

## *Présentation*

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » : ce sont **vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements ou les actes médicaux que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus communiquer** après un accident grave ou à l'occasion d'une maladie grave.

Elles concernent les conditions de votre fin de vie, c'est à dire de poursuivre, limiter, arrêter ou refuser les traitements ou actes médicaux.

**Le professionnel de santé doit respecter les volontés exprimées dans les directives anticipées,** conformément à la législation en vigueur.

## *En résumé*

- Vous pouvez donner **vos directives sur les décisions médicales à prendre pour le cas où vous seriez un jour dans l'incapacité de vous exprimer**. Même si envisager à l'avance cette situation est toujours difficile, voire angoissant, il est important d'y réfléchir.
- **Toute personne majeure** peut les rédiger, mais **ce n'est pas une obligation**.
- Un **modèle** de formulaire est disponible (ci-joint).
- **Elles sont valables sans limite de temps** mais vous pouvez **les modifier ou les annuler** à tout moment.
- Que vous soyez en bonne santé, atteint d'une maladie grave ou non, ou à la fin de votre vie, vous pouvez exprimer vos souhaits sur la mise en route ou l'arrêt de réanimation, d'autres traitements ou d'actes médicaux, sur le **maintien artificiel** de vos fonctions vitales et sur vos attentes. Vous pouvez en **parler avec votre médecin** pour qu'il vous aide dans votre démarche ; il pourra vous expliquer les options possibles.
- La Loi Léonetti Claeys du 2 février 2016, précise que **votre Médecin Traitant peut vous aider à rédiger vos Directives Anticipées** si vous le souhaitez.
- Cette réflexion peut être l'occasion d'un **dialogue avec vos proches**.
- C'est également l'occasion de désigner votre **personne de confiance** (personne qui parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer) : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si elles se trouvaient difficilement accessibles à ce moment.
- Il est important d'**informer** votre médecin et vos proches de leur existence et de leur lieu de conservation, afin qu'elles soient facilement accessibles.
- Dans tous les cas, **votre douleur sera traitée et apaisée**. Votre bien-être et celui de vos proches resteront la priorité.

**Deux modèles sont proposés, selon que vous êtes actuellement bien portant ou atteint d'une maladie grave :**

- Pour les personnes en bonne santé ou n'ayant pas de maladie grave.
- Pour les personnes en fin de vie ayant une maladie grave.

Il n'est pas obligatoire de remplir tous les items du modèle.

Il est possible de joindre d'autres pages si le document n'offre pas assez d'espace.

L'utilisation d'un de ces modèles n'est pas obligatoire, mais elle est recommandée afin de vous aider à exprimer clairement vos volontés.

# Mes Directives Anticipées

- Ma situation :**
- ❖ Je pense être en bonne santé
  - ❖ Je ne suis pas atteint d'une maladie grave

**Nom et Prénoms :** .....

**Né(e) le :** ..... / ..... / ..... / **à :** .....

**Domicilié :** .....

.....

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil :

- J'ai l'autorisation du juge  oui  non
- Du conseil de famille  oui  non

Veuillez joindre la copie de l'autorisation.

## Informations ou souhaits que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées ci-après :

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées, 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 souhaiterais finir mes jours).

Je les écris ici :

.....

.....

.....

.....

Fait le ..... à : .....

Signature :

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° 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 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 :

.....  
.....

2° A 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 cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc...) :

.....  
.....

3° A 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 :

.....  
.....

Fait le ..... à : .....

Signature :

# Mes Directives Anticipées

- Ma situation :**
- ❖ Je suis atteint d'une maladie grave
  - ❖ Je pense être proche de la fin de ma vie

**Nom et Prénoms :** .....

**Né(e) le :** ..... / ..... / ..... / **à :** .....

**Domicilié :** .....

.....

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil :

- J'ai l'autorisation du juge  oui  non
- Du conseil de famille  oui  non

Veuillez joindre la copie de l'autorisation.

## Informations ou souhaits que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées ci-après :

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées, 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 souhaiterais finir mes jours).

Je les écris ici :

.....

.....

.....

.....

Fait le ..... à : .....

Signature :

**Mes volontés sont les suivantes :**

1° A 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 :

.....  
.....

2° A 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 :

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

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) : .....
- Dialyse rénale : .....
- Alimentation et hydratation artificielles : .....
- 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° A 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 :

.....  
.....

Fait le ..... à : .....

Signature :

## CAS PARTICULIERS :

***Vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées.***

✓ Quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous :

*Si vous avez désigné votre personne de confiance, l'un des deux témoins **doit** être cette personne.*

**Témoin 1 : Je soussigné(e)**

Nom et prénoms

.....

Qualité :

.....

*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 :

**Témoin 2 : Je soussigné(e)**

Nom et prénoms

.....

Qualité :

.....

*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 :