

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>e</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 : .....  
Modification :  
.....  
.....  
.....  
.....  
Fait à ..... le .....  
Signature

**Annulation avant la fin des 3 ans**

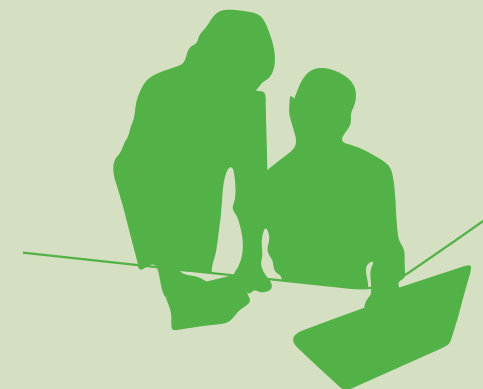
Document annulé le : .....  
Fait à ..... le .....  
Signature

**DIRECTIVES ANTICIPÉES,  
NOUS SOMMES TOUS CONCERNÉS...**

Octobre 2011

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 sait pas

Ventilation par masque  oui  non  ne sait pas

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

oui  non  ne sait pas

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

oui  non  ne sait pas

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

oui  non  ne sait pas

> **Hydratation artificielle** (*par perfusion*)

oui  non  ne sait pas

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

oui  non  ne sait pas

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

oui  non  ne sait pas

> **Transfusion sanguine**

oui  non  ne sait pas

> **Intervention chirurgicale**

oui  non  ne sait pas

> **Radiothérapie anticancéreuse**

oui  non  ne sait pas

> **Chimiothérapie anticancéreuse**

oui  non  ne sait pas

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

oui  non  ne sait pas

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

oui  non  ne sait pas

• Je demande que l'on soulage efficacement mes souffrances (*physiques, psychologiques*), même si cela a pour effet d'abrèger ma vie  oui  non  ne sait pas

• *Autres souhaits en texte libre :*

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

Fait à ..... le .....

Signature

 **NB: valable 3 ans**