

**DIRECTIVES ANTICIPÉES : DERNIÈRES VOLONTÉS SUR LES SOINS EN FIN DE VIE****1****Présentation**

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite appelée *directives anticipées* pour préciser ses souhaits concernant sa fin de vie. Ce document aidera les médecins, le moment venu, à prendre leurs décisions sur les soins à donner, si la personne ne peut plus exprimer ses volontés.

❖ De quoi s'agit-il ?

Les directives anticipées vous permettent, en cas de maladie grave ou d'accident, de faire connaître vos souhaits sur votre fin de vie, en particulier sur les points suivants :

- Limiter ou arrêter les traitements en cours
- Être transféré en réanimation si l'état de santé le requiert
- Être mis sous respiration artificielle
- Subir une intervention chirurgicale
- Être soulagé de ses souffrances même si cela a pour effet de mener au décès

À savoir :

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.

❖ Qui peut rédiger des directives anticipées ?

Il faut être majeur.

La personne majeure sous tutelle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge (ou du conseil de famille : Assemblée de parents ou de toutes personnes qualifiées, chargée sous la présidence du juge des contentieux de la protection, d'autoriser certains actes importants accomplis au nom de la personne sous tutelle, s'il existe).

❖ Comment les rédiger ?

Elles doivent prendre la forme d'un **document écrit**, que vous devez dater et signer. Le document est manuscrit ou dactylographié. Il se fait sur **papier libre**, mais vous pouvez également utiliser le **formulaire ci-après**.

Vous pouvez également demander conseil à votre médecin habituel pour qu'il vous conseille dans la rédaction de vos directives.

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.

Si vous êtes dans l'incapacité d'écrire, vous pouvez faire appel à 2 témoins, dont votre personne de confiance, pour les rédiger à votre place.

Ces personnes doivent attester que ce document, rédigé par l'un d'entre eux ou par un tiers, exprime bien votre volonté. Elles doivent indiquer leur nom, prénom et niveau de relation avec vous (frère, ami, ...). Leur attestation doit être jointe aux directives anticipées.

❖ Faire connaître leur existence

Face à un malade qui n'est plus capable d'exprimer ses volontés, les médecins doivent chercher à savoir s'il a rédigé des directives anticipées. Il est donc important qu'elles soient facilement accessibles.

Vous devez informer 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 votre fin de vie saura où trouver vos directives à mettre en œuvre.

Rédaction	Validation	Approbation
Le : 21/07/23 Par : Qualité Visa :	Le : 21/07/23 Par : CME Visa :	Le : Par : Direction Visa :



Il vous est recommandé de faire enregistrer vos directives anticipées dans Mon espace santé. Elles seront ainsi facilement consultables en cas de besoin.

Si vous n'avez pas de dossier médical partagé, vous pouvez confier vos directives anticipées à votre médecin qui les conservera dans le dossier qu'il a constitué à votre nom.

Si vous êtes hospitalisé pour une maladie grave ou admis dans un établissement pour personnes âgées, vous pouvez confier vos directives à cet hôpital ou à cet établissement. Il les intégrera dans votre dossier.

Enfin, vous pouvez également confier vos directives à votre personne de confiance, à une personne de votre famille ou à un proche.

Vous pouvez aussi les conserver chez vous et/ou avoir sur vous une indication du lieu de leur conservation.

À savoir :

Depuis le 1^{er} janvier 2022, la création automatique d'un espace numérique de santé pour tous les usagers du système de santé entraîne automatiquement la création d'un dossier médical partagé (DMP) ou l'intégration du DMP déjà ouvert.

❖ Prises en compte

Les directives s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement.

Toutefois, elles ne s'imposent pas dans les 2 cas suivants :

- En cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation (par exemple, patient à réanimer suite à un accident de santé brutal)
- Lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. Dans ce cas, le médecin doit rendre sa décision dans le cadre d'une procédure collégiale. Cette décision est donc prise par plusieurs médecins qui discutent du cas. Une fois prise, cette décision est dans le dossier médical. La décision de refus d'application des directives anticipées est portée à la connaissance de la personne de confiance ou, sinon, de la famille ou des proches.

À noter

En l'absence de directives anticipées, les médecins doivent recueillir l'avis de la personne de confiance ou, sinon, tout autre avis de la famille ou des proches. En fonction de cet avis, les médecins prendront leur décision en fonction de la situation médicale.

❖ Durée de validité

Les directives anticipées ont une durée illimitée. Toutefois, elles peuvent être à tout moment modifiées ou annulées.

Vous pouvez vous aider du modèle ci-après pour modifier ou annuler vos directives anticipées :

Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles. Demandez alors à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médico-social qui les conserve de supprimer les précédentes.

Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent sera pris en compte.

Si vous êtes dans l'incapacité d'écrire, vous pouvez faire appel à 2 témoins, dont votre personne de confiance, pour les rédiger à votre place.

Ces personnes doivent attester que ce document, rédigé par l'un d'entre eux ou par un tiers, exprime bien votre volonté. Elles doivent indiquer leur nom, prénom et niveau de relation avec vous (frère, ami, ...). Leur attestation doit être jointe aux directives anticipées.



2

Mon identité

Nom et prénoms :

Né(e) le : à :

Domicilié(e) à :

.....

Si je bénéficie d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne :

- j'ai l'autorisation du juge Oui Non

- du conseil de famille Oui Non

Veuillez joindre la copie de l'autorisation.

**3**

Informations ou souhaits que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées figurant sur la fiche **4** 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 :

Large empty rectangular area for writing information or wishes.

Fait le à

Signature



4

Mes directives anticipées

Modèle A

- **Je suis atteint d'une maladie grave**
→ **Je pense être proche de la fin de ma 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 trouver (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 ici 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) :
- Dialyse rénale :
- Alimentation et hydratation artificielles :
- 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



Mes directives anticipées

Modèle B

- **Je pense être en bonne santé**
- **Je ne suis pas atteint 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 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 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



5

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).

Témoïn 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 M. ou M^{me}

Fait le à

Signature**Témoïn 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 M. ou M^{me}

Fait le à

Signature

**6**

Nom et coordonnées de ma personne de confiance⁴

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 et prénoms :

Domicilié(e) à :

Téléphone privé : Téléphone professionnel :

Téléphone privé : 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

Votre signature

Signature de la personne de confiance

⁴ au sens de l'article L1111-6 du code de la santé publique



Directives anticipées

7**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 prévoit le cas particulier décrit au 5