

## Qu'est-ce que c'est ?

C'est une déclaration écrite. Si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer, vos directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits en matière de traitements médicaux pour votre fin de vie.

## A quoi servent les directives anticipées ?



Elles sont destinées à recueillir vos volontés sur votre fin de vie, dans la situation où vous ne seriez plus en capacité de vous exprimer.

Vous pouvez les écrire quand vous voulez, que vous soyez malade ou non



Depuis la loi de 2016, elles s'imposent au médecin et sont sans limite de durée, modifiables et révocables à tout moment. Toute personne majeure peut rédiger ses directives anticipées, sur papier libre daté et signé, ou sur un modèle prédéfini

## Informations importantes à mentionner



### Vos attentes, vos craintes, vos limites

concernant certains traitements ou certaines situations de fin de vie



- Assistance respiratoire
- Réanimation
- Nutrition ou hydratation artificielle
- Dialyse
- Autres



### Vos souhaits et croyances de nature non médicale

Ils ne sont pas considérés comme des directives mais peuvent être précisés pour aider votre médecin à prendre la décision qui vous correspond le mieux

## Avec qui en parler ?



Famille



Toute personne avec qui vous souhaitez en parler pour vous aider à réfléchir



Professionnel de santé



Association de patients

## Les transmettre et les conserver sur papier libre ou sur un formulaire dédié



Dans votre dossier médical en les confiant à votre médecin



Chez votre personne de confiance ou un proche



Avec vous, en donnant des copies à votre entourage



Dans "Mon Espace Santé", confiées à l'assurance maladie

J'ai été informé(e) que la rédaction de directives anticipées est un acte volontaire et que j'ai la possibilité de les révoquer ou de les modifier à tout moment, tant que je suis capable de discernement.



Mes directives anticipées sont enregistrées dans Mon Espace Santé sur mon Dossier Médical Partagé.

Mes volontés sont les suivantes :

1. À propos des **situations** dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie) :

➤ J'indique ici si j'accepte 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 : .....  **oui**  **non**

2. À propos des **actes et des traitements médicaux** dont je pourrais faire l'objet :

*NB : 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 (Article L1110-5 du Code de la Santé Publique).*

➤ J'indique ici si j'accepte qu'il soit entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : .....  **oui**  **non**
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : .....  **oui**  **non**
- Une intervention chirurgicale : .....  **oui**  **non**
- Autres : .....

➤ Si ces actes ou traitement ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) : .....  **oui**  **non**
- Dialyse rénale : .....  **oui**  **non**
- Alimentation et hydratation artificielle : .....  **oui**  **non**
- Autres : .....

➤ Enfin si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes/traitement qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici 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 de souffrance intolérable et réfractaire à toutes les thérapeutiques proposées, et après discussion collégiale, une sédation profonde et continue, associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui vous endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à votre décès, peut vous être proposée. Dans ces conditions seriez-vous prêt à l'accepter ? .....  **oui**  **non**

**Je, soussigné(e), ai rédigé les présentes directives anticipées, en l'expression de ma volonté libre et éclairée.**

**NOM :** ..... **PRENOM :** ..... **DATE de NAISSANCE :** [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
**Fait à :** ..... **Le :** [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] **SIGNATURE :**

**Étant dans l'impossibilité de rédiger moi-même mes directives anticipées, deux témoins attestent, à ma demande, que ce document est l'expression de ma volonté libre et éclairée :**

**Nom :** .....  
**Prénom :** .....  
**Lien avec la personne :** .....  
 Atteste que ces directives anticipées sont l'expression de la volonté éclairée de :  
**Nom :** ..... **Prénom :** .....  
**Fait à :** ..... **Le :** [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
**Signature :**

**Nom :** .....  
**Prénom :** .....  
**Lien avec la personne :** .....  
 Atteste que ces directives anticipées sont l'expression de la volonté éclairée de :  
**Nom :** ..... **Prénom :** .....  
**Fait à :** ..... **Le :** [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
**Signature :**