

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

L'article R.1111-17 du Code de la Santé Publique vous donne le droit de rédiger des directives anticipées. Pour cela, ce document est destiné à vous informer et à vous accompagner dans leur rédaction. Le formulaire ci-après vous y aidera.

Qu'est ce que les directives anticipées?

Les directives anticipées permettront à votre médecin, en concertation avec votre famille, votre personne de confiance et l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale, de prendre les meilleures décisions en rapport avec vos souhaits et l'évolution de votre état de santé, dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté quant à la limitation ou l'arrêt des traitements médicaux en fin de vie.

Comment se présentent-elles?

Les directives anticipées doivent être écrites de votre main. Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire et de signer vous-même ce document, vous pouvez demander à votre personne de confiance, assistée de deux témoins, d'attester que le document que nous n'avez pu rédiger vous-même est l'expression de votre volonté libre et éclairée. Vos témoins devront indiquer leur nom et leur lien avec vous (parent, ami, ...).

Quelles informations doivent-elles contenir?

Vos noms, prénoms, date et lieu de naissance doivent obligatoirement apparaître. Ces informations nous permettront de préciser votre identité, sans risque de confusion avec un homonyme. Pour que le document soit valable, il doit être daté et signé. Il vous est possible de demander au médecin à qui vous allez confier vos directives anticipées, un certificat attestant de votre capacité à exprimer vos volontés.

Combien de temps sont-elles valables?

Elles sont valables pour une durée illimitée.

Et si je change d'avis?

Les directives anticipées sont révocables à tout moment. Si vous souhaitez modifier ou retirer certaines informations, il vous suffira d'en faire la demande auprès du personnel de soins de l'établissement. Vous pourrez alors modifier ou annuler totalement ou partiellement le contenu de celles-ci.

L'ensemble du personnel de soins est à votre disposition pour vous aider dans la rédaction de vos directives anticipées. N'hésitez pas à leur en parler, à leur faire part de vos inquiétudes et à leur poser vos questions.

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e)

Noms et prénoms :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Ne souhaite pas rédiger de Directives Anticipées

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 et incurable qu'elle qu'en soit la cause ou d'un accident grave entraînant une dégradation irréversible de mes facultés, je souhaite :

- Que ma personne de confiance soit consultée sur ma volonté de finir dignement ma vie
- Qu'on entreprenne, ni ne poursuive les actes de prévention, investigation ou de soins qui n'auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de ma vie (art. L1110-5 du Code de la Santé Publique)
- Que l'on soulage efficacement mes souffrances par l'utilisation de traitements antalgiques et sédatifs, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrèger ma vie
- En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie artificiellement, 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 la conscience jusqu'à mon décès) Loi Léonetti.

Autre précision personnelle : (exemple : je souhaite être accompagné(e) par un représentant des cultes)

Ce document est à conserver par vous-même, ou par la personne de votre choix, ou par votre médecin traitant.

Personne qui conserve ce document :

Noms et prénoms :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

@

Je signe ces directives anticipées après y avoir longuement réfléchi. Elles sont l'expression de ma libre volonté. Je veux qu'elles soient respectées, je suis conscient(e) que je peux modifier ou annuler ces directives à tout moment.

Partie facultative :

Par ailleurs, conformément à l'article L 1111-6 du Code de la Santé Publique, j'ai désigné comme personne de confiance :

Noms et prénoms :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

@

Cette personne, qui a accepté sa désignation est chargée de veiller au respect de mes volontés et de mes droits et est consultée par l'équipe médicale.

Fait à :

Signature :

Le :