

Directives anticipées

Conformément à la réglementation, toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite appelée directives anticipées pour préciser ses souhaits concernant sa fin de vie. Ce document aidera les médecins, le moment venu, à prendre leurs décisions sur les soins à donner, si la personne ne peut plus exprimer ses volontés.

À quoi servent les directives anticipées ?

Les directives anticipées vous permettent, en cas de maladie grave, de faire connaître vos souhaits sur votre fin de vie, dans le cas où vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté. Elles s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement (excepté en cas d'urgence vitale ou si elles apparaissent inappropriées à la situation).

Durée des directives anticipées

Les directives anticipées ont une durée illimitée mais elles peuvent être à tout moment modifiées ou annulées.

Rédaction des directives anticipées

Les directives anticipées peuvent être rédigées par toute personne majeure. La personne majeure qui bénéficie d'une mesure de protection judiciaire peut rédiger ses directives anticipées, et en fonction de la nature de la mesure, devra demander l'autorisation du juge ou du conseil de famille.

Elles doivent prendre la forme d'un document écrit daté, signé et authentifié (nom, prénom, date et lieu de naissance). Si vous n'êtes pas en état d'écrire mais capable d'exprimer votre volonté, vous pouvez faire appel à deux témoins, dont éventuellement la personne de confiance, pour attester que l'écrit correspond à la véritable expression de votre volonté libre et éclairée. Ces témoins indiqueront leur nom et joindront leurs attestations aux directives anticipées. Vous pouvez également confier vos directives à votre personne de confiance, à un membre de votre famille, ou à un proche.

En l'absence de directives anticipées, les médecins doivent recueillir le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches. Si vous avez déjà rédigé vos directives anticipées, merci d'en faire part dès votre arrivée aux professionnels.

Code de la santé publique : articles L1111-11 à L1111-12 et articles R1111-17 à R1111-20

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Mon identité

Nom d'usage :

Nom de naissance et prénoms :

Né(e) le à

Domicilié(e) à

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du chapitre II du titre XI du livre 1^{er} du Code Civil :

• J'ai l'autorisation du juge : OUI NON

• J'ai l'autorisation du conseil de famille : OUI NON

JOINDRE LA COPIE DE L'AUTORISATION

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 (ex : coma en phase terminale d'une maladie). J'indique 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 :



.....
.....

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 si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :
- Une intervention chirurgicale :
- Autre :

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

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) :
- Dialyse rénale :
- Alimentation et hydratation artificielles :
- Autre :

Si le 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 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 :

.....
.....

1^{er} témoin :
 Nom :
 Prénom :
 En qualité de :
 Date :
 Signature :

2^{eme} témoin :
 Nom :
 Prénom :
 En qualité de :
 Date :
 Signature :

Date :
Signature :