



S'il m'arrive quelque chose  
et que je ne peux plus  
m'exprimer, je souhaite...

# Mes directives anticipées...

## Parlons en avant



(Loi Léonetti du 22.04.2005 révisée le 02.02.2016 dite loi Claeys Léonetti)

Madame, Monsieur,

Tout un chacun peut, au cours de sa vie, se trouver dans l'incapacité de s'exprimer.

Les professionnels de santé ont besoin de connaître vos souhaits, et cela fait partie des droits des patients, expliqués dans la loi Claeys-Leonetti. Pour cela, vous pouvez rédiger vos directives anticipées.

**Vous souhaitez le faire, ce document vous aidera dans cette démarche.**

Nous restons à votre disposition si vous en ressentez le besoin.

Cette démarche est avant tout une réflexion personnelle. Avant de prendre une décision quant à vos volontés concernant les soins et les traitements à vous procurer, vous pouvez vous poser ces questions :



- Qu'est ce qui a le plus de valeur à mes yeux ?
- Qu'est ce qui me rend heureux ?
- Est-ce que je suis prêt à accepter une perte d'autonomie pour vivre quelques mois ou année de plus ? est-ce que je suis prêt à être dépendant d'une autre personne pour me laver ou m'alimenter ?
- Est-ce que je suis prêt à renoncer à des traitements qui pourraient prolonger ma vie au prix d'une perte d'autonomie ?
- De quoi ai-je besoin pour assurer mon bien-être mental ou physique ?

Vous pouvez également discuter avec des professionnels de santé (médecin traitant, médecin réanimateur, infirmière, aide-soignant, psychologue...) mais aussi avec vos proches (famille, personne de confiance, amis, associations de patients) de vos souhaits relatifs à votre fin de vie.



Si vous souhaitez remplir le formulaire que nous vous proposons, nous vous recommandons de conserver ce document dans un lieu connu de vos proches et de désigner une personne de confiance, c'est-à-dire une personne qui parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer. Si vous remettez une copie à l'équipe soignante, elle sera conservée dans votre dossier médical informatisé et sécurisé.

Il est également important d'informer votre entourage, votre médecin traitant et les soignants qui vous prennent en charge, de son existence et de son lieu de conservation.

### Formulaire de directives anticipées :

**Les directives anticipées sont valables sans limite de temps mais vous pouvez les modifier ou les annuler à tout moment.**

Je souhaite écrire mes volontés sur les soins et traitements à m'apporter si je ne peux plus m'exprimer et suis atteint(e) d'une maladie grave engageant mon pronostic vital ou pouvant être la cause de séquelles graves.

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

## Personne de confiance :

### Qu'est-ce qu'une personne de confiance :

Ma personne de confiance a pour mission de m'accompagner lors des démarches liées à ma santé et, si un jour je suis hors d'état d'exprimer ma volonté, elle sera consultée pour l'exprimer à ma place. Elle pourra recevoir des informations médicales et sera mon porte-parole.

Pour lui permettre d'assurer son rôle, je délie les médecins et le personnel soignant de l'obligation de garder le secret envers elle

Je souhaite nommer une personne de confiance

### Ma personne de confiance est :

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Si ma personne de confiance ne peut pas être contactée ou qu'elle ne peut assumer cette tâche pour d'autres raisons, je désigne la personne suivante pour la remplacer :

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Je ne souhaite pas nommer de personne de confiance

## Mes directives anticipées

Je souhaite m'exprimer avec mes mots ici :

- Mes convictions personnelles : ce qui est important pour moi, pour ma vie, ce qui a de la valeur pour moi (par exemple, convictions religieuses, etc...);

Ce que je redoute plus que tout (souffrance, rejet, solitude, handicap...).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Je souhaite préciser ce qu'il me paraît important de faire connaître concernant ma situation actuelle (mon histoire médicale personnelle, mon état de santé actuel, ma situation familiale et sociale...):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Dans le cas où je deviendrais incapable d'exprimer ma volonté et sachant que les soins de confort (traitement de la douleur, de l'agitation, des nausées, etc...) me seront toujours administrés, je souhaite :

Que l'on prenne toutes mesures médicalement indiquées (y compris la réanimation) pour traiter la maladie aiguë dont je souffre

*Si je coche cette case, je poursuis le formulaire avec les pages suivantes pour préciser mes volontés*

*Ou*

Ne pas être réanimé(e), mais suis d'accord pour un transfert à l'hôpital pour un suivi médicalisé.

