

## **INFORMATION RELATIVE AUX DIRECTIVES ANTICIPEES**

### **Le fondement des directives anticipées**

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 l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

### **A quoi servent les directives anticipées ?**

Dans le cas où vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits sur votre fin de vie concernant les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt de traitement ou d'actes médicaux.

### **Quelles sont les conditions pour que mes directives anticipées soient prises en compte ?**

**Condition d'âge** : Vous ne pouvez rédiger des directives anticipées que si vous êtes majeur(e). Si vous êtes sous mesure de protection juridique avec représentation à la personne (tutelle, sauvegarde de justice avec mandataire spécial, habilitation familiale), vous devez avoir l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué.

**Conditions de forme** : Le document doit être écrit et authentifiable. 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 (cf. ex. formulaire au verso). Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à deux témoins – dont votre personne de confiance, si vous en avez désigné une - qui attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée. Ces témoins doivent indiquer leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives.

**Conditions de fond** : L'auteur du document doit être en état d'exprimer sa volonté libre et éclairée au moment de sa rédaction. Si vous le souhaitez, vous pouvez demander au médecin à qui vous confiez vos directives pour les insérer dans votre dossier, d'y joindre une annexe attestant que vous êtes en état d'exprimer votre volonté et qu'il vous a donné les

informations appropriées. Elles sont valables sans limite de temps, mais sont modifiables à tout moment, les dernières en date faisant foi.

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

Si vous avez rédigé des directives anticipées, le médecin doit les respecter. Toutefois, il pourra passer outre vos directives dans deux cas : l'urgence vitale (pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation) ou si celles-ci paraissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. Ce document prévaut cependant sur tout autre témoignage non médical, y compris celui de la personne de confiance. 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. En cas d'hospitalisation, vous pouvez confier vos directives anticipées au médecin qui vous prend en charge afin qu'il puisse en prendre connaissance facilement. Elles seront conservées dans le dossier comportant vos informations médicales.

**OUI**, j'ai rédigé mes directives anticipées et j'en ai remis un exemplaire à :

Dr / M. / Mme :

**NON**, je n'ai pas rédigé mes directives anticipées

Fait à Cérilly, le

Signature :

## Mes directives anticipées :

Conservées par mes soins

Remises à .....

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.**

1. À propos **des situations** dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir 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 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 pas d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc **si j'accepte ou si je refuse** que de tels actes soient entrepris : (par exemple : réanimation cardio-respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, 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 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 ::.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

4. J'ai d'**autres souhaits** avant ou après ma mort (ex. accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes...) :.....  
.....  
.....  
.....

Fait à

.....Le.....

....

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

**1er témoin Nom, prénom :**

Qualité :

Date :

Signature :

**2<sup>ème</sup> témoin Nom, Prénom :**

Qualité

Date :

Signature