

## **Les Directives anticipées Informations à l'attention des Usagers**

### **Que sont les directives anticipées ?**

Il s'agit d'un document écrit, rédigé par une personne majeure.

Ce document écrit va me permettre d'exprimer mes souhaits relatifs à la limitation ou à l'arrêt de mon/mes traitement(s) dans le cadre de ma fin de vie, pour l'unique cas où je me retrouverais hors d'état d'exprimer ma volonté.

### **A quoi me servent-elles ?**

Elles me permettent de :

- Anticiper : réfléchir, discuter, partager avec mon entourage et des professionnels de santé, pour décider et prévoir des cas de limitation ou d'arrêt de traitement(s) que je souhaiterais voir appliquer à ma fin de vie.
- Communiquer : permettre aux professionnels de santé de prendre connaissance de mes souhaits alors que je ne suis plus en état de les exprimer. C'est également les aider à décider des soins et des traitements qu'ils peuvent ou non mettre en place dans le cadre de ma fin de vie.

### **Quelle est la valeur de ces directives ?**

Ce document écrit est un moyen de continuer à être un des acteurs de ma santé, alors même que je suis hors d'état d'exprimer ma volonté.

Grâce aux directives anticipées, mes souhaits seront connus et discutés au sein de l'équipe de soins. Mes directives anticipées ont plus de valeur que tout autre avis **non médical** (personne de confiance, famille, proches).

La décision finale de limitation ou d'arrêt de traitement(s) appartient dans tous les cas au médecin.

### **Suis-je obligé de rédiger des directives anticipées ?**

La rédaction des directives anticipées n'est pas obligatoire. Je suis libre d'en rédiger ou non.

C'est une démarche personnelle qui doit être mûrement réfléchie.

### **Comment rédiger mes directives anticipées ?**

En remplissant le formulaire vierge annexé à ce document.

### **Qui peut m'aider à rédiger mes directives anticipées, si je suis dans l'impossibilité d'écrire et de signer ?**

Je peux demander à deux témoins, dont ma personne de confiance lorsque j'en ai désigné une, de les rédiger en ma présence et d'attester que ce document écrit est bien l'expression de ma volonté libre et éclairée.

Ces deux témoins sont dénommés dans mes directives anticipées. Ils les signent et en attestent la validité.

### **Quelle est la durée de validité des mes directives anticipées ?**

Mes directives anticipées sont valables pour une durée de trois (3) ans à compter de leur date de rédaction.

J'ai la possibilité, à tout moment et par écrit, de les confirmer, de les modifier partiellement ou totalement, ou bien de les révoquer.

Si dans le délai de trois (3) ans, je me trouve définitivement hors d'état de les renouveler, mes directives anticipées demeureront valides.

### **Comment m'assurer que mes directives anticipées seront accessibles le moment venu ?**

Afin d'être sûr que les professionnels de santé en charge de ma fin de vie puissent accéder à mes directives anticipées, je peux :

- joindre une copie de ce document écrit à mon dossier médical tenu par mon médecin traitant ;
- communiquer une copie de ce document à ma personne de confiance ;
- communiquer une copie de ce document à un membre de ma famille ou à un proche.

Je m'engage également à transmettre une copie de mes directives anticipées lors de mon admission dans un établissement de santé ou un établissement médico-social.

## Directives Anticipées

Je soussigné(e),

**Nom de naissance :**

**épouse :**

**Prénom(s) :**

**Né(e) le :**   /   /        **à :**

souhaite par la présente exprimer ma volonté libre, éclairée, et prendre, conformément à l'article L.1111-11 du Code de la Santé Publique, les directives anticipées suivantes, pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

*Je suis informé(e) que mes directives anticipées indiquent uniquement mes souhaits relatifs à la limitation ou à l'arrêt de traitement(s) dans le cadre de ma fin de vie.*

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

**Fait à** \_\_\_\_\_ , **le**   /   /        .

**Signature :** (si l'auteur des directives anticipées est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même ses directives anticipées, merci de compléter également le verso du présent document)

**Mes directives anticipées sont valables pour une durée de trois (3) ans à compter de leur date de rédaction ci-dessus mentionnée. J'ai la possibilité, à tout moment et par écrit, de les confirmer, de les modifier partiellement ou totalement, ou bien de les révoquer (article R.1111-18 du Code de la Santé Publique).**

Je m'engage à conserver mes directives anticipées dans un lieu aisément accessible par le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement(s) dans le cadre de ma fin de vie. (Par exemple : dans mon dossier médical tenu par mon médecin traitant et/ou auprès de ma personne de confiance, ou bien auprès d'un membre de ma famille ou d'un proche.)

Je m'engage également à transmettre une copie de mes directives anticipées lors de mon admission dans un établissement de santé ou médico-social.

## Auteur des Directives anticipées dans l'impossibilité d'écrire et de signer

Le présent document a été rédigé par et en présence des deux témoins suivants :

### Premier témoin :

**Nom de naissance :**

**épouse :**

**Prénom(s) :**

désigné(e) par l'auteur des présentes directives anticipées comme étant sa personne de confiance :

oui       non

### Second témoin :

**Nom de naissance :**

**épouse :**

**Prénom(s) :**

désigné(e) par l'auteur des présentes directives anticipées comme étant sa personne de confiance :

oui       non

Les deux témoins attestent que les présentes directives anticipées, qui n'ont pas pu être rédigées et signées par leur auteur, sont l'expression de sa volonté libre et éclairée.

**Fait à**

, le    /    /    .

**Signature du premier témoin :**

**Signature du second témoin :**