



Directives anticipées

J'exprime par écrit mes volontés pour ma fin de vie.

Présentation¹

Des directives anticipées, pour quoi faire?

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer. Si vous avez rédigé des directives anticipées, 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 angoissant. Mais il est important d'y réfléchir.

Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation.

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

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

¹ Si vous souhaitez prendre connaissance des textes légaux à ce sujet, ils figurent aux articles L. 1111-11 et R. 1111-18 et R. 1111-19 du code de la santé publique. Ils sont accessibles sur le site internet : www.legifrance.gouv.fr

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

- Je suis atteint(e) d'une maladie grave
- Je pense être proche de la fin de ma vie

Mon identité

Nom 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 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.

Je suis une personne ayant une maladie grave ou en fin de vie

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 (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) 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 donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient **entrepris**, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire :

- Un traitement par un appareil à dialyse rénale :

- Une intervention chirurgicale :

.../...

Une alimentation ou hydratation par sonde :

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 :

Dialyse rénale :

Alimentation et hydratation par sonde :

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) à 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 ANTICIPEES

- Je pense être en bonne santé
- Je ne suis pas atteint(e) d'une maladie grave

Mon identité

Nom 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 Ier du code civil, j'ai l'autorisation :

- du juge : Oui Non

- du conseil de famille : Oui Non

Veillez joindre la copie de l'autorisation.

Je suis une personne n'ayant pas de maladie grave

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) J'indique ici les **situations** entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible par l'équipe médicale, pour 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).

Je précise 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) J'indique ici si j'accepte ou refuse **les actes et/ou traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet** (par exemple : réanimation cardiorespiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc).

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.

.../...

3) 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

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).

Témoïn 1

Je soussigné (e)

Nom et prénoms : _____

Qualité : _____

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

Fait à : _____

Le : _____

Signature

Témoïn 2

Je soussigné (e)

Nom et prénoms : _____

Qualité : _____

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

Fait à : _____

Le : _____

Signature

Je soussigné(e)

Nom et prénoms : _____

➤ Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médico-social qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.

➤ Ou : Déclare annuler mes directives anticipées datées du _____

Fait à : _____

Le : _____

Signature

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées comme le prévoit la législation. Un modèle vous est proposé au recto de ce document.