

**INFORMATIONS SUR LES DIRECTIVES ANTICIPEES**

**CHU**  
Poitiers

La rédaction des Directives Anticipées ne doit pas prendre la forme d'un questionnaire fermé, avec des cases à cocher : elle gagne à être nourrie d'un dialogue *explicatif* avec le médecin, et si vous le souhaitez avec votre famille ou vos proches.

Deux points sont importants à comprendre : 1/ les directives anticipées ne concernent que l'anticipation d'une situation de fin de vie en cas de maladie incurable ; ou d'accidents graves 2/ vous pouvez ne pas souhaiter les rédiger, c'est un droit pas un devoir, 3/ la discussion autour des directives anticipées peut aussi vous permettre l'expression de vos valeurs et de votre conception de l'existence.

Les directives anticipées ne sont prises en compte que si vous ne pouvez pas vous exprimer directement

**Pour quoi faire ?**

- Toute personne majeure peut rédiger ses « Directives Anticipées » concernant sa fin de vie. C'est une possibilité qui vous est donnée.
- Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit notamment sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés. La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. **Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer.**
- Si vous avez rédigé des Directives Anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer. **La rédaction des directives anticipées n'est pas obligatoire c'est un droit pas un devoir**

**Le médecin devra-t-il respecter vos directives ?**

- Oui, c'est la loi : le médecin de même que tout autre professionnel de santé devra respecter les volontés exprimées dans vos Directives Anticipées **dans les limites de la loi actuelle**, s'il arrive un jour que vous ne soyez plus en état de vous exprimer
- Dans les cas exceptionnels prévus par la loi, il pourra passer outre vos Directives après décision collégiale.
- Les Directives Anticipées sont valables sans limite de temps mais vous pourrez toujours, à tout moment, les modifier dans le sens que vous souhaitez. En présence de plusieurs Directives Anticipées, le document le plus récent fera foi.

**Avec qui en parler ?**

- Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous conseille dans la rédaction de vos Directives. Il pourra vous aider à envisager les diverses situations qui peuvent se présenter en fin de vie. Il pourra vous expliquer les traitements possibles, leur efficacité, leurs limites ou leurs désagréments. Cela pourra éclairer votre choix.
- Vous pouvez aussi vous rendre sur le site de la Haute Autorité de Santé qui donne des informations et des conseils pour rédiger vos Directives Anticipées : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- Vous pouvez également en parler avec votre personne de confiance, personne qui est en mesure de témoigner de vos volontés, avec d'autres professionnels de santé, avec des associations ou avec des proches en qui vous avez confiance.
- **Vous pouvez également contacter le numéro 05.16.60.40.23 c'est la CIRDA (Cellule d'Information et de Recueil des Directives Anticipées) qui vous informera et aidera pour leur rédactions.**

Vous ne souhaitez pas rédiger vos Directives Anticipées

- Je soussigné(e)..... atteste ne pas souhaiter rédiger mes directives anticipées
- Fait à ..... le .....
- Signature

Vous souhaitez rédiger vos directives anticipées

- Deux formulaires sont proposés ci-après, selon que vous êtes bien portant(e) ou atteint(e) d'une grave maladie:
  - => Formulaire 1 pour les personnes en bonne santé ou n'ayant pas de maladie grave
  - => Formulaire 2 pour les personnes ayant une maladie grave
- Vous pouvez également exprimer vos convictions personnelles et vos craintes sur le feuillet "CONTEXTE" au dos de ces informations

Vous avez déjà rédigé vos directives anticipées

- Joindre une copie du document





**Formulaire 1 : Je suis en bonne santé  
Je n'ai pas de maladie grave**

**Je soussigné (Nom, prénom et date de naissance) ..... 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° A 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° A 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° A 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**

*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).....

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).....

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



## Formulaire 2 : Je suis atteint d'une maladie grave

**Je soussigné (Nom, prénom et date de naissance) ..... 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° A 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° A 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 si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés :

- 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 ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

.....  
.....

3° A 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

*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).....

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).....

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

