

Je confie mes directives anticipées à :

Nom-Prénom : .....

Demeurant à : .....

.....

Téléphone domicile : .....

Téléphone portable : .....

Date : .....

Signature

Signature du ou des témoins *(si la personne donnant ses directives anticipées ne peut pas signer)*

**Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, rédiger des « Directives Anticipées » afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi le cas où elle ne serait pas, à ce moment là, en capacité d'exprimer sa volonté.**



### **A quoi servent les directives anticipées ?**

Si, en fin de vie, vous n'êtes pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en cours.

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.

### **Comment rédiger vos directives anticipées ?**

- ✓ Vous devez être :
  - majeur
  - en état d'exprimer votre volonté libre et éclairée au moment de la rédaction
  - ne pas être « sous tutelle ».
- ✓ Vous devez décrire vous-mêmes vos directives. Elles doivent être datées et signées et vous devez préciser votre nom, prénom, date et lieu de naissance.
  - **Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à un tiers ou à 2 témoins** (dont votre personne de confiance, si vous l'avez désignée). Les témoins, en indiquant leur nom et qualité (ex : lien de parenté, personne de confiance, médecin traitant...) attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée.
- ✓ Le document est valable 3 ans et modifiable à tout moment
  - Vous devez donc le renouveler après le délai de 3 ans
  - Si vous décidez de modifier vos directives, ces dernières seront à nouveau valables pendant 3 années. Vous pouvez détruire l'ancien document pour éviter toute confusion.
- ✓ Vous pouvez mettre dans vos directives ce que vous souhaitez comme prise en charge dans le cadre d'une fin de vie (ex : qualité de vie, dignité, acceptation ou refus d'un traitement, respect de la demande de non acharnement thérapeutique, soins de confort...).

## **Pouvez-vous changer d'avis après avoir rédigé vos directives anticipées ?**

**A tout moment, vous pouvez les modifier, totalement ou partiellement.**

Si vous ne pouvez pas écrire, le renouvellement ou la modification s'effectuent selon la même procédure que pour la rédaction (cf. comment rédiger vos directives anticipées ?).

**Vous pouvez également annuler vos directives.** Il est préférable dans ce cas de détruire le document et d'en informer vos proches.

## **Quel est l'impact de vos directives anticipées dans la décision médicale ?**

Si vous avez rédigé des directives, le médecin doit en prendre connaissance. Elles constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale, car elles témoignent de votre volonté.

**Leur contenu est prioritaire sur tout autre avis non médical,** y compris sur celui de la personne de confiance.

Le médecin les appliquera en fonction des circonstances, de la situation ou de l'évolution des connaissances médicales.

## **Comment faire pour vous assurer que vos directives seront prises en compte au moment voulu ?**

Il est important que vous preniez toutes les mesures pour que le médecin puisse en prendre connaissance facilement.

Pour faciliter les démarches, vous pouvez :

- ✓ Remettre vos directives à votre médecin traitant,
- ✓ En cas d'hospitalisation, informer le médecin hospitalier de la personne qui détient vos directives ou les remettre au médecin hospitalier qui les conservera dans le dossier médical.
- ✓ Conserver vous-même vos directives ou les confier à toute personne de votre choix (ex : votre personne de confiance). Dans ce cas, il est souhaitable que vous communiquiez au médecin qui vous prend en charge les coordonnées de cette personne.

**Signalez à la ou les personnes de votre choix que vous avez rédigé des directives anticipées et l'endroit où vous les conservez.** Il est important d'informer cette ou ces personne(s) de toute modification.

Je soussigné(e) (nom-prénom) : .....

.....

Né(e) le ..... à .....

Adresse .....

.....

.....

Téléphone domicile : .....

Téléphone portable : .....

« Je déclare rédiger ce document en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés ».

✓ Précision des souhaits relatifs à la limitation des soins <sup>1</sup> :

- .....
- .....
- .....
- .....

✓ Autres

- présence religieuse .....
- bénévole .....
- autre : personne à prévenir ou non .....

<sup>1</sup> L'hydratation, l'alimentation, la respiration, les douleurs / souffrances...