

# LES DIRECTIVES ANTICIPÉES CONCERNANT LES SITUATIONS DE FIN DE VIE

## POURQUOI

Les directives anticipées permettent de faire connaître au médecin votre volonté et de la faire respecter si un jour vous n'êtes plus en mesure de l'exprimer, par exemple dans les situations suivantes : vous êtes en bonne santé et vous pouvez avoir un accident ou un évènement aigu, (infarctus, accident vasculaire cérébral, traumatisme...), qui évolue vers une incapacité majeure de communication qui se prolonge (état végétatif par exemple) ; vous avez une maladie grave et une aggravation survient qui vous rend incapable de vous exprimer ; vous êtes à la fin de votre vie (grand âge avec de nombreuses maladies, maladie au stade terminal) et un évènement aigu survient, aggravant durablement une situation précaire ou qui pourrait entraîner la mort.

## COMMENT

Le contenu de ces directives anticipées est strictement personnel et confidentiel et ne sera consulté que par vos médecins, votre personne de confiance si vous l'avez choisie et éventuellement d'autres personnes de votre choix. Tant que vous serez capable d'exprimer vous-même votre volonté, vos directives anticipées ne seront pas consultées.

## PERSONNE DE CONFIANCE

La personne de confiance est une personne qui pourra vous accompagner dans vos démarches de soins et sera consultée en priorité comme témoin de votre volonté si votre état de santé ne vous permet plus de la dire. Ce peut être quelqu'un de votre famille, un proche ou votre médecin traitant. Cette personne a donc une grande responsabilité et doit accepter cette mission.

## CONTENU

Vous pouvez aborder ce que vous jugez important dans votre vie, vos valeurs, vos convictions, vos préférences. Vous pouvez écrire ce que vous redoutez plus que tout (par exemple douleur, angoisse...), les traitements et techniques médicales que vous ne souhaiteriez pas (sonde d'alimentation, aide respiratoire...), vos attentes concernant l'aide de soins palliatifs (traitements des douleurs physiques, de la souffrance morale...), mais également les conditions dont vous espérez pouvoir bénéficier au moment de la fin de votre vie [présence de personnes auxquelles vous tenez, accompagnement spirituel éventuel, lieu de fin de vie (domicile, hôpital...)]...

## DIFFUSION

Il est essentiel que l'existence de vos directives anticipées soit connue et qu'elles soient facilement accessibles. Il est important que vous informiez votre (vos) personne(s) de confiance, votre médecin traitant, votre famille et/ou vos proches de leur existence et du lieu où **l'original** se trouve. Une copie peut être remise à chaque personne de confiance.

# DIRECTIVES ANTICIPÉES & DÉSIGNATION DES PERSONNES DE CONFIANCE

Établissez plusieurs copies de vos directives anticipées afin d'en remettre à chacun des destinataires suivants : • Votre médecin habituel • Les personnes de confiance de votre choix

N'omettez pas de prévoir quelques copies à l'usage de vos autres médecins, de ville ou hospitaliers, anesthésistes, ...

**VOUS DEVEZ CONSERVER L'ORIGINAL.**

Je soussigné(e), (Nom de naissance ou d'épouse, prénom) : .....

née (Nom de jeune fille) : .....

le (date de naissance) : ..... à (lieu et pays de naissance) : .....

Adresse : .....

..... Téléphone : .....

***affirme rédiger ce document en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés intellectuelles.***

Si je me trouve hors d'état d'exprimer ma volonté à la suite d'une affection incurable quelle qu'en soit la cause, ou d'un accident grave entraînant une dégradation irréversible de mes facultés,

**JE DÉCLARE SOLENNELLEMENT :**

❶ **refuser tous les traitements, dont l'alimentation et l'hydratation, y compris pour les affections intercurrentes.**

(Les actes [thérapeutiques] mentionnés à l'article L. 1110-5 [du code de la santé publique] ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire.

*Article L. 1110-5-1 du code de la santé publique.)*

❷ **demander que soient soulagées toutes mes douleurs**

(Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.

*Article L. 1110-5-3 du code de la santé publique.)*

❸ **demander à bénéficier d'une sédation profonde et continue.**

(À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie.

*Article L. 1110-5-2 du code de la santé publique.)*

❹ **dans l'hypothèse où cela deviendrait légalement possible, demander à bénéficier d'une aide active à mourir.**

(Si la loi le permet lorsque je serai moi-même en situation de fin de vie, je souhaite que me soit appliquée une euthanasie active avec injection d'un produit létal, ou bénéficier d'un suicide assisté si je suis encore en capacité d'accomplir moi-même un geste actif. **Article du code de la santé publique à préciser dès qu'une loi aura été votée.**

**Mes autres volontés sont rédigées ci-dessous :**

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

**DATE ET SIGNATURE OBLIGATOIRES**

--

**JE DÉSIGNE COMME PERSONNES DE CONFIANCE**, conformément à l'article L.1111-6 du code de la santé publique, les personnes nommées ci-après ; elles agiront séparément, en fonction de leur disponibilité. Ces personnes reçoivent de ma part le mandat exprès pour avoir accès à mon dossier médical et seront chargées de veiller au respect de mes volontés et de mes droits.

Nom : ..... prénom : .....

Lien de parenté (facultatif) : Néant / Conjoint(e) / Enfant / Autre à préciser : .....

Adresse : .....

..... Téléphone(s) : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nom : ..... prénom : .....

Lien de parenté (facultatif) : Néant / Conjoint(e) / Enfant / Autre à préciser : .....

Adresse : .....

..... Téléphone(s) : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nom : ..... prénom : .....

Lien de parenté (facultatif) : Néant / Conjoint(e) / Enfant / Autre à préciser : .....

Adresse : .....

..... Téléphone(s) : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nom : ..... prénom : .....

Lien de parenté (facultatif) : Néant / Conjoint(e) / Enfant / Autre à préciser : .....

Adresse : .....

..... Téléphone(s) : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nom : ..... prénom : .....

Lien de parenté (facultatif) : Néant / Conjoint(e) / Enfant / Autre à préciser : .....

Adresse : .....

..... Téléphone(s) : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nom : ..... prénom : .....

Lien de parenté (facultatif) : Néant / Conjoint(e) / Enfant / Autre à préciser : .....

Adresse : .....

..... Téléphone(s) : .....

Date et lieu de naissance : .....

**DATE ET SIGNATURE OBLIGATOIRES**

Vous pouvez remplir, découper cette carte, la plier, la coller dos à dos et la garder dans votre portefeuille. En cas d'accident on saura que vous avez rédigé vos directives anticipées et à qui s'adresser pour les connaître.

Je déclare avoir rédigé mes directives anticipées !		Extraits de mes directives anticipées	
Nom : _____	Prénom : _____	<input checked="" type="checkbox"/> Je veux des soins	et des traitements proportionnés
Date : _____	Ma signature : _____	<input checked="" type="checkbox"/> Je veux un accompagnement de qualité	
Si je ne peux plus m'exprimer, contactez / ma personne de confiance : _____		<input checked="" type="checkbox"/> Je refuse tout acharnement thérapeutique	
Nom : _____	Téléphone : _____		
Ville : _____			
Oui	Téléphone : _____		
Nom : _____			
Ville : _____			
Ils possèdent tous deux un exemplaire de mes directives anticipées.			

