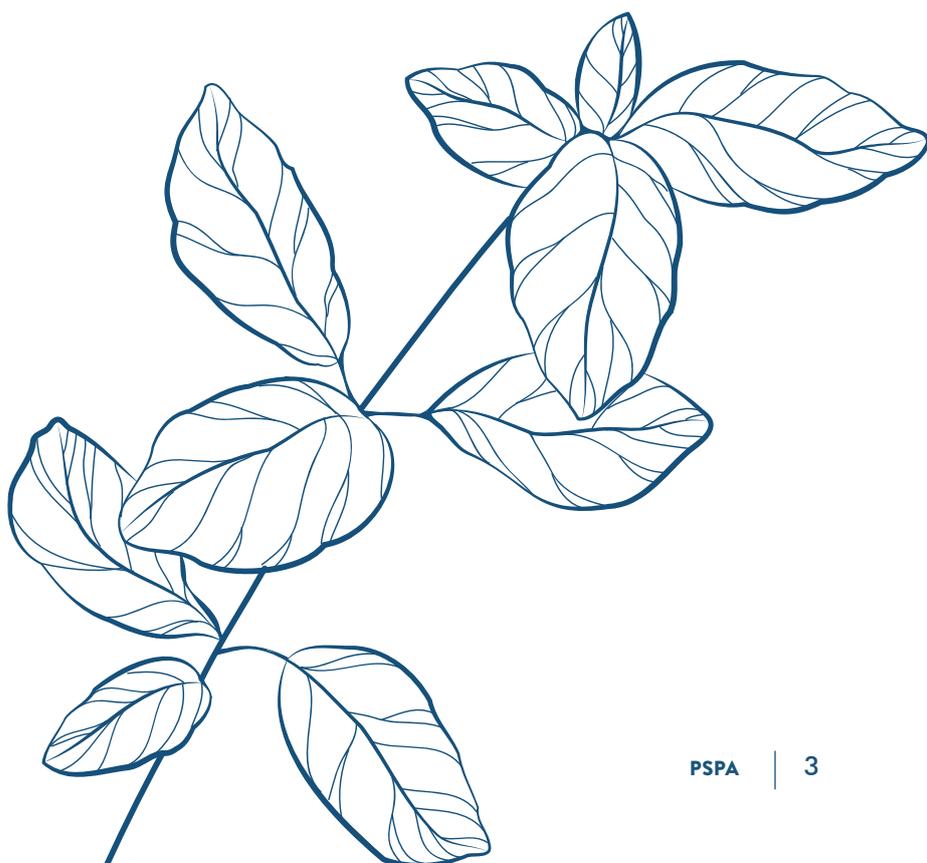
- 4** Introduction
- 6** Histoire de vie
- 10** Déclarations anticipées

Formulaire à détacher

- 11** Déclaration anticipée relative aux traitements
- 15** Désignation d'un mandataire / représentant (droits du patient)
- 21** Désignation d'une personne de confiance (droits du patient)
- 26** Déclaration anticipée relative à l'euthanasie
- 33** Déclaration relative aux affinités spirituelles et philosophiques
- 35** Déclaration anticipée relative au prélèvement de matériel corporel humain
- 35** Déclaration anticipée relative au don du corps à la science
- 39** Déclaration anticipée relative aux obsèques
- 43** Récapitulatif des déclarations anticipées

- 44** Mes volontés concernant mon projet thérapeutique actuel
- 48** Quelques recommandations
- 49** Annexes
- 50** Liens utiles

# Qu'est-ce que le **Projet de Soins Personnalisés & Anticipés ?**



Dans notre vie de tous les jours, il n'est pas facile d'oser parler de la mort et plus particulièrement d'évoquer sa propre fin de vie. Le projet de soins personnalisé et anticipé (PSPA) s'adresse cependant à toute personne, quel que soit son âge, afin de rester acteur de sa vie en étant au cœur du processus décisionnel. Il est en effet possible de se positionner et d'optimiser les chances que nos derniers moments de vie restent bien en accord avec nos souhaits et nos valeurs.

Chacun doit pouvoir être libre, autonome de choisir et d'exprimer ses souhaits et ses décisions - ou non - concernant sa propre

fin de vie et ce, à tout moment. Plutôt que d'attendre la survenue d'un événement tragique, d'une maladie, d'un accident, prenons le temps d'en parler quand tout va bien. Ce carnet a pour objectif de recueillir vos attentes pour pouvoir respecter au mieux vos souhaits. Il vise à anticiper une situation où vous ne seriez plus en mesure d'exprimer vous-même vos choix.

Anticiper cette réflexion et favoriser le dialogue permet d'approcher, d'accompagner et de vivre de manière plus respectueuse et plus sereine le reste de la vie. Vous pouvez donc communiquer vos volontés et en informer votre entourage (proches, médecin traitant, prestataires de soins). Néanmoins, le contenu du carnet vous appartient, vous restez libre de partager ou non, en entier ou en partie, le contenu de vos réflexions. Si la démarche est encouragée, il ne s'agit en aucun cas d'une obligation.

L'élaboration d'un PSPA nécessite du temps : s'informer, réfléchir, questionner, dialoguer, être accompagné. Afin de pouvoir formuler des souhaits réalistes, il est important de disposer préalablement d'informations correctes et compréhensibles sur lesquelles se baser. Votre médecin joue ici un rôle essentiel, notamment pour les questions médicales. C'est pourquoi, il vaut mieux l'impliquer dans votre réflexion.

Dans ce carnet, vous trouverez une série de formulaires-types et des informations utiles pour vous aider à faire vos choix. Il n'est pas demandé de compléter toutes les parties du carnet mais seulement celles pour lesquelles vous souhaitez vous positionner. Les choix exprimés peuvent toujours évoluer, c'est pourquoi il est possible de les modifier ou de les supprimer à tout moment.

***Veillez noter que les informations présentes dans ce PSPA sont liées à la législation en vigueur au moment de la parution de ce carnet. Des modifications sont donc possibles en fonction d'un changement de législation a posteriori. (Plus d'infos : [www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be) ) Nous vous invitons à consulter notre site [www.pspa.be](http://www.pspa.be) qui sera régulièrement mis à jour.***



**PROPRIÉTAIRE DU CARNET**

NOM

PRÉNOM

N° DE REGISTRE NATIONAL

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

GSM/TÉL

EMAIL

**MÉDECIN TRAITANT ACTUEL**

NOM

PRÉNOM

ADRESSE

TÉLÉPHONE

GSM

DEPUIS QUELLE ANNÉE ?

COORDONNÉES DE L'ANCIEN MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

**PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

NOM

PRÉNOM

GSM/TÉL

EMAIL

NOM

PRÉNOM

GSM/TÉL

EMAIL

NOM

PRÉNOM

GSM/TÉL

EMAIL

**MANDATAIRE / REPRÉSENTANT (pour les droits du patient - voir explication p.15)**

NOM

PRÉNOM

GSM/TÉL

EMAIL



# Histoire de vie

Cette partie du PSPA a pour objectif de communiquer des informations concernant les **éléments importants de votre histoire** et les **valeurs** qui vous habitent. Il permettra à votre entourage et aux soignants de mieux vous connaître, de mieux comprendre et respecter vos choix, en fonction de ce que vous avez vécu tout au long de votre vie.

A travers ces quelques pages, vous pouvez aussi exprimer certaines choses à vos proches, leur laisser des informations, des traces. Les différents thèmes ne doivent pas être considérés comme exhaustifs. Libre à vous d'ajouter les rubriques qui sont importantes pour vous.

La section « histoire de vie » n'a pas de valeur juridique mais contribuera à la qualité de l'accompagnement que vous prodigueront les soignants.

## PARTAGE DU CONTENU

Je souhaite partager le contenu de mon carnet de vie

OUI\*     NON     ACTUELLEMENT SANS AVIS

\*Si oui, je souhaite le partager avec

MES PROCHES     MON MÉDECIN TRAITANT     LES SOIGNANTS

AUTRES / PRÉCISER :

## 1. MES LOISIRS, PASSIONS, MES CENTRES D'INTÉRÊT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

## 2. AU NIVEAU SENSORIEL...

Ce qui m'apaise si je ne sais plus m'exprimer :

- GOÛT** .....
- PARFUM** .....
- TOUCHER** .....
- AUDITION** .....
- VUE** .....

---

## 3. QUE SIGNIFIE POUR MOI UN ACCOMPAGNEMENT QUI ME RESPECTE, ÊTRE ACCOMPAGNÉ DANS LA DIGNITÉ ?

.....

.....

.....

.....

---

## 4. MES MOMENTS-CLÉS

Quels sont les évènements marquants de ma vie (familiale, amicale, professionnelle), mes réalisations importantes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

## 5. MON AVENIR

Quels sont les projets que je souhaite vivre ou clôturer ?  
Où est-ce que j'envisage mon lieu de vie en fin de parcours ?

