

## Que sont les directives anticipées ?

- Ecrit qui permet au patient majeur d'exprimer « sa volonté relative à sa fin de vie dans le cas où il serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté »
- « Ces directives anticipées s'imposent au médecin »

## A quoi servent les directives anticipées ?

- Identifier antérieurement les souhaits de la personne pour être en mesure de répondre à sa volonté.
- Anticiper les situations au cours desquelles la personne est dans l'incapacité de s'exprimer.
- Favoriser une juste adéquation des soins et des traitements respectant l'expression de la volonté du patient.

## Qui peut rédiger des directives anticipées ?

- Toute personne majeure peut en rédiger, quelle que soit sa situation (sociale, légale ou personnelle).
- Une personne sous tutelle : autorisation préalable du juge ou du conseil de famille. Le tuteur ne peut ni assister la personne ni la représenter pour la rédaction.

## Comment les rédiger ?

- Rédigées librement ou à l'aide de ce formulaire.
- Elles doivent être obligatoirement datées et signées, comporter : nom, prénom, date et lieu de naissance.

## Qui réalise le recueil ?

- Le médecin en charge du patient.
- L'information est tracée par le médecin dans la partie médicale du dossier du patient.

## Où les conserver ?

- Le document une fois complété est scanné et intégré dans le dossier informatisé.
- En cas d'impossibilité de numériser, une copie papier sera conservée dans le dossier du patient.
- L'original des directives anticipées est rendu au patient après intégration d'une copie numérique ou papier dans le dossier de soin.
- En cas de transfert du patient une copie papier est donnée au service d'aval.
- L'information est tracée dans la partie médicale du dossier patient.

## Quelle est la durée de validité ?

- Sans limitation de durée.
- Les directives anticipées sont « révisables et révocables à tout moment et par tout moyen ».

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Nom de Naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom usuel ou marital :

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Domicilié(e) à : \_\_\_\_\_

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 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 :

---

---

---

---



## Cas particulier

Etant 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)**

Nom et prénoms \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

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)**

Nom et prénoms \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

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**