DIRECTIVES ANTICIPEES

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

Des directives anticipées, pour quoi faire ?

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. Il s'agit pour vous d'exprimer vos souhaits sur la limitation, l'arrêt ou la poursuite des traitements ou actes médicaux par écrit.

Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation.

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, mais il est important d'y réfléchir.

Avec qui en parler ?

Notre équipe médicale et soignante vous conseille dans la rédaction de vos directives. Elle pourra vous aider à envisager les diverses situations qui peuvent se présenter en fin de vie, vous expliquer les traitements possibles, leur efficacité et leurs limites. Cela pourra éclairer votre choix.
Vous pouvez aussi vous rendre sur le site de la Haute Autorité de Santé qui donne des informations et des conseils pour rédiger vos directives anticipées : www.has-santé.fr

Vous pouvez également en parler avec votre personne de confiance, personne qui est en mesure de témoigner de vos volontés, avec d'autres professionnels de santé, avec des associations ou avec des proches en qui vous avez confiance.

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

Oui.

Les directives anticipées sont valables sans limite de temps mais vous pourrez toujours, à tout moment, les modifier dans le sens que vous souhaitez. 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 et vos proches de leur existence et de leur lieu de conservation. Transmettez-nous un exemplaire. Ainsi, le jour venu, l'équipe qui vous accompagnera lors de la fin de votre vie saura où trouver vos directives afin de les mettre en œuvre.

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Noms et prénoms : .....

Né [e] le : ..... à : .....

Domicilié[e] à : .....
.....
.....
.....
.....

□ Je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées.

□ Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer.

□ Je fais l'objet d'une mesure de tutelle (au sens du chapitre II du tire XI du livre 1er du code civil), je peux rédiger mes directives anticipées avec l'autorisation :

- De juge : oui □ non □
- Du conseil de famille : oui □ non □

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

□ Je suis une personne n'ayant pas de maladie grave.

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** (Exemple : traumatisme crânien, accident vasculaire, etc… entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible)

□ J'accepte □ 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 de 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'accepte □ Je refuse

De tels actes (Exemple : réanimation cardio-respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, dialyse chronique, interventions médicales ou chirurgicales, etc…) :

.....
.....
.....
.....
.....

3) En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie (sédation profonde)

□ J'accepte □ Je refuse

Bénéficier d'un traitement qui m'endormira jusqu'à mon décès, associé à un traitement contre la douleur :

.....
.....
.....
.....
.....

4) Autres souhaits (Exemple : convictions religieuses, accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie…)

.....
.....
.....
.....
.....

Fait le ..... à .....

Signature :

J'ai la possibilité de modifier ou d'annuler mes directives anticipées en remplissant un nouveau formulaire.

Directives anticipées modifiées le :
……

Localisation de mes directives anticipées

Le formulaire des directives anticipées est :

* Conservé :
□ Sur moi
□ Chez moi :
où ?.....

* Remis à :
□ Personne de confiance
□ Autre personne :.....

Ma personne de confiance

Nom, prénoms :.....
Tél :.....

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : □ Oui □ Non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : □ Oui □ Non

CAS PARTICULIER

Je suis dans l'impossibilité physique d'écrire seule[e] mes directives anticipées et je souhaite que quelqu'un le fasse pour moi devant les deux témoins désignés ci-dessous (l'un peut être la personne de confiance que j'ai désignée).

Témoin 1 :

Je soussigné [e] M. ou Mme (nom, prénom) :
.....
Lien avec le patient :
.....

Approbation

Fait à : ..... Le : .....

Signature :

Témoin 2 :

Je soussigné [e] M. ou Mme (nom, prénom) :
.....
Lien avec le patient :
.....

Approbation

Fait à : ..... Le : .....

Signature :