

LES DIRECTIVES ANTICIPEES

TEXTES DE REFERENCE

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
- Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie appelée Loi Claeys Léonetti.




**De quoi s'agit-il ?
A quoi servent-elles ?**




**Ce dépliant vous apporte les informations utiles
si vous souhaitez effectuer cette démarche.**


1. Comment ça marche ?

 *Quand peut-on les écrire ?*
Quand vous voulez, que vous soyez malade ou non. Elles peuvent être modifiées ou annulées à tout moment et n'ont pas de limite de temps.

 *Comment les rédiger ?*

Vous pouvez les rédiger avec le modèle indicatif joint : choisir le modèle A (vert) ou le modèle B (orange) et disponible sur www.ch-montreuil.fr. Bien compléter la partie **IDENTITE** et la partie **MES DIRECTIVES ANTICIPEES** du modèle choisi. Vous pouvez également retrouver un modèle sur le site <https://solidarites-sante.gouv.fr> ou rédiger vos directives anticipées sur papier libre daté et signé.

 *Qui les rédige ?*
Toute personne majeure capable de discernement.

 *Quoi écrire ?*
Notamment vos souhaits pour la poursuite, l'arrêt, le refus de traitements médicaux pour votre fin de vie.

2. Avec qui parler de vos directives anticipées ?

 *Demander des conseils*

Professionnel de santé
Personne de confiance, proche ou famille
Association de patients ou d'accompagnement

Toute autre personne avec qui vous souhaitez en parler et qui peut vous aider à réfléchir



Pour indiquer leur existence et leur lieu de conservation

Médecin
Personne de confiance
Proches, famille

3. Et après où les conserver ?



Avec vous, en donnant des copies.



Dans votre dossier médical en les confiant à votre médecin.



Chez votre personne de confiance / votre famille / un proche.



Dans votre dossier médical partagé en les confiant à l'Assurance Maladie.

Les directives anticipées seront obligatoirement consultées par le médecin avant toute décision et prévaudront sur toute autre avis non médical.

IDENTITE

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Modèle A

OU → Je suis atteint d'une maladie grave
→ Je pense être proche de la fin de ma vie

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 :

- j'ai l'autorisation du juge ☐ Oui ☐ Non

- du conseil de famille ☐ Oui ☐ Non

Veuillez joindre la copie de l'autorisation.

- Si je suis dans l'incapacité d'écrire seul(e) , quelqu'un peut le faire pour moi devant 2 témoins désignés en complétant les informations suivantes :

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

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

IDENTITE

OU → **MES DIRECTIVES ANTICIPEES**
→ Je pense être en bonne santé
Je ne suis pas atteint d'une maladie grave

Modèle B

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 :

- j'ai l'autorisation du juge ☐ Oui ☐ Non

- du conseil de famille ☐ Oui ☐ Non

Veuillez joindre la copie de l'autorisation.

- Si je suis dans l'incapacité d'écrire seul(e) , quelqu'un peut le faire pour moi devant 2 témoins désignés en complétant les informations suivantes :

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

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