



## Directives Anticipées

*Pensez-y quand vous êtes en bonne santé*

### Objectifs

Elles permettent de faire connaître au médecin votre volonté et de la faire respecter si un jour vous n'êtes plus en mesure de l'exprimer.

Elles pourront soulager vos proches en leur épargnant la difficulté et parfois le sentiment de culpabilité de participer à des décisions dont ils n'ont pas à assumer la responsabilité.

Tant que vous serez capable d'exprimer votre volonté, vos directives ne seront pas consultées.

### Contenu

Ces directives doivent contenir ce qui remplacera votre parole si celle-ci devenait impossible.

Vous pouvez aborder tous les sujets que vous trouvez importants dans votre vie (attentes, valeurs, convictions, préférences).

Exemples :

- ◆ les conditions que vous préféreriez pour votre fin de vie (présence de proches, accompagnement spirituel, lieu de fin de vie...)
- ◆ vos attentes concernant les soins palliatifs (traitements douleurs physique, souffrance morale..)
- ◆ les techniques/ traitements que vous ne souhaiteriez pas (sonde alimentaire, aide respiratoire),
- ◆ ce que vous redoutez (douleur, angoisse...)

### En pratique

**Qui ?** Toute personne majeure a le droit de les écrire, quelle qu'elle soit sa situation personnelle

Si vous faites l'objet d'une mesure de tutelle, vous devez avoir l'autorisation du Juge ou du Conseil de famille pour la désigner.

**Quand ?** Elles peuvent être rédigées à n'importe quel moment de votre vie, elles sont valables sans limite de temps et sont modifiables/ annulables à tout moment.

**Comment ?** Elles peuvent être rédigées sur un des formulaires proposés (à demander à l'équipe soignante) ou sur un simple papier daté, signé, sans témoin. Si vous avez des difficultés pour écrire, demandez à quelqu'un de le faire devant vous et devant deux témoins. L'un d'eux doit être votre personne de confiance si vous l'avez désignée.



## Mes directives anticipées

(à remplir par le patient - résident)

Je soussigné(e) : .....

Né(e) le : ...../...../..... à .....

Domicilié(e) : .....

.....

Déclare rédiger ce document en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés.

Si je me trouve hors d'état d'exprimer ma volonté à la suite d'une affection grave quelle qu'en soit la cause ou d'un accident grave entraînant une dégradation irréversible des mes facultés, je souhaite :

que ma personne de confiance soit consultée sur ma volonté de finir dignement ma vie,

qu'on n'entreprenne, ni ne poursuive les actes de prévention, investigation ou de soins qui n'auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de la vie (*Art.L 1110-5 du code de la santé publique*),

que l'on soulage efficacement mes souffrances, même si cela pourrait avoir pour effet secondaire d'abrèger ma vie,

autre précision personnelle (*exemple : je souhaite être accompagné(e) par un aumônier ou par un accompagnateur bénévole*) : .....

.....

.....

.....

.....

Fait à : ..... le : ...../...../.....

Signature du patient/résident :

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées ci-dessous (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée) :

Témoin 1 :

Nom/Prénom : .....

Signature :

Témoin 2 :

Nom/Prénom : .....

Signature :