.....

.....

.....

.....

---

## 6. LORSQUE VOUS PENSEZ À LA MORT, QUE CRAIGNEZ-VOUS (LE PLUS) ?

- RESSENTIR DE LA DOULEUR**
- ÊTRE SEUL**
- AUTRE** .....
- AVOIR DE LA DIFFICULTÉ À RESPIRER**
- PERDRE VOTRE DIGNITÉ**

.....

.....

# Ma page blanche

Votre page blanche est l'espace qui vous permet d'ajouter des rubriques dans la transmission d'informations à vos proches ou de laisser libre cours à votre imagination (écriture, expression créative - dessin, photos, identifier vos animaux de compagnie éventuels et à qui les confier, etc...) pour clôturer le carnet de vie d'une façon qui vous ressemble.



# Déclarations anticipées

Les déclarations anticipées sont des documents établis à l'avance dans lesquels une personne capable<sup>1</sup> énonce des choix à respecter concernant sa santé et sa fin de vie, pour le jour où elle **n'est plus capable de s'exprimer**.

Ces déclarations anticipées permettent aux proches, aux médecins et au personnel soignant de tenir compte, dans la mesure du possible, des souhaits et décisions du patient lorsqu'ils sont amenés à décider à la place de celui-ci. Tant que le patient est capable d'exprimer sa volonté, les déclarations anticipées ne seront pas appliquées puisqu'une déclaration orale suffit.

Il est évident que chacun est libre de compléter, en entier ou en partie, ces déclarations anticipées. Toutes les déclarations anticipées sont des documents ayant une valeur juridique. Compte tenu des nuances que nous apporterons ultérieurement, les médecins et les proches devront en tenir compte pour autant qu'elles soient connues de ceux-ci, qu'elles soient claires et applicables, et, le cas échéant, qu'elles respectent les conditions de validité. Trois de ces déclarations anticipées (euthanasie, dernières volontés relatives aux obsèques et le don de matériel corporel humain) peuvent être enregistrées auprès de votre commune. Ceci n'est pas une obligation mais cela permet de rendre ces déclarations anticipées publiques et ainsi de s'assurer qu'elles soient respectées. **Toutes les déclarations anticipées sont valables pour une durée illimitée mais peuvent être annulées ou modifiées à tout moment autant de fois que souhaité.**

Nous vous invitons à dialoguer avec votre médecin traitant avant de compléter ce volet, afin de procéder à des choix éclairés et de vous assurer qu'il soit informé de ceux-ci.

## PARTAGE DU CONTENU

Je souhaite partager le contenu de mes déclarations anticipées

OUI\*     NON     ACTUELLEMENT SANS AVIS

\*Si oui, je souhaite le partager avec

MES PROCHES     MON MÉDECIN TRAITANT     LES SOIGNANTS

AUTRES / PRÉCISER :

<sup>1</sup> Pour certaines déclarations, par exemple la désignation d'un mandataire pour les droits du patient, au moment où il rédige la déclaration, le patient doit uniquement être capable d'exprimer sa volonté (capacité de fait). Pour d'autres déclarations, comme par exemple la déclaration anticipée relative à l'euthanasie, le patient doit avoir la capacité de fait mais aussi la capacité juridique (c-à-d la capacité d'exercer soi-même ses droits).

# 1. Déclaration anticipée relative aux traitements

Une **déclaration anticipée relative aux traitements** est une déclaration dans laquelle vous indiquez quels sont les traitements et soins que vous refusez et/ou souhaitez .

Depuis la loi du 6 février 2024, venant modifier la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, **le patient a en effet le droit d'enregistrer ses volontés de traitements dans une déclaration anticipée**<sup>1</sup>. Le médecin doit tenir compte de ces déclarations anticipées (c-à-d qu'il doit prendre en considération les souhaits du patient dans son jugement professionnel, tout en conservant sa liberté diagnostique et thérapeutique). Seules **les déclarations anticipées négatives de traitements (ou refus de soins) déterminées sont contraignantes** au niveau légal.

Pour éviter des difficultés d'interprétation, la loi, complétée par les travaux parlementaires, demande que le rédacteur précise quelle(s) intervention(s) est (sont) refusée(s) ou souhaitée(s) et dans quelles circonstances elle(s) s'applique(nt). On ne peut pas refuser, par exemple, « tous traitements futurs ».

Cette déclaration servira dans le cas où vous seriez **dans l'incapacité d'exprimer votre volonté ou de décider vous-même**. Tant que le patient est capable d'exprimer sa volonté, les déclarations anticipées ne seront pas appliquées puisqu'une déclaration orale suffit. Pour s'assurer que vos souhaits seront respectés, il est préférable de les **communiquer à vos proches et aux soignants** qui vous accompagnent.

Le **mandataire / représentant** désigné devra informer les soignants de l'existence d'une déclaration anticipée et fera respecter vos choix<sup>2</sup>. Si le requérant n'est pas en état physique de rédiger personnellement cette déclaration, il peut désigner **un rédacteur**<sup>3</sup>.

Il est recommandé de rédiger **une déclaration anticipée relative aux traitements en plusieurs exemplaires**. Il est conseillé de garder un exemplaire pour soi, d'en prévoir un pour le ou les mandataire(s) et d'en transmettre un au médecin traitant.

La loi révisée en 2024 prévoit que le patient peut **établir une déclaration anticipée relative aux traitements par voie électronique**. Il faudra attendre des arrêtés royaux pour connaître les modalités pratiques.

Il n'y a aucune **obligation légale** de compléter à l'avance, en tout ou en partie, cette déclaration. Cette déclaration n'est **pas limitée dans le temps**. Vous pouvez l'annuler ou la modifier à tout moment. Pour avoir une **valeur juridique**, la déclaration doit être datée et reprendre la signature de toutes les personnes qui y sont mentionnées.

À NOTER

*Pour remplir cette déclaration, il est vivement conseillé d'être accompagné par votre médecin traitant afin de s'assurer d'être bien informé sur les conséquences de vos choix, et de lui demander de préciser ce qu'impliquent les thérapies spécifiques reprises dans les traitements.*

<sup>1</sup> Article 2, 6° de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient : « Déclaration anticipée : la consignation par écrit, soit par un support papier ou par voie électronique de la volonté du patient pour le cas où le patient ne pourrait plus décider lui-même »

<sup>2</sup> Dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, le praticien peut également s'opposer, dans l'intérêt du patient, à la décision du représentant afin de prévenir toute atteinte à la vie ou à la santé du patient (ex. le représentant refuse un traitement vital). Mais le prestataire de soins ne pourra pas déroger à la décision du mandataire si ce dernier prouve que sa décision correspond à la volonté expresse du patient (ex. témoignage confirmant cette volonté, enregistrement vidéo) (cfr folder sur les Droits du Patient du SPF Santé Publique, p.15)

<sup>3</sup> Il peut être utile (pas obligatoire) d'indiquer les raisons de cette incapacité physique de rédiger (et de signer) et de l'attester par un certificat médical.

# Formulaire à découper\*



---

## DÉCLARATION ANTICIPÉE RELATIVE AUX TRAITEMENTS

*\* Si je n'ai pas encore rempli de déclaration anticipée relative aux traitements et que je souhaite le faire, je peux me référer au formulaire proposé ci-après et le compléter.*

**DÉCLARATION ANTICIPÉE RELATIVE AUX TRAITEMENTS**

**Nom et prénom :** .....

**Tél. ou GSM :** .....

**Adresse complète :** .....

**Numéro d'identification au Registre National :** .....

**Mandataire / représentant** ..... **Téléphone** .....

**VOLET 1 - Refus de soins ou de traitements déterminés (contraignant)**

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

- Quelle que soit la raison de mon incapacité à exprimer ma volonté
- 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 suis dans un état qui relève d'une atteinte irréversible à mes fonctions corporelles ou mentales et qui est appelé à se dégrader progressivement
- Je me trouve dans un état d'inconscience irréversible (coma ou état végétatif persistant)
- Autre situation : .....

- Je ne souhaite plus de traitement visant à prolonger la vie, mais simplement un traitement de confort. Je ne veux plus d'examen, sauf dans les cas où ils permettraient d'améliorer mon confort.

Je refuse les traitements suivants :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques   | <input type="checkbox"/> Radiothérapie                          |
| <input type="checkbox"/> Opération       | <input type="checkbox"/> Respiration artificielle               |
| <input type="checkbox"/> Soins intensifs | <input type="checkbox"/> Hydratation et nutrition artificielles |
| <input type="checkbox"/> Dialyse rénale  | <input type="checkbox"/> Réanimation                            |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie  | <input type="checkbox"/> Hospitalisation                        |

Autres traitements dont je ne souhaite pas bénéficier (compléter par vous-même) :

.....

.....

.....

.....

- Le traitement peut se poursuivre jusqu'au prélèvement d'organes, en cas de don.

