

## ANNEXE 17 : DIRECTIVES ANTICIPEES

Un document écrit appelé « directives anticipées » permet d'anticiper une situation de fin de vie et l'éventualité de ne plus être en mesure d'exprimer sa volonté. Les directives anticipées permettent de faire part expressément et précisément de ses volontés sur la poursuite ou l'arrêt des traitements en fin de vie.

### Sur quoi portent les directives anticipées ?

Les directives anticipées permettent, dans le cas où l'on ne serait pas en mesure d'exprimer sa volonté en fin de vie, de se prononcer sur ce que l'on veut ou refuse, par exemple :

- d'être transféré en réanimation si son état 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 d'abrèger sa vie.

On considère qu'une personne est en fin de vie lorsqu'elle est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable.

Si vous souhaitez prendre connaissance des textes légaux à ce sujet, ils figurent aux articles L. 1111-11 et R. 1111-18 et R. 1111-19 du code de la santé publique. Ils sont accessibles sur le site internet : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

### Comment rédiger des directives anticipées ?

Vous pouvez à tout moment :

- soit rédiger vos directives anticipées sur papier libre (il doit alors obligatoirement comporter vos noms et prénoms, date et lieu de naissance, la date du jour et votre signature)
- soit utiliser le formulaire joint : A ou B en fonction de votre état de santé.

Si vous êtes dans l'incapacité de l'écrire et/ou de le signer vous-même, il est toutefois possible de faire rédiger le document ou de faire remplir le formulaire par quelqu'un d'autre. Dans ce cas, deux témoins, dont votre personne confiance si vous en avez désigné une, doivent attester que les directives rédigées sont bien l'expression de votre volonté. Une attestation mentionnant le nom et la qualité des deux témoins doit être jointe aux directives anticipées (cf. fiche jointe : IDENTIFICATION DES TEMOINS)

**Il est possible de changer d'avis et d'annuler ou de modifier ses directives à tout moment.**

**Si vous faites l'objet d'une mesure de protection juridique, 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.**

## **Comment s'assurer que vos directives anticipées seront bien prises en compte ?**

Vos directives anticipées ne seront utilisées que lorsque vous ne serez plus en état d'exprimer votre volonté.

Il est important de s'organiser avant pour faire connaître l'existence de vos directives anticipées à vos proches, à votre personne de confiance, à votre médecin, à l'équipe soignante de l'établissement qui vous accueille.

Dès lors que vous nous les aurez fournies, vos directives anticipées seront jointes à votre dossier médical et consultable à tout moment par le médecin.

**Votre personne de confiance peut également remettre vos directives au médecin lorsque la situation l'exige.**

## **Quelle valeur ont les directives anticipées ?**

Depuis la promulgation de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf :

- en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation,
- lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

**Dans ces cas de figure, si le médecin décide de ne pas appliquer les directives anticipées, il doit solliciter un avis collégial. La décision prise est inscrite dans le dossier médical. La personne de confiance, ou la famille et les proches au cas où la personne concernée n'aurait pas désigné de personne de confiance, en sont informés.**

Les directives anticipées ne sont toutefois pas le seul moyen de faire connaître vos volontés. Si vous ne rédigez pas de directives anticipées, il est important de **partager votre avis sur ces questions de fin de vie** avec votre personne de confiance, si vous en avez désigné une, sinon avec vos proches, car ceux-ci seront consultés par le médecin. Leur témoignage n'aura certes pas la même valeur que vos directives anticipées mais pourra être pris en compte dans les réflexions de l'équipe médicale.

Pour en savoir plus sur les directives anticipées, consultez [le site du ministère des Solidarités et de la Santé](#) et le site [www.parlons-fin-de-vie.fr](http://www.parlons-fin-de-vie.fr)

---

**Les pages 1 et 2 sont à conserver par le résident ou sa personne de confiance/tuteur/famille**

## Directives anticipées situation A

Je suis atteint d'une maladie grave

Je pense être proche de la fin de ma vie

### Mon identité

Nom et prénoms : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Domicilié(e) à : .....

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil (*joindre la copie de l'autorisation*) :

▫ j'ai l'autorisation du juge :  Oui  Non

▫ du conseil de famille :  Oui  Non

### Informations ou souhaits que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées 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 :

Fait le ..... à .....

**Signature :**

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) :  OUI       NON
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :  OUI       NON
- Une intervention chirurgicale :  OUI       NON
- 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) :  OUI       NON
- Dialyse rénale :  OUI       NON
- Alimentation et hydratation artificielles :  OUI       NON
- 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 .....

**Nom Prénoms et Signature :**

## Directives anticipées situation B

Je pense être en bonne santé

Je ne suis pas atteint d'une maladie grave

### Mon identité

Nom et prénoms : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Domicilié(e) à : .....

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil (*joindre la copie de l'autorisation*) :

▫ j'ai l'autorisation du juge :  Oui  Non

▫ du conseil de famille :  Oui  Non

### Informations ou souhaits que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées 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 :

Fait le ..... à .....

**Signature :**

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 cardiorespiratoire, 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 .....

**Nom Prénoms et Signature :**

## IDENTIFICATION DES TEMOINS

**Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire et/ou signer 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). Ce document doit alors obligatoirement joint à vos directives anticipées.**

**Témoin 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 Mme.....

Fait le ..... à .....

**Signature :**

**Témoin 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 Mme.....

Fait le ..... à .....

**Signature**