

## A quoi servent les directives anticipées ?

Dans le cas où, en fin de vie, vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements alors en cours. Le médecin n'est pas tenu de s'y conformer si d'autres éléments venaient modifier son appréciation.

On considère qu'une personne est « en fin de vie » lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale.

## Quelles sont les conditions pour que mes directives anticipées soient prises en compte ?

### 1- Condition d'âge

Vous ne pouvez rédiger des directives anticipées que si vous êtes majeur(e).

### 2- Conditions de forme

Le document doit être écrit et authentifiable. Vous devez écrire vous-même vos directives. Elles doivent être datées et signées et vous devez préciser vos noms, prénoms, date et lieu de naissance (formulaire en page suivante).

Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à deux témoins – dont votre personne de confiance, si vous en avez désigné une - qui attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée (attestation en bas de page). Ces témoins doivent indiquer leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives.

### 3- Conditions de fond

L'auteur du document doit être en état d'exprimer sa volonté libre et éclairée au moment de sa rédaction.

Si vous le souhaitez, vous pouvez demander au médecin à qui vous confiez vos directives pour les insérer dans votre dossier, d'y joindre une annexe attestant que vous êtes en état d'exprimer votre volonté et qu'il vous a donné les informations appropriées

« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté » Extrait de l'article L. 1111-11 du Code de la Santé Publique

Directives rédigées par le patient

Directives rédigées par une tierce personne

Le jour où je ne pourrai plus prendre une décision moi-même, je soussigné(e), Monsieur, Madame (rayer les mentions inutiles) né(e) le, à demande, après mûre réflexion et en pleine possession de mes facultés, que soient respectées les dispositions suivantes :

**Mesures thérapeutiques (ex : soins intensifs, soins relationnels, soins corporels, médicaments, etc....)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait le :  à : .....

**En cas d'incapacité du patient, remplir les attestations respectives des deux témoins ci-dessous.**

Signature du patient :



**A renseigner par le praticien ou l'IDE :**

Copie conservée dans le dossier :  Oui  Non      Mention renseignée dans les antécédents :  Oui  Non

MODIFICATION DES DIRECTIVES :

ANNULATION DES DIRECTIVES :

Date :

Signature du patient :



### ATTESTATIONS DES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné(e) M./Mme ..... en qualité de .....  
atteste que les directives anticipées sont l'expression de la volonté libre et éclairée  
de M./Mme ..... qui est dans l'incapacité de les rédiger par ses propres moyens.

Signature :



Je soussigné(e) M./Mme ..... en qualité de .....  
atteste que les directives anticipées sont l'expression de la volonté libre et éclairée  
de M./Mme ..... qui est dans l'incapacité de les rédiger par ses propres moyens.

Signature :

