

MES DIRECTIVES ANTICIPÉES



La loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie* et en incapacité de s'exprimer a modifié les règles relatives aux directives anticipées.

Toute personne majeure **peut rédiger ses directives anticipées**, si elle le souhaite, concernant sa fin de vie. Ce document vous permettra **d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre** lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

Les directives anticipées permettent de faire connaître ses souhaits notamment sur la possibilité :

- de **limiter ou d'arrêter** les traitements en cours,
- d'être **transféré en réanimation** si l'état de santé le requiert,
- d'être mis sous **respiration artificielle**,
- de subir une **intervention chirurgicale**,
- d'être **donneur d'organes**.

Ces directives s'imposent au médecin ou à tout autre professionnel de santé pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, **excepté dans 2 cas** :

- 1 En cas d'urgence vitale** pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation (par exemple, patient à réanimer suite à un accident de santé brutal),
- 2 Lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conforme à la situation médicale.** Dans ce cas, le médecin doit rendre sa décision à l'issue d'une procédure collégiale inscrite dans le dossier médical. La décision de refus d'application des directives anticipées est portée à la connaissance de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille ou des proches.



Comment les rédiger ?

Elles prennent obligatoirement la forme d'un document écrit qui doit être **daté et signé pas vous-même** et doivent comporter vos **nom et prénom** ainsi que **votre date et lieu de naissance**.

Vous pouvez les rédiger sur papier libre ou via un formulaire et les remettre au service.

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée). Une attestation des témoins avec leurs noms, prénoms et qualités doit être jointe aux directives anticipées.



Durée de validité

Les directives anticipées sont **valides sans limite de temps**, mais vous pouvez, à tout moment, les modifier dans le sens que vous souhaitez.



Communication et prise en compte

Pour vous assurer qu'elles seront prises en compte, vous pouvez :

- en **conserver un exemplaire** sur vous,
- les **remettre à un médecin de ville**, qu'il s'agisse de votre médecin traitant ou d'un autre médecin choisi par vos soins,
- en **confier un exemplaire** à un de vos proches ou à un membre de votre famille,
- les confier à votre **personne de confiance**,
- les remettre à notre **hôpital** ou à un autre établissement,
- les conserver dans votre Dossier Médical Partagé (DMP) **Mon Espace Santé**.

En l'absence de directives anticipées, les médecins doivent recueillir le témoignage de la **personne de confiance** ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches.

**La loi définit qu'une personne est en fin de vie lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale.*

Le Ministère de la Santé propose également un formulaire à compléter, disponible à cette adresse

www.hopital-simoneveil.fr/directives

Vous pouvez aussi y accéder en scannant ce QR Code



MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Mon identité

NOM PRENOM

né le à

domicilié à

Mes directives anticipées ont déjà été rédigées ? OUI ☐ NON ☐

Je souhaite rédiger des directives anticipées OUI ☐ NON ☐

Comment et auprès de qui peut-on trouver mes directives anticipées?

Sur mon Espace Santé ☐ Auprès d'un médecin / Hôpital ☐

Auprès de ma personne de confiance ☐ Autre : ☐

NOM PRENOM

Qualité (médecin, ami, famille...) Téléphone

Si je bénéficie d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne :

J'ai l'autorisation* du juge OUI ☐ NON ☐

J'ai l'autorisation* du conseil de famille OUI ☐ NON ☐

**Nous vous prions de joindre une copie de l'autorisation.*

Mes directives : (Vous pouvez remplir vos directives, ci-dessous, sur papier libre ou en utilisant un formulaire comme celui disponible au verso)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à

Le / /

Directives anticipées modifiées le : / /

Signature

L'original de ce formulaire sera conservé par le patient ; une copie sera remise à l'Hôpital.