

RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

❖ Des directives anticipées, pour quoi faire ?

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées ».

Elles vous permettent d'exprimer par écrit votre volonté de poursuivre, arrêter ou refuser des traitements ou actes médicaux pour le jour où vous ne pouvez plus le faire vous-même, par exemple du fait d'un accident ou d'une maladie grave.

Votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer.

Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile, voire angoissante. Mais il est important d'y réfléchir.

Rédiger des directives anticipées **n'est pas une obligation**.

❖ Avec qui en parler ?

Vous pouvez en parler avec le **médecin du service** pour qu'il vous conseille dans la rédaction de vos directives. Il pourra vous aider à envisager les diverses situations qui peuvent se présenter en fin de vie. Il pourra vous expliquer les traitements possibles, leur efficacité, leurs limites ou leurs désagréments. Cela pourra éclairer votre choix.

Après rédaction de vos directives anticipées, cela peut être l'occasion d'un dialogue avec vos proches et/ou votre personne de confiance.

❖ Le médecin devra-t-il respecter vos directives ?

Oui, c'est la loi : le médecin de même que tout autre professionnel de santé devra respecter les volontés exprimées dans vos directives anticipées. S'il arrive un jour que vous ne soyez plus en état de vous exprimer. Il ne pourra passer outre vos directives que dans les cas exceptionnels prévus par la loi.

❖ Après avoir rédigé des directives, est-il possible de les modifier ?

Oui. Les directives anticipées sont valables sans limite de temps. Vous pourrez toujours, à tout moment, les modifier ou les annuler. En présence de plusieurs directives anticipées, le document le plus récent fera foi.

❖ Où conserver vos directives ?

Il est important qu'elles soient facilement accessibles. Quel que soit votre choix, informez votre médecin traitant et vos proches de leur existence et de leur lieu de conservation. Elles peuvent être conservées dans votre DMP (Dossier Médical Partagé).



RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Etiquette du patient

❖ Mes directives anticipées.

- J'ai déjà écrit mes Directives Anticipées :
Elles sont disponibles auprès de :
- Je ne souhaite pas me prononcer sur la rédaction de mes Directives Anticipées.

❖ Mes volontés sont les suivantes :

Nom et Prénoms :

Né(e) le : **à :**

Domicilié(e) à :

- Si je bénéficie d'une mesure de protection légale (tutelle), j'ai l'autorisation du juge :
 Oui Non

Veillez joindre la copie de l'autorisation

- **Etat de coma prolongé jugé irréversible :** Dans le cas où j'aurais **définitivement** perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches.
(Par exemple, du fait d'un accident grave ou d'une maladie grave.)

J'accepte que l'on me maintienne artificiellement en vie.

Je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie.

- **Traitements médicaux :** La loi Léonetti 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.
(par exemple, réanimation cardio-respiratoire, transfusion sanguine, assistance respiratoire et/ou tube pour respirer, ...);

J'accepte de tels actes.

Je refuse de tels actes.

- **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 :

J'accepte la sédation profonde et continue

Je refuse la sédation profonde et continue



RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

- **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 :

Je demande et j'autorise l'établissement à insérer mes Directives Anticipées dans mon Dossier Médical Partagé.

Fait à

Le :

Signature:



RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Si 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 (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1 :

Je soussigné (e)

(Nom et 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

Nom, Prénom : _____

Fait à : _____, Le _____

Signature du témoin

Témoin 2 :

Je soussigné (e)

(Nom et 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

Nom, Prénom : _____

Fait à : _____, Le _____

Signature du témoin