

# DIRECTIVES ANTICIPÉES, NOUS SOMMES TOUS CONCERNÉS...

Code de la Santé Publique : Articles L. 1111-4, L.1111-11 & L. 1111-13,  
Articles R. 1111-17 à R. 1111-20, Articles R. 1112-2 & R. 4127-37.



**Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « Directives Anticipées » afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi le cas où elle ne serait pas, à ce moment là, en capacité d'exprimer sa volonté.**

## À quoi servent les directives anticipées ?

Si, en fin de vie, vous n'êtes pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin de connaître **vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en cours.**

On considère qu'une personne est « en fin de vie » lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale.

## Comment rédiger vos directives anticipées ?

- > **Vous devez être majeur.**
- > **Vous devez être en état d'exprimer votre volonté libre et éclairée au moment de la rédaction.**
- > **Vous devez écrire vous-même vos directives.**  
Elles doivent être datées et signées et vous devez préciser vos noms, prénoms, date et lieu de naissance.

**Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à 2 témoins** (dont votre personne de confiance, si vous l'avez désignée). Le document sera écrit par un des 2 témoins ou par un tiers. Les témoins, en indiquant leur nom et qualité (ex : lien de parenté, personne de confiance, médecin traitant...) attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée.

- > **Le document est valable 3 ans.**  
Vous devez donc les renouveler après le délai de 3 ans.  
Si vous décidez de les modifier, une nouvelle période de 3 ans commence à courir. Vous pouvez détruire les anciens documents pour éviter toute confusion.
- > **Vous pouvez mettre dans vos directives ce que vous souhaitez comme prise en charge dans le cas d'une fin de vie** (ex : qualité de vie, dignité, acceptation ou refus d'un traitement, respect de la demande de non acharnement thérapeutique, soins de confort...), **et votre décision pour le don d'organes.**

## Pouvez-vous changer d'avis après avoir rédigé vos directives anticipées ?

- > **À tout moment, vous pouvez les modifier, totalement ou partiellement.**  
Si vous ne pouvez pas écrire, le renouvellement ou la modification s'effectuent selon la même procédure que pour la rédaction. (Cf. comment rédiger vos directives?).
- > **Vous pouvez également annuler vos directives.**  
Il est préférable de le faire par écrit et d'en informer vos proches.

## Quel est le poids de vos directives anticipées dans la décision médicale ?

Si vous avez rédigé des directives, le médecin doit en prendre connaissance. Elles constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale, car elles témoignent de votre volonté.

**Leur contenu est prioritaire sur tout autre avis non médical, y compris sur celui de la personne de confiance.**

Le médecin les appliquera, totalement ou partiellement, en fonction des circonstances, de la situation ou de l'évolution des connaissances médicales.

## Comment faire pour vous assurer que vos directives seront prises en compte au moment voulu ?

Il est important que vous preniez toutes les mesures pour que le médecin puisse en prendre connaissance facilement.  
Pour faciliter les démarches, vous pouvez :

- > **Remettre vos directives à votre médecin traitant,**
- > **En cas d'hospitalisation, informer le médecin hospitalier de la personne qui détient vos directives ou les remettre au médecin hospitalier qui les conservera dans le dossier médical,**
- > **Conserver vous-même vos directives ou les confier à toute personne de votre choix,** (ex : votre personne de confiance). Dans ce cas, il est souhaitable que vous communiquiez au médecin qui vous prend en charge les coordonnées de cette personne.



# MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e) (nom-prénom) : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Énonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

● **Je souhaiterais éventuellement bénéficier des traitements suivants à entreprendre ou à poursuivre : (cocher)**

> **Respiration artificielle**

(Une machine qui remplace ou qui aide ma respiration)

- Intubation / trachéotomie

oui  non  ne sais pas

- Ventilation par masque

oui  non  ne sais pas

> **Réanimation cardio-respiratoire** (En cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique)

oui  non  ne sais pas

> **Alimentation artificielle** (une nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou en intraveineux)

oui  non  ne sais pas

> **Hydratation artificielle** (Par une sonde placée dans le tube digestif)

oui  non  ne sais pas

> **Hydratation artificielle** (Par perfusion)

oui  non  ne sais pas

> **Rein artificiel** (Une machine remplace l'activité de mes reins, le plus souvent l'hémodialyse)

oui  non  ne sais pas

> **Transfert en réanimation** (Si mon état le requiert)

oui  non  ne sais pas

> **Transfusion sanguine**

oui  non  ne sais pas

> **Intervention chirurgicale**

oui  non  ne sais pas

> **Radiothérapie anticancéreuse**

oui  non  ne sais pas

> **Chimiothérapie anticancéreuse**

oui  non  ne sais pas

> **Médicaments visant à tenter de prolonger ma vie**

oui  non  ne sais pas

> **Examen diagnostique lourd et / ou douloureux**

oui  non  ne sais pas

● **Je demande que l'on soulage efficacement mes souffrances (physiques, psychologiques), même si cela a pour effet d'abrégé ma vie : (cocher)**

oui  non  ne sais pas

● **Autres souhaits en texte libre :** .....

.....

.....

.....

Fait à : .....

Le ..... Signature

**NB : valable 3 ans**

Le patient étant dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, les 2 témoins attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

**1<sup>er</sup> témoin** - Nom, prénom : .....

Qualité : .....

Date .....

Signature

**2<sup>ème</sup> témoin** - Nom, prénom : .....

Qualité : .....

Date .....

Signature

**Conservation**

Je confie mes directives anticipées à : .....

Je conserve mes directives anticipées.

Fait à : .....

Le .....

Signature

**NB : valable 3 ans**

**Renouvellement à la fin des 3 ans**

Document confirmé le : .....

Fait à : .....

Le .....

Signature

**Modification avant la fin des 3 ans**

Document modifié le : .....

● **Modifications :** .....

.....

.....

.....

Fait à : .....

Le .....

Signature

**Annulation avant la fin des 3 ans**

Document annulé le : .....

Fait à : .....

Le .....

Signature