**VOLET 2 - Volontés de soins / traitements (non contraignant mais les professionnels de soins de santé doivent en tenir compte<sup>1</sup>)**

Je souhaite, dans la mesure du possible, bénéficier de : (compléter par vos soins – exemple : thérapie alternative, participer à une expérience, bénéficier des soins palliatifs à domicile, mourir à domicile, être soigné par tel médecin,... )

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

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 est la suivante :

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

PRÉNOM

NOM

a été désigné pour rédiger cette déclaration anticipée.

Les données personnelles de cette personne sont les suivantes :

ADRESSE

N° DE REGISTRE NATIONAL

TEL OU GSM

EMAIL

LIEN DE PARENTÉ ÉVENTUEL

Cette déclaration est établie en .....exemplaires signés qui sont conservés à :

.....  
.....

Fait à ..... , le .....

Date et signature du requérant :

Date et signature du mandataire :

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 :

<sup>1</sup> Cela implique que le praticien professionnel doit prendre en considération dans son jugement professionnel les souhaits du patient tout en gardant sa liberté diagnostique et thérapeutique.



## 2. Désignation d'un mandataire / représentant (droits du patient)

Tout patient peut désigner un représentant, défini par la loi comme « une personne qui exerce les droits du patient lorsque le patient n'est plus en mesure d'exercer lui-même ses droits en tant que patient ». Comme la désignation de cette personne s'effectue par un mandat écrit spécifique, daté et signé par elle ainsi que par le patient, on la nomme « mandataire/représentant ».

Il est recommandé de rédiger le **formulaire de désignation** d'un mandataire **en 2 exemplaires** : un conservé par le mandataire et un conservé par le patient. Une copie peut être communiquée au médecin traitant ou à un autre médecin choisi par le patient. Le mandataire doit accepter sa mission en signant le formulaire de désignation. Il n'y a **aucune obligation légale** de désigner à l'avance un mandataire. Si le patient n'a désigné aucun mandataire ou si le mandataire désigné par le patient n'intervient pas, les droits du patient sont exercés par **l'administrateur de la personne** désigné pour ce faire par le juge de paix. **Si aucun administrateur n'est habilité à représenter le patient**, la désignation de la personne représentant le patient se fait en cascade :



En cas de conflit entre plusieurs représentants du même niveau (ex. : plusieurs enfants) ou à défaut de représentant, le praticien veille aux intérêts du patient tout en se concertant avec l'équipe pluridisciplinaire.

**La désignation du mandataire / représentant peut être révoquée** à tout moment, par écrit, daté et signé. En ce cas, il est recommandé de mettre au courant toutes les personnes qui ont reçu la désignation originale.

Depuis la modification de la loi sur les droits du patient en février 2024, **il est possible de désigner plusieurs mandataires / représentants**. Dans ce cas, le patient devra déterminer l'ordre dans lequel ces personnes devront intervenir.

La loi révisée prévoit également que les mandataires / représentants peuvent être désignés par voie électronique. Il faudra attendre des arrêtés royaux pour connaître les modalités pratiques.

# Formulaires à découper\*



## DÉSIGNATION D'UN MANDATAIRE / REPRÉSENTANT RÉVOCAION DU MANDATAIRE / REPRÉSENTANT DÉSIGNÉ

### DÉSIGNATION DE MANDATAIRE(S) / REPRÉSENTANT(S)

Ai-je désigné un mandataire(s) / représentant(s) pour me représenter le cas échéant ?

OUI\*

NON

\*Si oui, voici les coordonnées des mandataires que j'ai désignés par un mandat écrit spécifique pour me représenter et exercer mes droits de patient en mon nom en cas d'incapacité à exprimer ma volonté en matière de soins de santé :

1. NOM & PRÉNOM

TEL

2. NOM & PRÉNOM

TEL

3. NOM & PRÉNOM

TEL

Une copie de la désignation/révocation d'un mandataire a été remise au médecin suivant :

NOM DU MÉDECIN

*\* Si je n'ai pas encore désigné de mandataire / représentant et que je souhaite le faire, je peux me référer au formulaire proposé par le SPF Santé Publique qui se trouve ci-après et le compléter.*

*Idem en cas de révocation du mandataire / représentant.*

## Exemple de formulaire de désignation du **REPRESENTANT** dans le cadre de l'exercice des DROITS DU PATIENT Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (art. 14, §1/1)

Je soussigné(e) ..... (nom et prénom du patient)  
**désigne la personne citée ci-dessous pour me représenter, pour autant et aussi longtemps que je ne serai pas capable d'exercer moi-même mes droits de patient, tels que décrits dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.**

• Données personnelles du patient :

- Adresse e-mail ou adresse postale : .....
- Numéro de téléphone : .....
- Date de naissance : .....

• Données personnelles du REPRESENTANT DESIGNÉ :

- Nom et prénom : .....
- Adresse e-mail et adresse postale : .....
- Numéro de téléphone : .....
- Date de naissance : .....

Fait à ....., le ..... (date)

**Signature du patient :**

J'accepte ma désignation de représentant telle que visée ci-dessus et je veillerai à représenter le patient pour le cas où il ne serait pas en mesure d'exercer ses droits de patient lui-même.

Fait à ....., le ..... (date)

**Signature du représentant désigné :**

*Suite page 2 (à remplir de manière facultative)*

**A remplir de manière facultative (sans aucune obligation)**

Je soussigné(e).....(nom et prénom du patient)  
*désigne, selon l'ordre successif déterminé ci-dessous, l'(es) autre(s) personne(s) suivante(s) comme éventuel futur représentant dans le cadre de mes droits de patient, pour le cas où la personne désignée ci-dessus (à la page 1) ferait défaut.*

Cela peut être notamment le cas si le représentant désigné ci-dessus ne souhaitait explicitement plus intervenir comme représentant (pour une période déterminée ou de manière définitive); s'il n'était lui-même plus capable d'exercer mes droits du patient en mon nom ou s'il était décédé.

**1. Nom et prénom de l'éventuel futur représentant:**

- .....  
- Adresse e-mail ou adresse postale :.....  
- Numéro de téléphone :.....  
- Date de naissance :.....

Fait à....., le.....(date),

**Signature du patient :**

*J'accepte ma désignation comme éventuel futur représentant du patient, selon les modalités et l'ordre successif prévus dans le présent mandat.*

Fait à....., le.....(date),

**Signature de l'éventuel futur représentant :**

**2. Nom et prénom de l'éventuel futur représentant:**

- .....  
- Adresse e-mail ou adresse postale :.....  
- Numéro de téléphone :.....  
- Date de naissance :.....

Fait à....., le.....(date)

**Signature du patient :**

*J'accepte ma désignation comme éventuel futur représentant du patient, selon les modalités et l'ordre successif prévus dans le présent mandat.*

Fait à....., le.....(date),

**Signature de l'éventuel futur représentant :**

3....

4....





**Commission Fédérale "Droits du patient" – 19 décembre 2005**

Direction Générale Organisation des Etablissements de Soins

service public fédéral **SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**

## REVOCACTION du MANDATAIRE désigné

dans le cadre de la représentation du patient

(article 14 §1 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient )

- Je soussigné ,....., révoque par la présente la personne citée ci-dessous que j'ai désignée comme mandataire le ...../...../.....

• Données personnelles du mandataire révoqué :

- nom et prénom :
- adresse :
- numéro de téléphone :
- date de naissance :

*Fait à ....., le ..... (date) - Signature du patient :*

**Recommandation :**

Il est recommandé de mettre au courant toutes les personnes qui ont reçu la désignation originale établie le ..../.../...





### 3. Désignation d'une personne de confiance (droits du patient)

Désigner une personne de confiance n'est pas à proprement parler une déclaration anticipée. En effet, la personne de confiance assiste le patient alors même que celui-ci est encore capable d'exprimer ses volontés et d'exercer ses droits du patient de manière autonome.

Par « **personne de confiance** », l'on parle d'un membre de la famille, un ami, un autre patient ou toute autre personne désignée par le patient pour l'aider, notamment à obtenir des informations sur son état de santé, à consulter ou obtenir une copie de son dossier médical, ainsi qu'à porter plainte. Depuis la modification de la loi sur les droits du patient en février 2024, le patient décide de l'étendue des compétences de la personne de confiance.

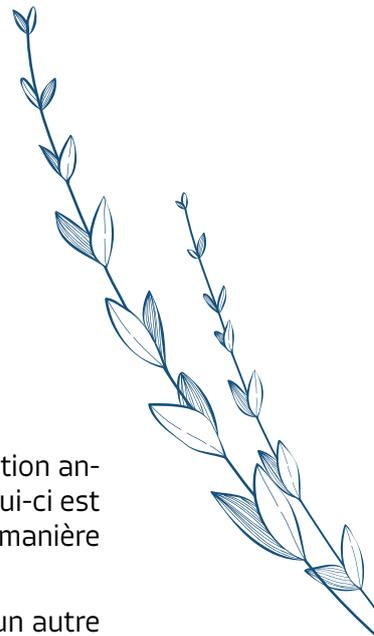
Il n'y a aucune obligation légale de désigner une personne de confiance, ni de remplir un formulaire de désignation mais cela peut vous aider à clarifier votre situation. Par ailleurs, pour que la personne de confiance ait accès au dossier et puisse en obtenir une copie en dehors de votre présence, il faut que vous ayez fait une demande écrite explicite.

