

Les Directives Anticipées

(Au regard de l'article L.1111-11 du Code de Santé Publique)

**FAITE CONNAITRE VOTRE VOLONTE POUR QUE VOTRE
FAMILLE NE SE POSE PAS LA QUESTION**

○ Qu'est-ce que les Directives Anticipées ?

Elles permettent à toute personne majeure et en pleine possession de ses capacités intellectuelles d'exprimer par écrit et de manière anticipée ses instructions concernant sa fin de vie dans le cas où elle se trouverait dans l'incapacité de communiquer.

Ces directives permettent au médecin de connaître et de respecter vos souhaits quant à la possibilité de réaliser des examens, des interventions chirurgicales, de débiter, limiter ou arrêter certains traitements.

○ Comment rédiger les Directives Anticipées ?

- Par un document **écrit, daté et signé**.
- Identité clairement indiquée : **nom, nom de naissance, prénom, date et lieu de naissance**.
- En sollicitant, si vous le souhaitez, l'aide d'un tiers (personnel soignant, proche...)

○ Comment faire si je ne suis pas en capacité d'écrire ?

Deux témoins qui attestent que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée. Ils indiqueront leur identité et leur qualité (famille, médecin traitant, proche, soignant...).

○ Combien de temps sont-elles valables ?

- Sans limite de temps
- Peuvent être annulées ou modifiées, à tout moment si vous le décidez

○ Comment seront-elles prises en compte ?

- Sachez les rendre accessibles aux soignants qui vous prendront en charge au sein de l'établissement
- Indiquez les coordonnées de la personne à laquelle vous les avez confiées.

Votre « personne de confiance » sera consultée en premier si vous ne pouvez plus vous exprimer. Veuillez à ce qu'elle connaisse vos directives anticipées.

➔ N'oubliez pas d'informer l'infirmière ou le praticien le jour de votre entrée.

Formulaire de directives anticipées

Je soussigné(e) :

Nom : Nom de naissance :

Prénom :

Né(e) le : A :

Domicilié(e) :

.....

.....

.....

Si je fais l'objet d'une mesure de tutelle, je peux rédiger mes directives anticipées avec l'autorisation :

- du juge : ☐ oui ☐ non
- du conseil de famille : ☐ oui ☐ non

J'ai rédigé les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer mes souhaits et ma volonté sur ce qui est important à mes yeux.

Je souhaite exprimer ici :

- mes convictions personnelles (convictions religieuses,...)
- ce que je redoute le plus (souffrance, rejet, solitude, handicap...)
- ce qu'il me paraît important de faire connaître concernant ma situation actuelle (situation familiale...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1^{er} cas - Je pense être en bonne santé

Mes volontés sont les suivantes :

- A 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 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 les proches :

.....

.....

- A propos des actes et des traitements médicaux* dont je pourrais faire l'objet et qui n'ont d'autre but que de me maintenir en vie, sans possibilité de récupération (par exemple, assistance respiratoire et/ou tube et machine pour respirer, et/ou perfusion ou tuyau dans l'estomac pour m'alimenter...).

J'indique ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes

.....

.....

- A propos de la sédation profonde et continue, j'indique ici si je veux en bénéficier 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

.....

.....

J'ai d'autres souhaits (avant et/ou après ma mort) (par exemple, accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes...) sachant que les soins de confort me seront toujours administrés

.....

.....

.....

.....

Fait à

Le.....

Signature :

**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*

Je pense être proche de la fin de ma vie

Mes volontés sont les suivantes :

- Dans le cas où je serais dans une situation telle qu'un état d'inconscience prolongé entraînant une perte de communication définitive avec mes proches ou dans une situation de coma en phase terminale d'une maladie par exemple :

☐ **J'accepte** le maintien en vie artificiel☐ Je refuse le maintien en vie artificiel

- A propos des actes et des traitements médicaux* dont je pourrais faire l'objet, voici les limites que je veux fixer, s'ils n'ont d'autres but que de prolonger ma vie artificiellement, sans récupération possible :

☐ **J'accepte** la mise en œuvre d'une réanimation cardio respiratoire en cas d'arrêt cardiaque et/ou respiratoire

☐ **Je refuse** la mise en œuvre d'une réanimation cardio respiratoire en cas d'arrêt cardiaque et/ou respiratoire

☐ **J'accepte** l'assistance respiratoire (tube et machine pour respirer)

☐ **Je refuse** l'assistance respiratoire (tube et machine pour respirer)

☐ **J'accepte la dialyse**☐ Je refuse la dialyse☐ **J'accepte** les interventions chirurgicales☐ **Je refuse** les interventions chirurgicales

☐ **J'accepte** une alimentation ou une hydratation par voies artificielles pouvant prolonger ma vie

☐ **Je refuse** une alimentation ou une hydratation par voies artificielles pouvant prolonger ma vie

Je souhaite évoquer d'autres situations (comme par exemple la poursuite ou l'arrêt de traitements ou d'actes pour ma maladie)

Fait à

Le.....

Signature :

**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*

Je suis dans l'incapacité physique d'écrire seul(e) mes directives anticipées

Si vous êtes dans l'impossibilité de rédiger ce document et de le signer, vous pouvez faire attester par deux témoins, que ce document relate bien l'expression de votre volonté libre et éclairée.

1^{er} témoin :

Nom, prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de
M ou Mme.....

Fait à Le.....

Signature :

2^{ème} témoin :

Nom, prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de
M ou Mme.....

Fait à Le.....

Signature :

Localisation de mes directives anticipées

Je conserve mes directives anticipées sur moi ou chez moi : ☐ oui ☐ non

Si oui, à l'adresse actuelle :

.....

.....

.....

Remis à :

Nom : Prénom : Qualité :
Adresse :
Téléphone :

Remis à :

Nom : Prénom : Qualité :
Adresse :
Téléphone :

Remis à :

Nom : Prénom : Qualité :
Adresse :
Téléphone :

Modification ou annulation de mes directives anticipées

Je soussigné(e) (Noms et Prénoms).....

- Déclare modifier mes directives anticipées comme suit :

.....

.....

.....

.....

- Déclare annuler mes directives anticipées ☐
- Déclare renoncer à mes directives anticipées et déléguer à ma personne de confiance l'expression de mes souhaits et volontés ☐

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées décrites à la page précédente (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Fait à

Le.....

Signature :

