

# LES DIRECTIVES ANTICIPÉES, QU'EST-CE QUE C'EST ?

La loi Claeys-Léonetti n°2016-87 du 02 février 2016 (art. L. 1110-5.1 du Code de la santé publique) prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable certains actes et traitements médicaux peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, conformément à la volonté du patient.

Sauf exceptions prévues par la loi (Article L. 1111-11 du code de la santé publique), vos volontés seront respectées par les équipes pluridisciplinaires en ce qui concerne la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitement ou d'actes médicaux en dehors d'une situation d'urgence vitale.

## 1 COMMENT ÇA MARCHE ?



### Quand peut-on les écrire ?

Quand vous voulez, que vous soyez malade ou non. Elles peuvent être modifiées ou annulées à tout moment et n'ont pas de limite de temps.

### Comment les rédiger ?

Vous pouvez les rédiger sur le modèle ci-joint ou sur papier libre daté et signé. Si vous ne pouvez pas écrire, vous pourrez les dicter et les faire dater et signer par deux personnes. Si vous êtes sous tutelle, vous pourrez les rédiger avec l'accord du mandataire.

## 2 AVEC QUI PARLER DE VOS DIRECTIVES ANTICIPÉES ?



### Demander des conseils

- Professionnel de santé
- Personne de confiance, proche ou famille
- Association de patients ou d'accompagnement
- Toute autre personne avec qui vous souhaitez en parler et qui peut vous aider à réfléchir

### Indiquer leur existence



- Médecin
- Personne de confiance
- Proches, famille

## 3 ET APRÈS, OÙ LES CONSERVER ?



**Avec vous,**  
(en donnant des copies aux professionnels de santé)



**Chez votre personne de confiance / votre famille / un proche**



**Dans votre dossier médical en les confiant à votre médecin**



# Formulaire de directives anticipées

La loi Claeys-Léonetti n°2016-87 du 02 février 2016 (art. L. 1110-5.1 du Code de la santé publique) prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable certains actes et traitements médicaux peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

• Nom, Prénoms : .....

Né(e) le ..... à .....

Domicilié(e) à : .....

• Si je suis sous tutelle, j'ai :

• l'autorisation du mandataire :  Oui  Non  
(veuillez joindre la copie de l'autorisation)

**J'ai été informé de la possibilité de formuler mes directives anticipées mais je ne souhaite pas les rédiger pour le moment.**

Fait à ..... le ..... • Signature :

**J'ai été informé de la possibilité de formuler mes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer mes volontés au moment de ma fin de vie, et je souhaite que l'on applique mes directives suivantes.**

Voici mes volontés « en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux » sauf exceptions prévues par la loi.

**1** Dans le cas d'une situation brutale entraînant un coma prolongé jugé irréversible (accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien, accident de la voie publique.) je souhaite :

Cochez vos choix

- Ne pas avoir une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer)
- Ne pas avoir le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale
- Ne pas avoir une intervention chirurgicale
- Autres choix (en fonction de ma situation personnelle) : .....

**2** Dans le cas d'une maladie évolutive grave, si ces traitements devaient être entrepris, je souhaite :

Cochez vos choix

- Ne pas avoir une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer)
- Ne pas avoir le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale
- Ne pas avoir une intervention chirurgicale
- Autres choix (en fonction de ma situation personnelle) : .....

**3** Dans le cas d'une maladie évolutive grave, si ces traitements avaient déjà été entrepris, je souhaite la poursuite de :

Cochez vos choix

- L'assistance respiratoire :  Oui  Non
- La dialyse rénale :  Oui  Non
- L'alimentation et l'hydratation artificielles :  Oui  Non
- Autres choix (en fonction de ma situation personnelle) : .....

**CES DIRECTIVES SONT RÉVOCABLES ET MODIFIABLES À TOUT MOMENT.**

Fait à ..... le ..... • Signature du patient/résident :