Il est recommandé de rédiger **le formulaire de désignation** d'une personne de confiance **en 3 exemplaires** conservés par le patient, par la personne de confiance et par le praticien chez qui la personne de confiance, sans la présence du patient, reçoit l'information, consulte le dossier ou peut en faire une copie.

La loi révisée prévoit que les personnes de confiance peuvent être désignées par voie électronique. Il faudra attendre des arrêtés royaux pour connaître les modalités pratiques.

**La désignation de la personne de confiance peut être révoquée** à tout moment. Le patient peut faire savoir au praticien que la personne désignée ne peut plus agir comme personne de confiance.

**Il est possible de désigner plusieurs personnes de confiance.** Il est préférable de remplir un formulaire par personne de confiance car on peut faire varier l'étendue des pouvoirs de chacune.



# Formulaire à découper\*



## DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

### DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Ai-je désigné une/des personne(s) de confiance pour m'accompagner dans mon suivi médical ?

OUI\*  NON

\*Si oui, voici les coordonnées de la personne de confiance que j'ai désignée :

2. NOM & PRÉNOM

TEL

2. NOM & PRÉNOM

TEL

3. NOM & PRÉNOM

TEL

Une copie de la désignation de la personne de confiance a été remise au(x) médecin(s) suivant(s) :

NOM DU MÉDECIN

NOM DU MÉDECIN

*\* Si je n'ai pas encore désigné de personne de confiance et que je souhaite le faire, je peux me référer au formulaire proposé par le SPF Santé Publique qui se trouve ci-après et le compléter.*

## Exemple de formulaire de désignation d'une PERSONNE DE CONFIANCE

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 11/1 §1 et §2

Je soussigné(e), ..... (nom et prénom du patient)  
(Cochez la /les case(s) appropriée(s), selon vos propres souhaits)

- Désigne la personne mentionnée ci-dessous pour **m'assister (me soutenir) dans le cadre de mon/mes droit(s) de patient** suivant(s) :
  - **bénéficiaire de soins de qualité**
  - **choisir librement le professionnel des soins de santé**
  - **être informé sur les prestations de soins envisagées en vue de mon consentement à celles-ci**
  - **être informé sur mon état de santé**
  - **consulter mon dossier de patient**
  - **obtenir une copie de mon dossier de patient**
  - **être assuré du respect de mon intimité et de la protection de ma vie privée**
  - **déposer plainte auprès du service de médiation compétent**
  
- Autorise la personne mentionnée ci-dessous à **intervenir, en dehors de ma présence**, dans le cadre de mon / mes droit(s) suivant(s) :
  - **Être informé sur mon état de santé**
    - pour une période déterminée : de ..... (date) à ..... (date)
    - pour une période indéterminée
    - auprès du/des professionnel(s) des soins de santé suivant(s) : .....
    - auprès de tout professionnel des soins de santé qui a une relation de soin avec moi
  - **Être informé sur les prestations de soins envisagées**
    - pour une période déterminée : de ..... (date) à ..... (date)
    - pour une période indéterminée
    - auprès du/des professionnel(s) des soins de santé suivant(s) : .....
    - auprès de tout professionnel des soins de santé qui a une relation de soin avec moi
  - **Consulter et/ou obtenir une copie de mon dossier patient**
    - pour une période déterminée : de ..... (date) à ..... (date)
    - pour une période indéterminée
    - auprès du/des professionnel(s) des soins de santé suivant(s) : .....
    - auprès de tout professionnel des soins de santé qui a une relation de soin avec moi

### Coordonnées de la PERSONNE DE CONFIANCE :

Nom et prénom : .....

Adresse e-mail ou adresse postale : .....

Tel : .....

Date naissance : .....

Fait à ....., le ..... (date)

Signature du patient :

Coordonnées du patient : adresse e-mail ou adresse postale, tél, date de naissance : .....

.....

.....



## EXPLICATIONS ET RECOMMANDATIONS concernant la désignation d'une PERSONNE DE CONFIANCE

1. La personne de confiance est une **personne de soutien qui intervient à la demande du patient**. Elle assiste un **patient encore capable d'exercer ses droits de patient et donc de prendre lui-même des décisions concernant ses soins de santé**.
2. Le patient n'est pas obligé de désigner par écrit sa personne de confiance pour être assisté dans le cadre de l'exercice ses droits de patient; il peut le faire oralement auprès du professionnel des soins de santé. Mais un écrit du patient (éventuellement via le présent formulaire) peut permettre de clarifier sa situation auprès des professionnels des soins de santé. En tout état de cause, s'il en a connaissance, le professionnel des soins de santé inscrit dans le dossier patient l'identité et les compétences de la personne de confiance.
3. Le patient peut autoriser explicitement une personne de confiance à intervenir **en dehors de sa présence** dans le cadre des droits spécifiques suivants : le droit à être informé sur l'état de santé, le droit à être informé sur les prestations de soins (en vue du consentement du patient à celles-ci), le droit à consulter le dossier patient ou le droit à en obtenir une copie. Dans ce cas, une **autorisation écrite** (le cas échéant via le présent formulaire) est particulièrement appropriée au regard de l'obligation au secret professionnel du professionnel des soins de santé.
4. Le patient peut désigner **plusieurs personnes de confiance pour l'assister / intervenir seule(s)** dans le cadre d'un ou de plusieurs de ses droits de patient. **Chacune des personnes de confiance désignées peut avoir ses compétences propres**. Le patient peut, en ce cas, remplir **plusieurs formulaires de désignation de personne de confiance**.
5. Il est conseillé de rédiger le formulaire de désignation d'une personne de confiance au minimum en trois exemplaires originaux : un exemplaire peut être conservé par le patient, un par la personne de confiance et un autre par un professionnel des soins de santé choisi par le patient.
6. Il n'existe pas, actuellement, de système d'enregistrement centralisé et légalisé de la désignation de personne(s) de confiance. **Le patient doit donc prendre des initiatives pour faire connaître la personne de confiance** auprès de son entourage et des professionnels des soins de santé qu'il côtoie. A la demande du patient, le document de désignation de personne de confiance est inséré dans un ou plusieurs de ses dossiers de patient.
7. Le patient peut à tout moment (oralement ou par écrit) faire savoir au(x) professionnel(s) des soins de santé que la personne de confiance qu'il avait désignée ne peut plus l'assister/intervenir. Et à tout moment (oralement ou par écrit), le patient peut faire savoir au(x) professionnel(s) des soins de santé qu'il souhaite accorder plus de pouvoirs à la personne de confiance que ceux octroyés via un formulaire écrit.
8. Le professionnel des soins de santé est encouragé à vérifier régulièrement auprès du patient si la désignation de personne de confiance est toujours valide/d'actualité.

Plus d'information ? Voyez [www.patientrights.be](http://www.patientrights.be),

Brochure Loi « Droits du patient » - Ensemble dans le dialogue, ensemble dans les soins.

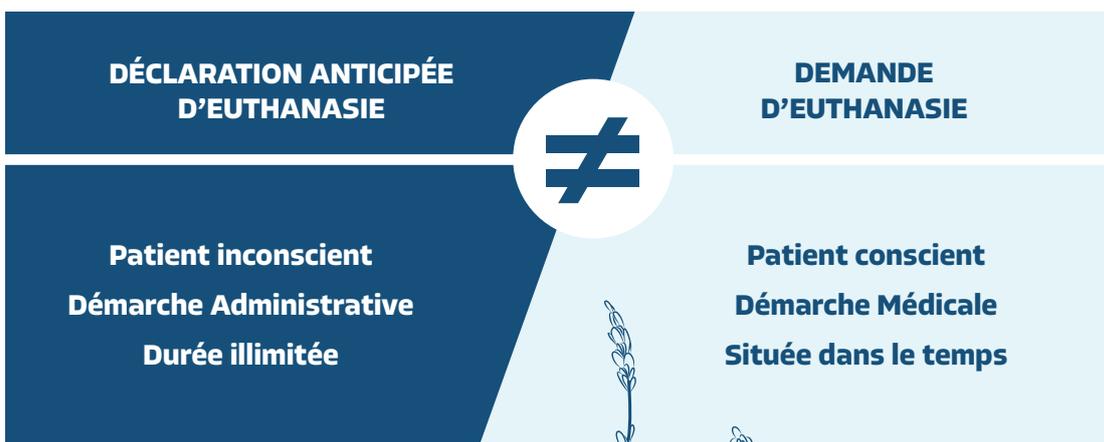




## 4. Déclaration anticipée relative à l'euthanasie

La déclaration anticipée relative à l'euthanasie permet à un patient capable (de fait et de droit), conscient et lucide, de demander par écrit qu'il soit mis fin à sa vie **au cas où et uniquement** s'il se trouve un jour dans un **état de santé grave et incurable, et dans un état d'inconscience irréversible** (selon l'état actuel de la science).

