

# MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Anticipez et définissez vos choix quant à votre suivi médical, à tout moment.



## Des directives anticipées, pour quoi faire ?

**Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant les situations de fin de vie.** C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les traitements ou les actes médicaux que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus communiquer après un accident grave ou à l'occasion d'une maladie grave, 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, etc.), 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, maladie au stade terminal) et un évènement aigu survient aggravant une situation précaire qui pourrait entraîner la mort.

Vos directives anticipées permettent de faire connaître au médecin votre volonté concernant la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitements et de gestes médicaux destinés à vous traiter ou à faire un diagnostic avant traitement.

Elles peuvent être l'occasion et le fruit d'un dialogue que vous aurez pu créer avec vos proches. Elles pourront les soulager en leur épargant la difficulté et parfois le sentiment de culpabilité de participer à des décisions dont ils n'ont pas à assumer la responsabilité. Elles peuvent être l'occasion de désigner votre personne de confiance.

Elles sont valables sans limite de temps, mais vous pouvez les modifier ou les annuler à tout moment.

Bien sûr, envisager à l'avance ces situations est difficile, voire angoissant, **mais il est important d'y réfléchir.**

## Nom et coordonnées de ma personne de confiance

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.

Si vous disposez d'un dossier médical partagé, nous vous recommandons d'y faire enregistrer vos directives anticipées.

### Je soussigné(e) :

Nom : ..... Date de naissance : .....

Prénom : ..... Lieu de naissance : .....

Désigne la personne de confiance suivante :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Portable : .....

E-mail : .....

Lien de parenté : .....

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 à : ..... Le : .....

**Votre signature**

**Signature de la  
personne de confiance**

À propos **des situations** dans lesquelles je risque de me trouver (pour exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

Mes volontés sont les suivantes :

- ▶ J'écris en toutes lettres 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/ou je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....  
.....

- ▶ J'écris en toutes lettres ici si *j'accepte* ou si *je refuse* que les actes et traitements médicaux suivants soient entrepris :
  - Une réanimation cardiaque et respiratoire : .....
  - La mise en place d'une assistance respiratoire (tube pour respirer) : .....
  - Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : .....
  - Une intervention chirurgicale : .....
  - La pose d'une alimentation et/ou d'une hydratation artificielle : .....
  - Autres : .....

- ▶ Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'écris en toutes lettres si *j'accepte* ou si *je refuse* qu'ils soient arrêtés notamment :
  - Assistance respiratoire (tube pour respirer) : .....
  - Dialyse rénale : .....
  - Alimentation et hydratation artificielles : .....
  - Autres : .....

► Si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus notamment si je suis atteint(e) d'une maladie, j'indique ici ceux dont *j'accepte* ou ceux dont *je refuse* la mise en œuvre ou la poursuite :

.....  
.....

► En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'écris en toutes lettres si *j'accepte* ou si *je refuse* de 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 qui a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....  
.....

► **J'ai d'autres souhaits** (avant et/ou après ma mort), par exemple, accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes, etc.

.....  
.....

*Dans tous les cas, votre douleur sera traitée et apaisée et les soins de confort seront toujours administrés.*

*Votre bien-être et celui de vos proches resteront la priorité.*

Nom, Prénom : .....

Né(e) le : ..... à .....

Fait à : ..... Le : .....

**Votre signature**

Je souhaite exprimer ici :

- Mes convictions personnelles : ce qui est important pour moi, pour ma vie, ce qui a de la valeur pour moi (par exemple : convictions religieuses, etc.)
- Ce que je redoute plus que tout (souffrance, rejet, solitude, handicap, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je souhaite préciser ce qu'il me paraît important de faire connaître concernant ma situation actuelle (mon histoire médicale personnelle, mon état de santé actuel, ma situation familiale et sociale, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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).

**Témoin 1 : Je soussigné(e)**

Nom, Prénom : .....

Domicilié(e) à : .....

N° de téléphone : .....

E-mail : .....

Lien de parenté : .....

*Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M ou Mme (Nom, Prénom) : .....*

.....

Fait à : ..... Le : .....

**Signature**

**Témoin 2 : Je soussigné(e)**

Nom, Prénom : .....

Domicilié(e) à : .....

N° de téléphone : .....

E-mail : .....

Lien de parenté : .....

*Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M ou Mme (Nom, Prénom) : .....*

.....

Fait à : ..... Le : .....

**Signature**

**Je fais l'objet d'une mesure de tutelle**, je peux rédiger mes directives anticipées avec l'autorisation :

- **Du juge :**  OUI  NON
- **Du conseil de famille :**  OUI  NON

## Localisation de mes directives anticipées

### Formulaire des directives anticipées

- Conservé sur moi ou chez moi :
  - Si oui, à l'adresse actuelle : .....
  - Autre endroit : .....
- Remis à :
  - Ma personne de confiance : .....
  - Autre(s) personne(s) : .....
- Enregistré dans le dossier médical partagé :  
 OUI  NON



## Modification et/ ou annulation de mes directives anticipées

Je soussigné(e), Monsieur/ Madame (Nom, Prénom) :

.....

**souhaite modifier mes directives anticipées** et en rédige des nouvelles. Je demande à mon médecin, à l'établissement de santé ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées dans mon dossier médical partagé, je m'engage à y enregistrer les nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.

**déclare** annuler mes directives anticipées datées du : .....

.....

Fait à : ..... Le : .....

**Votre signature**



## **PÔLE SANTÉ SAINT JEAN**

**92-94 Avenue du Docteur Maurice Donat**

**06800 Cagnes-sur-Mer**

**[www.polesantesaintjean.fr](http://www.polesantesaintjean.fr)**