

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 permettra, le moment venu, aux médecins de prendre leurs décisions médicales en tenant compte des souhaits du patient.

## DÉFINITION

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.

Les directives anticipées permettent de se préparer aux événements susceptibles de survenir, en favorisant une meilleure anticipation des soins et des traitements. Une personne, **malade ou non**, peut ainsi faire connaître ses souhaits notamment sur la possibilité :

- de limiter ou d'arrêter les traitements en cours,
- d'être transféré en réanimation si l'état de santé le requiert,
- d'être mis sous respiration artificielle,
- de subir une intervention chirurgicale,
- d'être soulagé de ses souffrances même si cela a pour effet de mener au décès.

Ces directives anticipées ne seront utilisées que si la personne devient incapable d'exprimer sa volonté.

Elles s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, **excepté dans 2 cas** :

- 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 à l'issue d'une procédure collégiale inscrite dans le dossier médical. La décision de refus d'application des directives anticipées est portée à la connaissance de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille ou des proches.

## COMMENT RÉDIGER VOS DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

- Vous devez être majeur,
- Vous devez être en état d'exprimer votre volonté libre et éclairée au moment de la rédaction,
- Vous devez écrire vous-même vos directives\*, les dater et signer,
- Vous devez préciser vos noms et prénoms, date et lieu de naissance.

*\*Si vous ne pouvez pas écrire et signer vos directives, vous pouvez faire appel à 2 témoins dont votre personne de confiance, pour les rédiger à votre place.*

## PUIS-JE MODIFIER MES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

La durée de validité de vos directives anticipées est **illimitée**. Vous pouvez à tout moment les modifier, partiellement ou totalement, ou les annuler.

*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 qualité.*

## QUE PUIS-JE FAIRE POUR M'ASSURER QUE MES DIRECTIVES ANTICIPÉES SERONT PRISES EN COMPTE AU MOMENT VOULU ?

Pour vous assurer qu'elles seront prises en compte, vous pouvez :

- Les remettre à votre médecin traitant (et/ou au médecin hospitalier en cas d'hospitalisation) qui pourra les intégrer au dossier médical,
- en conserver un exemplaire sur vous,
- ou encore en confier un exemplaire à un de vos proches ou personne de confiance.

*Leur attestation doit être jointe aux directives anticipées.*

*Si vous êtes sous tutelle, vous pouvez rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille. Votre tuteur ne peut ni vous assister, ni vous représenter à cette occasion.*

## DIRECTIVES ANTICIPÉES

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 :

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

Je confie mes directives à : .....

Je conserve mes directives anticipées.

Fait à..... Le .....

Signature

Si vous êtes dans l'impossibilité de rédiger vous-même vos directives anticipées, les deux témoins que vous avez désignés attestent ci-dessous que ce document est bien l'expression de votre volonté libre et éclairée.

### 1<sup>er</sup> témoin

Nom Prénom : .....

Qualité : .....

Date : . . / . . / . . . .

Signature

### 2<sup>e</sup> témoin

Nom Prénom : .....

Qualité : .....

Date : . . / . . / . . . .

Signature

## MODIFICATION

Document modifié le : .....

Modification :

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

Fait à..... Le .....

Signature

## ANNULATION

Document annulé le : ..... Fait à.....

Signature