**Il faut bien distinguer la déclaration anticipée et la demande d'euthanasie en situation de conscience jusqu'au dernier jour de vie ! En cas de souffrances graves (sans coma irréversible), si une personne souhaite faire une demande d'euthanasie, celle-ci fera l'objet de la procédure prévue par la législation (Loi du 28 mai 2002). Dans ce cas, la personne est invitée à en parler directement avec son médecin traitant.**



Le document de déclaration anticipée d'euthanasie **doit** être signé obligatoirement en présence de **deux témoins majeurs**. Un des deux témoins ne peut avoir d'intérêt matériel au décès du requérant. En d'autres mots, il ne peut donc s'agir d'un membre de la famille ou d'un héritier. Les témoins attestent que la déclaration est rédigée librement et correspond à la volonté du requérant.

S'il le souhaite, le requérant **peut** désigner **une ou plusieurs personnes de confiance** majeures qui informeront l'équipe soignante de l'existence d'un tel document ou seront informées de la possibilité d'application de la déclaration anticipée. Elles seront impliquées pendant la procédure. A noter que ni le médecin traitant, ni le médecin consulté, ni les membres de l'équipe soignante ne peuvent être désignés comme personne(s) de confiance.

Au cas où le requérant n'est pas en état physique de rédiger personnellement cette déclaration (l'incapacité doit être attestée par un certificat médical), il peut désigner **un rédacteur** → personne majeure n'ayant pas d'intérêt matériel au décès du requérant.

Cette déclaration a une durée de **validité indéterminée** (sauf pour les déclarations rédigées avant le 2 avril 2020 : la validité reste de 5 ans à compter de la date de la déclaration). Pour être valable, la déclaration doit comporter certaines données obligatoires :

- ▶ **indiquer le nombre d'exemplaires originaux et les endroits où ils sont conservés**
- ▶ **reprendre la date et le lieu de sa rédaction**
- ▶ **être signée par toutes les personnes qui sont mentionnées (en indiquant leur qualité et en reprenant les données personnelles de chacune d'elle).**

Attention, aucun médecin (en vertu de la liberté de conscience) ne peut être forcé de pratiquer une euthanasie et personne ne peut être forcé de participer à une euthanasie, en accord avec la loi du 28 mai 2002 sur l'euthanasie. Néanmoins, un médecin qui refuse de pratiquer l'euthanasie doit respecter certaines obligations, notamment, en informer la personne de confiance et transmettre les coordonnées d'un centre ou d'une association spécialisée en matière de droit à l'euthanasie.

Il est recommandé de fournir un exemplaire à chaque signataire. L'enregistrement à la Commune est conseillé. Car dans ce cas, l'administration communale communiquera votre déclaration au SPF Santé Publique qui tient une base de données accessible aux médecins. (NB : Le formulaire de déclaration anticipée relative à l'euthanasie proposé par le SPF Santé Publique se trouve ci-après).

# Formulaire à découper\*



## DÉCLARATION ANTICIPÉE RELATIVE À L'EUTHANASIE

### DÉCLARATION ANTICIPÉE RELATIVE À L'EUTHANASIE

J'ai rempli par écrit une déclaration anticipée relative à l'euthanasie

OUI\*     NON

\*Si oui, celle-ci a été enregistrée à la commune de :

COMMUNE

DATE DE L'ENREGISTREMENT

Attention, si votre déclaration anticipée relative à l'euthanasie a été rédigée avant le 2 avril 2020, elle n'est valable que 5 ans à partir de la date de l'établissement ou de la confirmation de la déclaration anticipée d'euthanasie. Il y a lieu alors de renouveler la déclaration sans devoir attendre le terme des 5 ans.

*\* Si je n'ai pas encore rempli de déclaration anticipée relative à l'euthanasie et que je souhaite le faire, je peux me référer au formulaire du SPF Santé Publique qui se trouve ci-après et le compléter.*

ROYAUME DE BELGIQUE

Base légale : AR 2/04/2003

## Formulaire de déclaration anticipée relative à l'euthanasie

---

### **Rubrique I. Données obligatoires**

#### **A. Objet de la déclaration anticipée**

Monsieur/Madame (\*) (nom et prénom) :

(\*) demande, que dans le cas où il/elle (\*) n'est plus en état d'exprimer sa volonté, un médecin applique l'euthanasie si on satisfait à toutes les conditions fixées dans la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.

(\*) reconferme la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date) (1) :

(\*) révisé la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date) (1) :

(\*) retire la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date) (1) :

#### **B. Données personnelles du requérant**

Mes données personnelles sont les suivantes :

- résidence principale :
- adresse complète :
- numéro Registre national :
- Date et lieu de naissance (jj/mm/aaaa) :

#### **C. Caractéristiques de la déclaration anticipée**

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

Je souhaite que cette déclaration anticipée soit respectée.

#### **D. Les témoins**

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

- 1) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :
- 2) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :

(\*) biffer la mention inutile

(1) le cas échéant

(2) les données reprises sous 1) sont mentionnées pour chaque personne de confiance désignée

numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :

## **Rubrique II. Données facultatives**

### **A. Les personnes de confiance éventuellement désignées**

**Comme personne(s) de confiance, dont je souhaite qu'elle(s) soi(en)t immédiatement informée(s) si je me trouve dans une situation dans laquelle la déclaration anticipée pourrait être d'application et qu'elle(s) soi(en)t impliquée(s) pendant la procédure, je désigne par ordre de préférence :**

- 1) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :
- 2) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :
- 3) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :
- 4) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :
- 5) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national

(\*) biffer la mention inutile

(1) le cas échéant

(2) les données reprises sous 1) sont mentionnées pour chaque personne de confiance désignée



numéro de téléphone :  
 date et lieu de naissance :  
 lien de parenté éventuel :

- 6) nom et prénom :  
 résidence principale :  
 adresse complète :  
 numéro d'identification dans le registre national  
 numéro de téléphone :  
 date et lieu de naissance :  
 lien de parenté éventuel :

- 7) nom et prénom :  
 résidence principale :  
 adresse complète :  
 numéro d'identification dans le registre national  
 numéro de téléphone :  
 date et lieu de naissance :  
 lien de parenté éventuel :

- 8) nom et prénom :  
 résidence principale :  
 adresse complète :  
 numéro d'identification dans le registre national  
 numéro de téléphone :  
 date et lieu de naissance :  
 lien de parenté éventuel :

- 9) nom et prénom :  
 résidence principale :  
 adresse complète :  
 numéro d'identification dans le registre national  
 numéro de téléphone :  
 date et lieu de naissance :  
 lien de parenté éventuel :

- 10) nom et prénom :  
 résidence principale :  
 adresse complète :  
 numéro d'identification dans le registre national  
 numéro de téléphone :  
 date et lieu de naissance :  
 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**

La raison pour laquelle je ne suis pas capable physiquement de rédiger et de signer cette déclaration anticipée est la suivante :

(\*) biffer la mention inutile

(1) le cas échéant

(2) les données reprises sous 1) sont mentionnées pour chaque personne de confiance désignée

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

Comme preuve, je joins un certificat médical en annexe.

J'ai désigné (nom et prénom) pour consigner par écrit cette déclaration anticipée.  
Les données personnelles des personnes précitées sont les suivantes :

- résidence principale :
- adresse complète :
- numéro d'identification dans le registre national :
- numéro de téléphone :
- date et lieu de naissance :
- lien de parenté éventuel :

---

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

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

Fait  
à.....le.....

Signature du fonctionnaire communal et cachet

Date et signature du requérant

Date et signature de la personne désignée en cas d'incapacité physique permanente du requérant (1) :

Date et signature des deux témoins :

Date et signature de la (des) personne(s) de confiance désignée(s) (1) :

(pour chaque date et signature, mentionner la qualité et le nom)

(\*) biffer la mention inutile  
(1) le cas échéant  
(2) les données reprises sous 1) sont mentionnées pour chaque personne de confiance désignée



## 5. Déclaration relative aux affinités spirituelles et philosophiques

Si vous décidez de compléter et de diffuser ce volet, vous partagez vos croyances. Cette déclaration n'est pas organisée par la loi. Elle donne des indications quant à votre volonté.

Vous acquérez la possibilité de recevoir la visite d'un conseiller spirituel (selon votre confession). Vous pouvez demander les coordonnées de conseillers spirituels auprès de votre entourage ou des prestataires de soins.

