

DIRECTIVES ANTICIPEES

Les directives anticipées : c'est une déclaration écrite qui indique vos volontés pour votre fin de vie, si un jour vous étiez en situation où vous ne pouvez plus vous exprimer.

Vous devez être majeur pour les rédiger.

Ce n'est pas une obligation.

Il s'agit pour vous, d'exprimer vos volontés sur les décisions médicales (traitements, actes médicaux) à prendre lorsque vous serez en fin de vie.

1. Comment ça marche ?



Quand peut-on les écrire ?

Quand vous voulez, que vous soyez malade ou non. Elles peuvent être modifiées ou annulées à tout moment et n'ont pas de limite de temps.



Comment les rédiger ?

Sur le formulaire ci-joint ou sur papier libre (daté et signé)



Quoi écrire ?

Notamment vos souhaits pour la poursuite, l'arrêt, le refus de traitements médicaux pour votre fin de vie.

2. Avec qui parler de vos directives anticipées ?



Demander des conseils

Professionnel de santé

Personne de confiance, proche ou famille

Association de patients ou d'accompagnement

Toute autre personne avec qui vous souhaitez en parler et qui peut vous aider à réfléchir



Pour indiquer leur existence et leur lieu de conservation

Médecin

Personne de confiance

Proches, famille

3. Et après où les conserver ?



Dans votre dossier médical partagé en les confiant à l'Assurance Maladie



Dans votre dossier médical en les confiant à votre médecin



Chez votre personne de confiance/votre famille /un proche



Avec vous, en donnant des copies

1. Informations principales importantes à mentionner

Vous pouvez indiquer votre point de vue sur...



Maintien en vie artificielle
Sédation profonde et continue jusqu'au décès



Actes et traitements médicaux contribuant au maintien artificiel de la vie

Assistance respiratoire

Réanimation cardio-circulatoire

Alimentation et/ou hydratation artificielles

Dialyse

Autres

2. Informations annexes utiles à mentionner



Vos attentes ou vos craintes concernant certains traitements ou certaines situations de fin de vie.



Vos souhaits et croyances de nature non médicale
Ils ne sont pas considérés comme des directives mais peuvent être précisés.



Votre situation personnelle si elle peut aider le médecin à comprendre vos souhaits.

3. À qui pouvez-vous demander conseil pour les rédiger ?

Il peut être utile de solliciter l'avis d'un professionnel de santé ou d'un autre interlocuteur.



Professionnel de santé



Personne de confiance, proche ou famille



Association de patients ou d'accompagnement



Toute autre personne qui peut vous aider à réfléchir

Pour plus d'information et vous aider dans vos démarche, vous pouvez consulter les sites suivants :



<https://www.parlons-fin-de-vie.fr/>

<https://www.directivesanticipees.org/>

<https://www.sfap.org/rubrique/la-personne-de-confiance>

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32748>

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et à la fin de vie
Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016

Merci de compléter le formulaire ci-joint :



Vous...

Nom de naissance : _____ Nom usuel : _____
 Prénom : _____ Né(e) le : ___ / ___ / ___ à _____
 Adresse : _____
 CP : _____ Ville : _____
 Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Email : _____

- Je déclare** avoir été informé(e) de la possibilité de rédiger des directives anticipées.
- Je ne souhaite pas** à ce jour rédiger de directives anticipées.
- J'ai déjà rédigé des directives anticipées** et je communique ci-dessous les coordonnées de la personne qui en est détentrice) :

Nom et prénom : _____ Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
 Adresse : _____
 CP : _____ Ville : _____

- Je souhaite** rédiger mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté.

Cochez la case correspondant à votre situation avant de rédiger vos directives ci-dessous :

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

► **Je souhaite m'exprimer spécifiquement sur les situations suivantes :**

Traitement dont le seul effet est de prolonger ma vie

(par exemple : tube pour respirer ou assistance respiratoire, dialyse, interventions médicales ou chirurgicales, transfusion sanguine, ...):

- Je souhaite que l'on **mette en œuvre toutes les possibilités médicales pour me maintenir en vie**. Mes souffrances doivent être allégées dans la mesure du possible. Mais je suis prêt(e) à accepter les contraintes liées à mon souhait d'être maintenu(e) en vie.
- Je souhaite que les traitements médicaux servent **avant tout à alléger mes souffrances**. Pour moi, il n'est pas prioritaire de prolonger ma vie à tout prix. Je suis prêt(e) à accepter que le fait de renoncer à certains traitements médicaux puisse abrégé ma vie.

Précisions complémentaires : _____

Alimentation ou hydratation par voies artificielles pouvant prolonger ma vie

- Je souhaite un apport continu de liquides et d'aliments (au moyen d'une sonde gastrique, d'une perfusion, d'une pose chirurgicale ou d'une sonde nutritive).
- Je refuse tout apport continu de liquides et d'aliments.

Précisions complémentaires : _____

Réanimation cardiorespiratoire

En cas d'arrêt cardiaque et/ou respiratoire

- Je souhaite être réanimé(e). Je refuse d'être réanimé(e).

Précisions complémentaires : _____



Sédation profonde et continue jusqu'au décès

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) un traitement de la douleur. C'est un **traitement qui m'endort** et a pour objectif la **perte de conscience** jusqu'à mon décès.

- Je souhaite bénéficier d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès.
- Je refuse une sédation profonde et continue jusqu'au décès.

Autres traitements sur lesquels je souhaite m'exprimer :

► Je formule librement mes directives anticipées ci-dessous :

J'énonce mes volontés en ce qui concerne les actes ou les traitements médicaux dont je pourrais alors faire l'objet. Je précise dans quelles conditions je souhaite leur poursuite, leur limitation ou leur arrêt, **OU** j'indique si je les refuse. J'écris notamment si j'accepte **OU** 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.

Fait à _____, le ____ / ____ / _____ Signature :

Autres informations que je souhaite exprimer concernant ma fin de vie :

Par exemple : convictions religieuses, consignes en cas de décès, craintes, situations familiales, choix du funérarium, soins de conservation, etc... tout ce qui peut aider à mieux me comprendre et m'accompagner.

CAS PARTICULIERS

- Etant dans l'**impossibilité de rédiger moi-même** mes directives anticipées, les deux témoins ci-dessous attestent que dans le document rédigé ci-dessus, est bien l'expression de ma volonté libre et éclairé.

1er témoin :

Nom et prénom : _____
Qualité : _____
Date : ____ / ____ / _____ Signature :

2ème témoin :

Nom et prénom : _____
Qualité : _____
Date : ____ / ____ / _____ Signature :

- Je fais l'objet d'une mesure de tutelle au sens du chapitre II du titre Ier du code civil et je souhaite rédiger mes directives anticipées :

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



Joindre la copie de l'autorisation.

- Personne dans l'incapacité de recevoir l'information**

Motif de l'incapacité : _____
Personne recueillant l'information :
Nom et prénom : _____
Date : ____ / ____ / _____ Signature :