

Directives anticipées

» Pourquoi et comment rédiger mes directives ?

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées », mais ce n'est pas une obligation : ce sont **vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements ou les actes médicaux que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus communiquer** après un accident grave ou à l'occasion d'une maladie grave. Elles concernent les conditions de votre fin de vie, c'est à dire de poursuivre, limiter, arrêter ou refuser les traitements ou actes médicaux.

Le professionnel de santé doit respecter les volontés exprimées dans les directives anticipées, conformément à la législation en vigueur.

Elles sont valables sans limite de temps mais vous pouvez les modifier ou les annuler à tout moment.

Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous aide dans votre démarche ; il pourra vous expliquer les options possibles.

» Quel est leur contenu ?

- Dans ces directives, vous pouvez aborder ce que vous jugez important dans votre vie, vos valeurs, vos convictions, vos préférences, les décisions médicales à prendre pour le cas où vous seriez un jour dans l'incapacité de vous exprimer.
- Vous pouvez écrire ce que vous redoutez plus que tout (douleur, angoisse...), les traitements et techniques médicales que vous ne souhaiteriez pas (sonde d'alimentation, aide respiratoire...), vos attentes concernant l'aide de soins palliatifs (traitements des douleurs physiques, de la souffrance morale...), mais également les conditions dont vous espérez pouvoir bénéficier au moment de la fin de votre vie.
- Cette réflexion peut être l'occasion d'un dialogue avec vos proches. Il est important d'informer votre médecin et votre entourage de leur existence et de leur lieu de conservation, afin qu'elles soient facilement accessibles. C'est également l'occasion de désigner votre personne de confiance (personne qui parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer) : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si elles se trouvaient difficilement accessibles à ce moment.
- Si vous êtes en bonne santé, ces directives peuvent concerner vos souhaits sur ce que vous ne voulez pas pour la fin de votre vie, ce que vous souhaiteriez en cas d'accident très grave, « d'état de coma prolongé », de séquelles ou handicap sévères.
- Si vous êtes malade ou à la fin de votre vie (maladie très grave, grand âge avec plusieurs maladies), vos directives peuvent être adaptées et plus précises : pour cela, parlez-en avec les professionnels de santé pour qu'ils vous expliquent les traitements, leurs buts et leurs éventuels effets secondaires.
- Vous pouvez établir avec votre médecin un projet de soins et d'accompagnement adapté qui définira vos objectifs et les conduites à tenir si vous devenez incapable de vous exprimer.
- Vos directives peuvent aborder vos souhaits ou inquiétudes sur un éventuel maintien artificiel de vos fonctions vitales ou le traitement d'un épisode aigu (hémorragie massive, infection très grave...) qui n'auraient d'autre but que de prolonger la vie.

En résumé, ces directives anticipées doivent contenir ce qui remplacera votre parole, si celle-ci devenait impossible. Dans tous les cas, votre douleur sera traitée et apaisée. Votre bien-être et celui de vos proches resteront la priorité.

Ce document propose plusieurs formulaires : l'un pour les personnes malades, l'autre pour les personnes n'ayant pas de maladie et un sur la désignation de la personne de confiance.

Personne ayant une maladie grave ou en fin de vie

Mes directives concernant les décisions médicales :

Je veux m'exprimer :

- > à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple, état d'inconscience prolongé entraînant une perte de communication définitive avec les proches...);
- > à propos des traitements destinés à ma maintenir artificiellement en vie.

Voici les limites que je veux fixer pour les actes médicaux et les traitements, s'ils n'ont d'autre but que de prolonger ma vie artificiellement, sans récupération possible :

.....
.....
.....

- > concernant la mise en œuvre d'une réanimation cardiorespiratoire en cas d'arrêt cardiaque et/ou respiratoire :

.....
.....
.....

- > concernant les traitements dont le seul effet est de prolonger ma vie dans les conditions que je ne souhaiterais pas (par exemple tube pour respirer, assistance respiratoire, dialyse chronique, interventions médicales ou chirurgicales...):

.....
.....
.....

- > concernant une alimentation ou une hydratation par voies artificielles pouvant prolonger ma vie, par exemple en cas d'état végétatif chronique (simple maintien d'un fonctionnement autonome de la respiration et de la circulation):

.....
.....
.....

Je souhaite évoquer d'autres situations (comme par exemple la poursuite ou l'arrêt de traitements ou d'actes pour ma maladie) :

.....
.....
.....

J'ai d'autres souhaits (avant et/ou après ma mort) (par exemple, accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes¹ ...) sachant que les soins de confort me seront toujours administrés :

.....
.....
.....

Fait à :
le :

Signature

➤ Directives anticipées modifiées le :

1 - Le don d'organe est présumé chez toute personne dont la médecine juge qu'il est possible, sauf si elle le refuse : dans ce cas, elle peut s'inscrire sur le Registre national des refus de dons d'organes à l'aide d'un formulaire (www.dondorganes.fr/medias/pdf/formulaire_registre_refusvf.pdf)

Personne n'ayant pas de maladie grave

Mes directives concernant les décisions médicales :

Je veux m'exprimer :

- > à 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) ;
- > à propos des traitements qui n'ont d'autre but que de me maintenir artificiellement en vie, sans possibilité de récupération (par exemple, assistance respiratoire et/ou tube pour respirer, et/ou perfusion ou tuyau dans l'estomac pour s'alimenter...);
- > à propos de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux :

.....
.....
.....
.....

J'ai d'autres souhaits (avant et/ou après ma mort) (par exemple, accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes¹ ...) sachant que les soins de confort me seront toujours administrés :

.....
.....
.....
.....

Fait à :
le :

Signature

➤ Directives anticipées modifiées le :

Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées.

Témoins attestant que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairées de

M ou Mme :

Déclaration établie

Nom :

Nom :

Le

Prénom :

Prénom :

A

Signature :

Signature :

1 - Le don d'organe est présumé chez toute personne dont la médecine juge qu'il est possible, sauf si elle le refuse : dans ce cas, elle peut s'inscrire sur le Registre national des refus de dons d'organes à l'aide d'un formulaire (www.dondorganes.fr/medias/pdf/formulaire_registre_refusvf.pdf)

Formulaire de désignation de la personne de confiance

À COMPLÉTER

Je soussigné (e) :

Monsieur, Madame, (nom, prénom) :

Adresse postale :

CP : Ville :

Téléphone : Email :

Désigne :

Monsieur, Madame (nom, prénom) :

Adresse postale :

CP : Ville :

Téléphone : Email :

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance (cocher la case correspondante à votre choix)

- Pour la durée de mon hospitalisation
 Pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

J'ai bien noté que Monsieur Madame

> Pourra, à ma demande, m'accompagner dans mes démarches, m'assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans les décisions à prendre.

> Pourra être consulté(e) dans le cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et recevra l'information à ma place.

J'ai informé Monsieur Madame que je l'ai désigné(e) comme personne de confiance.

> Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer
 oui non

> Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Monsieur Madame

Ne recevra pas d'informations que j'ai jugées comme confidentielles indiquées au médecin et ce dont j'ai informé l'établissement.
Visa de la personne désignée

Fait à :

Le :

Signature

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner de personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à cette désignation par écrit.

Le :

Fait à :

Signature

Le patient n'est pas en capacité de désigner une personne de confiance

Le :

Fait à :

Nom et signature du personnel soignant