

Toute **personne majeure** peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite appelée « **Directives Anticipées** » pour préciser ses souhaits concernant sa fin de vie. Si la personne n'est plus en état d'exprimer ses volontés, les médecins prendront en compte ce document, le moment venu, pour décider des soins à donner.

Elles constituent un document essentiel dans la prise de décision médicale en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, ou de l'arrêt d'actes médicaux quand le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et complètent l'avis formulé par la personne de confiance formellement désignée par écrit par le patient.

Les **directives anticipées** :

- Ont une durée **illimitée** mais peuvent être modifiées ou annulées à tout moment.
- Peuvent être **confiées** à votre personne de confiance, au médecin traitant, à un membre de la famille, un proche, etc.
- Être **classées** dans un portefeuille, un dossier médical ou enregistrées sur votre dossier médical partagé.

Si vous souhaitez **modifier vos directives anticipées**, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, en établissement de santé qui les a conservées de supprimer les précédentes. Seul le document le plus récent sera pris en compte.

Les directives anticipées ne peuvent être rédigées que par vous-même. La personne majeure sous tutelle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille, s'il existe.

Si vous êtes dans **l'incapacité d'écrire**, vous pouvez faire appel à 2 témoins, dont votre personne de confiance, pour les rédiger à votre place. Ces personnes doivent attester que ce document, rédigé par l'un d'entre eux ou par un tiers, exprime bien votre volonté. Elles doivent indiquer leur nom, prénom et niveau de relation avec vous (frère, ami, ...) et leur attestation doit être jointe aux directives anticipées.

Différents modèles sont à disposition sur internet. Nous vous proposons ci-joint un formulaire simple.

**Voici mes DIRECTIVES ANTICIPÉES :**

Je soussigné(e) Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Domicilié(e) \_\_\_\_\_

Déclare rédiger en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés, les DIRECTIVES ANTICIPÉES ci-après énoncées.

Si je me trouve hors d'état d'exprimer ma volonté à la suite d'une affection incurable quelle qu'en soit la cause ou d'un accident grave entraînant une dégradation irréversible de mes facultés, je souhaite : *(cocher uniquement les cases souhaitées)*

Que la personne de confiance ci-après désignée soit consultée sur ma volonté de finir dignement ma vie.

Qu'on n'entreprenne ni ne poursuive des actes qui auraient pour seul effet la prolongation artificielle de ma vie.

**Commentaires :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Que l'on soulage efficacement mes souffrances et si besoin, me faire bénéficier d'une sédation profonde (création d'un coma médicamenteux en fin de vie) si le contexte médical l'autorise.

**Commentaires :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Autres souhaits :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fait le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature :**

**Personne de confiance désignée :**

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Votre personne de confiance a-t-elle été prévenue de vos directives anticipées :  Oui  Non