### ACCOMPAGNEMENT D'UN CONSEILLER SPIRITUEL

J'ai déjà un conseiller spirituel :  OUI\*  NON

\*Si oui : nom, prénom et coordonnées de la personne à contacter :

Je souhaite être accompagné par un conseiller spirituel ?

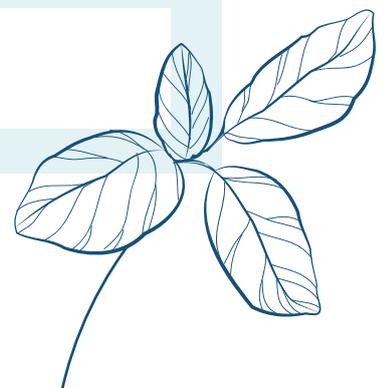
OUI\*  NON  ACTUELLEMENT SANS AVIS

Quel type de conseiller spirituel est-ce que je désire rencontrer ?

LAÏQUE  CATHOLIQUE  PROTESTANT  ORTHODOXE  MUSULMAN  
 HEBRAÏQUE  BOUDDHISTE  AUTRE(S), À SPÉCIFIER

Souhaits spécifiques concernant mon accompagnement spirituel ou philosophique :

Nom, prénom, signature et date :





## 6a. Déclaration anticipée relative au prélèvement de matériel corporel humain

### PRÉLEVEMENT DE MATÉRIEL CORPOREL HUMAIN APRÈS LE DÉCÈS

(ANCIENNEMENT DON D'ORGANES)

En Belgique, le principe de base veut que les organes ou d'autres matériels corporels humains puissent être prélevés, après décès (quel que soit l'âge), chez toute personne inscrite au registre de la population ou depuis plus de six mois au registre des étrangers, sauf chez les personnes qui ont exprimé leur opposition. Il est aussi possible de confirmer sa volonté d'être donneur. Ceci peut se faire en informant ses proches (famille, amis) de son choix. La personne peut faire enregistrer son choix dans une base de données qui, en cas de décès, sera consultée avant tout prélèvement éventuel. Chacun a en outre, à tout moment, la possibilité de changer d'avis et de faire enregistrer une nouvelle déclaration.

Depuis le 1er juillet 2020, il existe trois possibilités pour faire enregistrer sa déclaration : via votre administration communale, via votre médecin traitant, ou vous pouvez le faire directement vous-même, en ligne, via le portail [www.masante.be](http://www.masante.be).

*Si je n'ai pas encore rempli de « déclaration de volonté relative au prélèvement de matériel corporel humain après le décès » et que je souhaite le faire, je peux me référer au formulaire proposé à la page suivante et le compléter.*

## 6b. Don du corps à la science

Lorsque vous souhaitez léguer votre corps à la science, il faut rédiger un document à la main (**pas de formulaire proposé dans ce PSPA**) où vous mentionnez l'université de votre choix qui peut demander le corps. Il est recommandé de s'informer au préalable auprès du service en charge de ce sujet au sein de cette université et de leur remettre ensuite le document. Vous trouverez ci-dessous les contacts des universités.



**Faculté de Médecine**  
Service Legs de corps  
Route de Lennik 808,  
1070 Bruxelles  
02/555 63 66 ou 02 555 63 76  
[don.de.corps@ucl.ac.be](mailto:don.de.corps@ucl.ac.be)



**Laboratoire d'anatomie humaine de l'Université de Liège (B23)**  
Quartier de l'Hôpital  
Avenue Hippocrate 13  
4000 Liège  
04/366 51 52 ou 04/366 51 53  
[anatomie.humaine@uliege.be](mailto:anatomie.humaine@uliege.be)



**Université de Namur**  
Rue de Bruxelles 61,  
5000 Namur  
081/72 43 02



**Université de Mons Hainaut**  
Institut d'Anatomie  
Avenue du Champs de Mars 4,  
7000 Mons  
065/37 35 01 ou 065/37 37 49



**Pôle de Morphologie - MORF**  
Avenue Mounier 52 bte B1.52.04  
1200 Bruxelles  
02/764 52 40

# Formulaire à découper\*



---

## DÉCLARATION DE VOLONTÉ RELATIVE AU PRÉLÈVEMENT DE MATÉRIEL CORPOREL HUMAIN APRÈS LE DÉCÈS

*\* Si je n'ai pas encore rempli de déclaration de volonté relative au prélèvement de matériel corporel humain après le décès et que je souhaite le faire, je peux me référer au formulaire proposé à la page suivante et le compléter.*

## Déclaration de volonté relative au prélèvement de matériel corporel humain après le décès<sup>1</sup>

---

Nom et prénoms :

Numéro de registre national :

Le cas échéant, le représentant de celui au nom duquel l'opposition ou le retrait de l'opposition a été fait :

Nom et prénoms :

Numéro de registre national :

Qualité :

- **Don d'organes pour la transplantation**

*Les organes prélevés après votre décès serviront pour être transplantés chez des personnes qui ont besoin d'une greffe.*

- Opposition
- Consentement explicite
- Retrait de la précédente déclaration

- **Don de matériel corporel humain pour la transplantation**

*Les tissus et cellules prélevés après votre décès serviront pour être transplantés chez des personnes qui ont besoin d'une greffe.*

- Opposition
- Consentement explicite
- Retrait de la précédente déclaration

- **Don de matériel corporel humain pour la fabrication de médicaments**

*Le matériel corporel prélevé après votre décès servira à la fabrication de médicaments, par exemple pour des thérapies innovantes.*

- Opposition
- Consentement explicite
- Retrait de la précédente déclaration

- **Don de matériel corporel humain pour la recherche**

*Le matériel corporel prélevé après votre décès sera utilisé dans le cadre de la recherche scientifique pour approfondir les connaissances sur le corps humain ou sur certaines maladies et continuer à améliorer les soins.*

- Opposition
- Consentement explicite
- Retrait de la précédente déclaration

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du déclarant/de son représentant

Signature et cachet de la commune

---

<sup>1</sup> Base légale : Arrêté royal du 9/02/2020 relatif à l'enregistrement des déclarations de volonté concernant le prélèvement de matériel corporel humain, y compris les organes, après le décès



## 7. Déclaration anticipée relative aux obsèques

Chacun peut rendre son choix public pour ses obsèques. Tant les proches que l'entrepreneur des pompes funèbres sont obligés de tenir compte de ces souhaits.

Lors de la déclaration de décès, **la commune** vérifie si la personne décédée a fait enregistrer une déclaration anticipée. Si c'est le cas, la commune vérifie que les proches respectent le souhait du défunt.

Un **accusé de réception** vous est délivré lors du dépôt de cette déclaration à la Commune. La déclaration est **valable indéfiniment**.

A noter que chaque administration communale dispose a priori de son propre formulaire. Celui qui vous est proposé ici est un modèle parmi d'autres.



# Formulaire à découper\*



---

## DÉCLARATION ANTICIPÉE RELATIVE AUX OBSÈQUES

*\*Si je n'ai pas encore rempli de déclaration anticipée relative aux obsèques et que je souhaite le faire, je peux me référer au formulaire proposé ci-après et le compléter.*

## DÉCLARATION ANTICIPÉE RELATIVE AUX OBSÈQUES

Je soussigné,

.....  
 Numéro d'identification au Registre National : .....

Demeurant à .....

(1) déclare à l'Officier de l'Etat Civil de la ville/commune de .....

(2) revois la déclaration relative aux volontés quant aux funérailles, déposée à la ville/commune de .....

3) retire la déclaration relative aux dernières volontés quant aux funérailles, déposées à la ville/commune de .....

- 
- Je souhaite laisser à mes proches l'entière liberté de choix concernant les modalités de mes obsèques.
- Je souhaite
- Être inhumé
    - Être incinéré
      - Inhumation des cendres
        - Dans l'enceinte du cimetière
        - Au columbarium du cimetière
        - Dans un autre lieu que le cimetière : .....
      - Dispersion des cendres
        - Sur la pelouse de dispersion du cimetière
        - En mer, dans la zone territoriale belge
        - Dans un autre lieu que le cimetière ou la zone marine territoriale belge : .....
      - Conservation des cendres
        - Dans un autre lieu que le cimetière : .....
        - Proche désigné : .....

---

Nom de la commune d'inhumation ou de la commune où les cendres doivent être inhumées, gardées ou dispersées, nom du cimetière :

.....  
 .....



### Contrat d'obsèques

Nom de la société : .....

Numéro de contrat : .....

Date de signature : .....

### Rite de la cérémonie funéraire

Je souhaite une cérémonie funéraire : OUI / NON

Si oui, si possible selon le rite : (spécifiez)

.....

.....

### Mes choix ont déjà été précisés auprès

de mes proches : .....

d'une société de pompes funèbres : .....

