

# DIRECTIVES ANTICIPÉES

Code de la santé publique : Articles L.1111-4, L.1111-11 & L.1111-12, Articles R.1111-17 à R.1111-20, Articles R.1112-2 & R.4127-37.

**Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée "directives anticipées", afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment là, en capacité d'exprimer sa volonté.**

## A quoi servent les directives anticipées ?

Dans le cas où vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits sur votre fin de vie concernant les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt de traitement ou d'actes médicaux.

## Quelles sont les conditions pour que mes directives anticipées soient prises en compte ?

**Condition d'âge** Vous ne pouvez rédiger des directives anticipées que si vous êtes **majeur-e**. Si vous êtes sous mesure de protection juridique avec représentation à la personne (*tutelle, sauvegarde de justice avec mandataire spécial, habilitation familiale*), vous devez avoir l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué.

**Conditions de forme** Le document doit être **écrit** et **authentifiable**. Vous devez écrire vous-même vos directives. Elles doivent être datées et signées et vous devez préciser vos noms, prénoms, date et lieu de naissance (*cf. ex. formulaire au verso*).

Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à deux témoins – dont votre personne de confiance, si vous en avez désigné une - qui attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée. Ces témoins doivent indiquer leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives.

**Conditions de fond** L'auteur du document doit être en état d'exprimer sa **volonté libre** et **éclairée** au moment de sa rédaction.

Si vous le souhaitez, vous pouvez demander au médecin à qui vous confiez vos directives pour les insérer dans votre dossier, d'y joindre une annexe attestant que vous êtes en état d'exprimer votre volonté et qu'il vous a donné les informations appropriées. Elles sont valables sans limite de temps, mais sont modifiables à tout moment, les dernières en date faisant foi.

## Quel est le poids de mes directives anticipées dans la décision médicale ?

Si vous avez rédigé des directives anticipées, le médecin doit les respecter. Toutefois, il pourra passer outre vos directives dans deux cas : **l'urgence vitale** (*pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation*) ou si celles-ci paraissent manifestement **inappropriées** ou **non conformes à la situation médicale**. Ce document prévaut cependant sur tout autre témoignage non médical, y compris celui de la personne de confiance.

*En cas d'hospitalisation, vous pouvez confier vos directives anticipées au médecin qui vous prend en charge afin qu'il puisse en prendre connaissance facilement. Elles seront conservées dans le dossier comportant vos informations médicales.*

**OUI**, j'ai rédigé mes directives anticipées et j'en ai remis un exemplaire à :

Dr / M. / Mme :

Fait à Béziers, le

Signature du patient :

**NON**, je n'ai pas rédigé mes directives anticipées

Plus de renseignements : Guide Haute Autorité de Santé : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2722363/fr/pour-tous-comment-rediger-vos-directives-anticipees](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2722363/fr/pour-tous-comment-rediger-vos-directives-anticipees) et Modèle du Ministère de la santé : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32010>

→ L'équipe mobile d'accompagnement, de soutien et de soins palliatifs de l'hôpital peut vous aider à rédiger vos directives anticipées.

EMASSP Tél. 04 67 35 72 74



# MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e) (nom-prénom) : .....  
Né(e) le : ..... à : .....  
énonce ci-dessous mes directives anticipées **pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté.**

## 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 en vie (ex. : *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 **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 pas d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc si **j'accepte ou si je refuse que de tels actes soient entrepris** (ex. : *réanimation cardio-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 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 : .....

4. j'ai d'autres souhaits avant ou après ma mort (ex. *accompagne-ment de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes\*...*).

Fait à ..... Le .....

Signature :

\* Nous sommes tous présumés donateurs d'organes sauf si l'on s'y oppose, dans ce cas il faut s'inscrire sur le Registre National des Refus.  
Plus d'infos : [www.donsdorganes.fr](http://www.donsdorganes.fr)

Le patient étant dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, **les 2 témoins attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.**

1<sup>er</sup> témoin - Nom, prénom : ..... 2<sup>ème</sup> témoin - Nom, prénom : .....

Qualité : ..... Qualité : .....

Date ..... Date .....

Signature ..... Signature .....

Conservation :  Je conserve mes directives anticipées.  
 Je confie mes directives anticipées à : .....