

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.

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.

Il n'est pas obligatoire de remplir tous les items du modèle et de désigner une personne de confiance. Il est possible de joindre d'autres pages si le document n'offre pas assez d'espace.

- Un modèle A pour les personnes en fin de vie ou ayant une maladie grave.
- Un modèle B pour les personnes en bonne santé ou n'ayant pas de maladie grave.

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.

## ■ Exprimer d'autres souhaits ou volontés

**Est-il possible d'exprimer des souhaits ou des volontés autres que les volontés de nature médicale qui sont mentionnées dans les modèles A et B ?**

Oui et la fiche comprenant l'intitulé « Informations ou souhaits que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées figurant sur les pages 2 à 5 ci-après », vous est proposée à cet effet. Mais sachez que la loi a prévu que seules vos volontés de nature médicale constitueront des directives obligatoires pour les médecins qui s'occuperont de vous à la fin de votre vie. Par conséquent, ce que vous écrirez dans la fiche comprenant l'intitulé « Informations ou souhaits que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées figurant sur les pages 2 à 5 ci-après », pourra être une information utile pour le médecin, mais ce ne sera pas une directive au sens de la loi.

## ■ Avec qui en parler ?

Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous conseille dans la rédaction de vos directives. Il pourra vous aider à envisager les diverses situations qui peuvent se présenter en fin de vie. Il pourra vous expliquer les traitements possibles, leur efficacité, leurs limites ou leurs désagréments. 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-sante.fr](http://www.has-sante.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.

## ■ **Le médecin devra-t-il respecter vos directives ?**

Oui, c'est la loi : le médecin de même que tout autre professionnel de santé devra respecter les volontés exprimées dans vos directives anticipées, s'il arrive un jour que vous ne soyez plus en état de vous exprimer. Il ne pourra passer outre vos directives que dans les cas exceptionnels prévus par la loi (la loi prévoit deux cas : 1- le cas d'urgence vitale. Le médecin peut alors ne pas mettre en œuvre vos directives pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation. 2- le cas où les directives paraissent manifestement inappropriées ou non-conformes à votre situation médicale).

## ■ **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. Ainsi, le jour venu, le médecin qui vous accompagnera lors de la fin de votre vie saura où trouver vos directives afin de les mettre en œuvre.

EHPAD Les Magnolias  
96 route de Montbéliard  
25150 PONT-DE-ROIDE-VERMONDANS  
03.81.98.86.80

## Directives anticipées / mon identité

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : ___/___/_____	
Adresse : _____	
Ville : _____	Code postal : _____

**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 une copie de l'autorisation

### ■ Informations ou souhaits que je veux exprimer en-dehors de mes directives anticipées figurant sur les pages 2 à 5 ci-après

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans l'un des modèles ci-après, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître :

- Certaines informations (par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches),
- Certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours),

Je les écris ici :

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Fait le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

à : \_\_\_\_\_

Signature :

## Directives anticipées / formulaire A

- Je suis atteint(e) d'une maladie grave
- Je pense être proche de la 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 retrouver (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 si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :

-----

- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :

-----

- Une intervention chirurgicale :

-----

- 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 (tube pour respirer) :

-----

- Dialyserénale:

-----

- Alimentation et hydratation artificielle :

-----

- 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 artificiellement 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 :

## Directives anticipées / formulaire B

- Je pense être en bonne santé
- Je ne suis pas atteint(e) d'une 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. À propos des situations dans 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... entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).**

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 de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielle, etc...) :

---

---

---

---

---

---

---

### 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 :

## Directives anticipées / cas particulier

### ■ 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) :

#### *Témoin 1*

Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

-----

Qualité :

-----

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Monsieur ou Madame

-----

Fait le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

à : \_\_\_\_\_

Signature :



## Témoin 2

Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

-----

Qualité :

-----

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de Monsieur ou Madame

-----

Fait le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

à : \_\_\_\_\_

Signature :

## Modification ou annulation de mes directives anticipées

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 médicosocial 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 le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

à : \_\_\_\_\_

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 prévoir le cas particulier décrit en page 8.*

## Nom et coordonnées de ma personne de confiance

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre « personne de confiance ». La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

Je soussigné(e) : nom, prénoms, date et lieu de naissance :

-----  
-----

Désigne la personne de confiance suivante :

Nom, prénoms :

-----

Adresse :

-----  
-----

Téléphone privé : \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

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

Fait le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

à : \_\_\_\_\_

Signature :

Signature de la personne de confiance :