Le contenu de cette déclaration, rédigée de mon plein gré, représente ma dernière déclaration anticipée relative à mes dernières volontés quant à mes funérailles.

Fait à ....., le .....

Lieu, date et signature,

.....

**Accusé de réception** de la déclaration anticipée relative aux dernières volontés quant aux funérailles.

Le ..... (date), l'Officier de l'Etat civil de la ville/  
commune de ..... déclare avoir reçu  
la déclaration anticipée relative aux dernières volontés quant aux funérailles de  
..... (Nom, prénom) ;

Signature de l'Officier de l'Etat civil ou de son délégué,



# 8. Récapitulatif des déclarations anticipées complétées de :

Ce document reprend de manière succincte les déclarations anticipées du requérant. Il peut suivre la personne et être transmis lors d'une hospitalisation ou d'une entrée en institution.

Je soussigné .....

(nom, prénom, numéro national), confirme avoir rempli les documents suivants :

Ces documents sont en lien avec la loi sur les droits du patient.



Téléchargez les formulaires [www.pspa.be](http://www.pspa.be)

	Détaché du carnet ?	Rempli le : (date)	Remis ou enregistré à :	Conservé dans :
Désignation du mandataire / représentant (droits du patient)				
Désignation de la personne de confiance (droits du patient)				
Déclaration anticipée relative aux traitements				
Déclaration de volonté relative au prélèvement de matériel corporel humain après le décès (*)				
Déclaration anticipée relative à l'euthanasie (*)				
Déclaration relative aux affinités spirituelles et philosophiques				
Déclaration anticipée relative aux obsèques (*)				
Don du corps à la science (**)				

\* enregistrement possible à la commune

\*\* formulaire non repris dans le PSPA, voir les modalités avec l'université choisie.

# Mes volontés concernant mon projet thérapeutique actuel

Le projet thérapeutique est un document complémentaire aux déclarations anticipées. Il est souvent utilisé en maisons de repos ou en situation de maladie nécessitant des soins importants. Il permettra aux soignants de vous proposer des soins en accord avec vos volontés. Établi en collaboration avec votre médecin (et/ou votre équipe soignante), il est souvent proposé au cours d'un trajet de soins.

Cette démarche s'inscrit dans la planification anticipée des soins selon la Loi des Droits du Patient (« *processus continu de réflexion et de communication entre le patient, le(s) professionnel(s) des soins de santé et, à la demande du patient, les proches dans le but de discuter des valeurs, des objectifs de vie et des préférences en matière de soins actuels et futurs* », Chap.2, art. 5, 5°)

Les notions de mandataire/représentant et de personne de confiance sont relatives à la Loi sur les droits du patient et vous sont expliquées en p.15 et p.21. Une personne de contact supplémentaire en cas d'urgence peut aussi être renseignée si besoin. Son identité peut être différente ou la même que le mandataire ou la personne de confiance. À noter que le mandataire et la personne de confiance peuvent également être la même personne.

Le document que nous vous proposons ici est un exemple de projet thérapeutique. Pour information, l'UNESSA a rédigé un autre exemple de projet, le PAVS (projet anticipé de vie et de soins), et est téléchargeable sur leur site (<http://www.unessa.be/Homepage/Projets/PSPA-Page/PSPA-Documentation.aspx>).





PROJET THÉRAPEUTIQUE ACTUEL      DATE : ..../..../.....

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro d'identification au Registre National : .....

	Nom + Prénom	Téléphone
Médecin Généraliste :		
Mandataire / représentant :		
Personne de confiance :		
Proche à contacter :		
Autre(s) :		

**Si je me trouve en situation de détresse et dans l'incapacité d'exprimer mes volontés : malaise, chute, troubles cognitifs**

-> **Contactez :**

**Services d'urgences (112)**       oui     non

**Médecin généraliste / de garde**       oui     non

**Mandataire / représentant**       oui     non

**Autre : .....**       oui     non

**J'ai complété des déclarations anticipées ?**       oui     non

Relatives aux traitements       oui     non

Si oui, où se trouvent-elles ? .....

Précisez les circonstances : .....

.....

Relatives à l'euthanasie       oui     non

Si oui, où se trouvent-elles ? .....

Relatives à des dons d'organes ou du corps       oui     non

Si oui, où se trouvent-elles ? .....

Relatives aux obsèques       oui     non

Si oui, où se trouvent-elles ? .....

**Ces questions ont-elles déjà été abordées avec mes proches ?**       oui     non

**NIVEAU DE SOINS :** (cocher une option)

- Maximums (soins usuels, soins intensifs et réanimation)
- Soins usuels (tous les soins, sauf intensifs et réanimation)
- Soins de confort uniquement

**HOSPITALISATION**

- Je souhaite être hospitalisé, quelles que soient les circonstances
- Je souhaite être hospitalisé, uniquement afin de recevoir des soins de confort
- Je souhaite être hospitalisé, uniquement dans ces circonstances : .....
- .....
- Je ne souhaite pas être hospitalisé, et ce en aucun cas

**RÉANIMATION**

- Je souhaite être réanimé
- Je ne souhaite pas être réanimé

**SYNTHÈSE DES VOLONTÉS PAR RAPPORT AUX SOINS** - à domicile, à l'hôpital ou en institution :

Antibiotiques  oui  non  voie orale uniquement  
Alimentation artificielle :  oui  non  
Hydratation artificielle :  oui  non  
Oxygène par voie nasale :  oui  non  
Autre : .....

**Remarques :** .....

**SCHÉMA THÉRAPEUTIQUE**

À élaborer en collaboration avec mon médecin traitant (en accord avec mes déclarations de volontés), en fonction de ma pathologie et des risques de dégradation que celle-ci implique :

**Symptôme :** .....

**Traitement :** .....

**Qu'est ce qui peut être ressourçant/apaisant pour moi en termes visuel, auditif, kinesthésique, olfactif et/ou gustatif ?**

.....

**Je souhaite un accompagnement spirituel**  oui  non

De type : .....

**Je souhaite finir mes jours (entourer l'option choisie) :**

à mon domicile - en maison de repos - dans une unité de soins palliatifs - à l'hôpital.

**Je souhaite pouvoir recourir aux soins palliatifs à domicile**

oui  non  sans avis

**Qu'est-ce qui serait primordial pour vous dans cette période de votre vie ?**

.....

.....

**NOM, PRÉNOM, SIGNATURE ET DATE :**

Patient :	Médecin généraliste (facultatif mais conseillé):	Le mandataire, membre de la famille ou autre, qui a pris connaissance de ce document (facultatif) :





## 9. Quelques recommandations

Vous pouvez renseigner à votre mandataire / représentant, personne de confiance et/ ou toute autre personne de votre choix, une série d'informations utiles en cas de décès comme par exemple :

- ▶ Les coordonnées de votre notaire (en cas de testament)
- ▶ Vos numéros de compte et codes bancaires
- ▶ Le code PIN de votre téléphone
- ▶ Indiquer où se trouvent les codes PIN et PUK de votre carte d'identité
- ▶ Vos éventuels identifiants et mots de passe
- ▶ Si vous disposez ou louez un coffre
- ▶ Vos documents de la mutuelle
- ▶ Documents administratifs éventuels
- ▶ Les contrats d'assurance
- ▶ Les abonnements à résilier
- ▶ ...

Enfin, afin de respecter l'évolution des souhaits, toutes les déclarations et désignations susmentionnées peuvent être évidemment modifiées ou révoquées. Il s'agit ensuite de faire connaître ces changements à votre entourage et à l'équipe de soins.

Document	Date 1ère version	Date modification 1	Date modification 2	Date modification 3

# Annexes

Coordonnées des Plateformes  
en Soins Palliatifs et des Équipes de Soutien  
en Wallonie et à Bruxelles

	PLATEFORMES	EQUIPES DE SOUTIEN
<b>BRABANT WALLON</b>	<b>Pallium - Plateforme de Concertation en Soins Palliatifs du Brabant Wallon</b> Avenue Henri Lepage, 5 - 1300 Wavre Tél. : 010 39 15 75 - E-mail : coordination@pallium-bw.be	<b>Domus</b> Chemin du Stocquoy, 1 - 1300 Wavre Tél. : 010 84 15 55 - E-mail : info@domusasbl.be
<b>HAINAUT</b>	<b>PalliHO asbl - Association Régionale de Concertation sur les Soins Palliatifs du Hainaut Occidental</b> Chaussée de Renaix, 140 - 7500 Tournai Tél. : 069 22 62 86 - E-mail : info@palliho.be	
	<b>Reliance - Association Régionale des Soins Palliatifs de Mons Borinage - La Louvière Soignies</b> Rue de la Loi, 30 - 7100 La Louvière Tél. : 064 57 09 68 - E-mail : info@relianceasbl.be	
	<b>Plateforme de Concertation en Soins Palliatifs du Hainaut Oriental</b> Espace Santé, Boulevard Zoé Drion, 1 - 6000 Charleroi Tél. : 071 92 55 40 - E-mail : soins.palliatifs@skynet.be	<b>Equipe de Soutien en Soins Palliatifs du Hainaut Oriental</b> Espace Santé, Boulevard Zoé Drion, 1 - 6000 Charleroi Tél. : 071 48 95 63 - E-mail : aremis.charleroi@skynet.be
<b>LIÈGE</b>	<b>PalliaVerviers - Plateforme de Soins Palliatifs de l'Est Francophone</b> Rue de la Marne, 4 - 4800 Verviers www.palliaverviers.be	
	Tél. : 087 23 00 16 - E-mail : info@pfspef.be	Tél. : 087 23 00 10 - E-mail : equipesoutien@pfspef.be
	<b>Palliativpflegeverband Ostbelgien</b> Bahnhofstrasse, 37 - 4700 Eupen Tél. : 087 56 97 47 - E-mail : ppv.ostbelgien@palliativ.be	
	<b>PalliaLiège</b> Mont Saint-Martin, 90 - 4000 Liège Tél. : 04 342 35 12 - E-mail : info@pallialiege.be	<b>Delta</b> Bd de l'Ourthe, 10-12 - 4032 Chênée Tél. : 04 342 25 90 - E-mail : info@asbldelta.be
<b>LUXEMBOURG</b>	<b>PalliaLux - Plateforme de Concertation des Soins Palliatifs de la Province de Luxembourg</b> Rue du Manoir, 3 - 6900 Marche-en-Famenne Tél. : 084 43 30 09 - E-mail : info@pallialux.be	<b>Accompagner</b> Chaussée d'Houffalize, 1 - 6600 Bastogne Tél. : 061 21 26 54 - E-mail : equipesoutien@accompagner.net  <b>Au Fil des Jours</b> Rue des Récollets, 1 - 6600 Bastogne Tél. : 061 28 04 66 - E-mail : afdj.lux@mutsoc.be
<b>NAMUR</b>	<b>PalliaNam - Association des Soins Palliatifs en Province de Namur</b> Rue Charles Bouvier, 108 - 5004 Bouge Tél. : 081 43 56 58 - E-mail : info@pallianam.be	
<b>BRUXELLES</b>	<b>Brusano</b> Rue de l'Association, 15 - 1000 Bruxelles Tél. : 02 880 29 80 - E-mail : info@brusano.brussels	<b>Continuing Care</b> Rue Colonel Bourg, 104A - 1030 Bruxelles Tél. : 02 743 45 90 - E-mail : info@continuingcare.be
		<b>Interface (Cliniques Universitaires St Luc)</b> Avenue Hippocrate, 10 - 1200 Bruxelles Tél. : 02 764 22 26 - E-mail : interface-sc-saintluc@uclouvain.be  <b>Sémiramis</b> Rue des Cultivateurs, 30 - 1040 Bruxelles Tél. : 02 734 87 45 - E-mail : info@semiramis-asbl.org

# Liens utiles

Ci-dessous vous trouverez une liste de liens utiles pour approfondir votre recherche

## DOCUMENTS LÉGAUX

Service Public Fédéral Santé publique : [www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be)

## INFOS

### ASBL EclairAges

contribue à améliorer le bien-être, la qualité de vie et la dignité des aînés, et à apporter des réponses aux besoins et aux préoccupations de leur famille, des aidants proches et des professionnels

Rue Denis Deceuster, 40 - 1330 Rixensart  
Tel. 0479 980 267 - [www.eclair-ages.be](http://www.eclair-ages.be)  
[info@eclair-ages.be](mailto:info@eclair-ages.be)

### Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD asbl)

Avenue Plasky, 144 bte 3 - 1030 Bruxelles  
Tel. 02 502 04 85 - [www.admd.be](http://www.admd.be)

### Consultations médicales sur la fin de vie :

Renseignements via <https://www.admd.be/information/consultations-concernant-la-fin-de-vie/>

### Fédération Wallonne des Soins Palliatifs

Rue des Brasseurs, 175 - 5000 Namur  
Tel. 081 22 68 37 - [www.soinspalliatifs.be](http://www.soinspalliatifs.be) - [www.palliatheque.be](http://www.palliatheque.be)

### Respect Seniors – Agence Wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés

Tel. 0800 30 330 - [www.respectseniors.be](http://www.respectseniors.be)

### Senoah ASBL

Écoute, conseils, information en matière d'habitats pour personnes âgées en Wallonie

Avenue Cardinal Mercier, 22 - 5000 Namur  
Tel. 081 22 85 98 - [www.senoah.be](http://www.senoah.be)  
[info@senoah.be](mailto:info@senoah.be)

Site Notaire.be : <https://www.notaire.be/>

## FOLDER

### Distinction entre un mandataire et une personne de confiance

Service Public Fédéral santé publique  
<https://www.health.belgium.be/fr/commandes-de-materiel-de-campagne>

## LOIS

### Loi du 22/08/2002 relative aux droits du patient :

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2002/08/22/2002022737/justel>

### Loi du 28/05/2002 relative à l'euthanasie :

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2002/05/28/2002009590/justel>

### Loi du 14/06/2002 relative aux soins palliatifs :

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2002/06/14/2002022868/justel>

### Pour les dons d'organe et de matériel corporel humain :

#### Loi du 13/06/1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes :

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/1986/06/13/1987009088/justel>

#### Loi du 19/12/2008 relative à l'obtention et à l'utilisation de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique :

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2008/12/19/2008018385/justel>

### Pour les obsèques :

#### Code de la démocratie locale et de la décentralisation du 22/04/2004 (Wallonie) :

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/decret/2004/04/22/2004A27184/justel>

#### Ordonnance du 29 novembre 2018 sur les funérailles et sépultures du 29/11/18 (Bruxelles) :

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/ordonnance/2018/11/29/2018015061/justel>

**Et pour aller plus loin...  
Où et auprès de qui vous renseigner ?**

Si vous souhaitez obtenir plus d'informations sur le PSPA, vous pouvez vous renseigner prioritairement auprès de votre **médecin traitant**.

Vous pouvez également contacter la **plateforme de soins palliatifs** de votre région (coordonnées page précédente).

Vous pouvez vous adresser à un **professionnel des soins de santé** ou une personne de référence à ce sujet au sein de votre institution (ex. référent palliatif).

Il est possible aussi de rédiger des déclarations anticipées concernant la gestion des biens (comme la gestion des comptes bancaires) ou de la personne, comme le choix de la maison de repos. Dans ce PSPA, nous n'abordons que les déclarations anticipées relatives à la santé et à la fin de vie. Vous pouvez vous adresser à un **notaire** ou auprès d'un **juge de paix**.



Ce carnet a été rédigé par l'équipe de Pallium (Plateforme de Concertation en Soins Palliatifs du Brabant Wallon) en collaboration avec Johanne Tilman (juriste à l'asbl EclairAges).

Nous remercions la Fondation Roi Baudouin à l'origine de la démarche et la Fondation Contre le Cancer sans qui ce projet n'aurait jamais vu le jour.

Nous remercions le docteur Corinne Van Oost, Donatienne Opsomer, Odile Timmermans, Myriam Leleu, Sophie Herman, Lolita Virga, Dominique Cambron, Christelle Claes, toute l'équipe de Pallium et tous ceux qui de près ou de loin ont relu, testé et/ou soutenu son élaboration.

## Carte à découper

Cette carte peut être glissée dans votre portefeuille et donnera l'information à qui de droit de l'existence de déclarations anticipées et qui contacter. Les explications quant au niveau de soins souhaités se trouvent en page 45 de ce PSPA.



NOM

PRÉNOM

N° DE REGISTRE NATIONAL

COORDONNÉS DU MANDATAIRE/REPRÉSENTANT

NIVEAU DE SOINS SOUHAITÉS

Déclarations anticipées :

OUI

NON



# PSPA

**Projet de Soins  
Personnalisé & Anticipé**

3<sup>ème</sup> édition - Janvier 2025



[www.pspa.be](http://www.pspa.be)



Plateforme de Concertation  
en Soins Palliatifs du Brabant Wallon

Réalisé par la Plateforme de Concertation  
en Soins Palliatifs du Brabant Wallon

Av. Henri Lepage, 5 - 1300 Wavre  
[coordination@pallium-bw.be](mailto:coordination@pallium-bw.be)

[www.pallium-bw.be](http://www.pallium-bw.be)  
010 / 39 15 75



Mise en page : Jérémy Dethieux - Graphicjem | Ce carnet ne peut être vendu

**Carte**  
à découper ▼



**EN CAS D'URGENCE  
MES CHOIX DE  
TRAITEMENTS MÉDICAUX**

  
**Projet de Soins  
Personnalisé & Anticipé**



Avec le soutien de



[www.cancer.be](http://www.cancer.be)  
[www.soinspalliatifs.be](http://www.soinspalliatifs.be)