*Si je coche cette case, je peux me rendre directement à la page 9.*

*Ou*

Ne pas être réanimé(e), ne pas être hospitalisé(e), et être pris(e) en charge dans mon lieu de vie actuel (ehpad ou domicile)

*Si je coche cette case, je peux me rendre directement à la page 9.*

Si, après examen médical approfondi, il s'avère impossible ou improbable que je recouvre ma capacité de discernement et que le risque de dépendance à long terme est élevé, je désire

Que l'on prenne, tout de même, toutes les mesures nécessaires à prolonger ma vie,

*Si je coche cette case, je poursuis le formulaire avec les pages suivantes pour préciser mes volontés*

*Ou*

Qu'on renonce à toute mesure visant à prolonger ma vie.

*Si je coche cette case, je peux me rendre directement à la page 9.*

## Je souhaite préciser certaines de mes volontés :



J'accepterais que les traitements suivants soient entrepris ou poursuivis pour moi :

	Oui	Non	Sous certaines conditions*	Je ne sais pas
Hospitalisation en Réanimation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massage cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventilation artificielle avec intubation ou Trachéotomie temporaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventilation artificielle avec masque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse (rein artificiel) temporaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervention chirurgicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydratation par perfusion ou sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation par perfusion ou sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Je souhaite préciser certaines conditions ou formuler librement ceci :

(par exemple ce qui est le plus important pour moi à la fin de ma vie ou ce que je n'aimerais pas).

---



---



---



---



---



---

J'accepterais de vivre avec les séquelles suivantes :



	Oui	Non	Sous certaines conditions*	Je ne sais pas
Paralysie d'un côté (hémiplégie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paralysie de tout mon corps (tétraplégie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paralysie des 2 jambes (paraplégie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coma permanent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat nécessitant une trachéotomie définitive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat nécessitant une trachéotomie définitive et un respirateur en permanence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat nécessitant une dialyse à vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anus artificiel définitif avec une poche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amputation d'un membre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Séquelles inesthétiques graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficiência intellectuelle sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne plus jamais pouvoir boire et manger par la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne plus jamais voir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne plus jamais entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne plus jamais pouvoir communiquer avec mes proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ne plus jamais pouvoir réaliser seul les actes de la vie courante (se laver, s'habiller, etc.)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Je souhaiterais que la fin de ma vie se déroule dans les conditions suivantes :

	Oui	Non	Sous certaines conditions*	Je ne sais pas
Je veux être endormi(e) profondément jusqu'à ma mort (sédation profonde et continue avec traitement de la douleur et de l'angoisse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souhaite voir un représentant de ma religion Ma religion :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souhaite ne pas rester seul(e) au moment de ma mort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souhaite que mes proches soient présents s'ils le désirent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souhaite mourir entouré d'objets personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souhaite pouvoir entendre ma musique préférée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souhaite pouvoir faire un don d'organes après ma mort si cela est possible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souhaite pouvoir faire un don de tissus après ma mort si cela est possible (cornées, valves cardiaques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J'ai rédigé mes directives anticipées par moi-même (nom/date/signature)

*Ou:*

Le patient étant incapable de rédiger ses directives anticipées lui-même, elles ont été faites en présence des témoins suivants :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction ou lien avec le patient : \_\_\_\_\_

*Et*

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction ou lien avec le patient : \_\_\_\_\_

J'ai bien conscience que je peux changer d'avis à tout moment sans avoir à le justifier.

J'ai transmis ce document au médecin et accepte qu'il soit intégré à mon dossier médical informatisé.

DATE: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

SIGNATURE:

## Pour mieux vous aider à comprendre ,

### ANUS ARTIFICIEL

Connexion de l'intestin à la peau du ventre, définitive ou temporaire, réalisée par un chirurgien en raison d'une maladie de l'intestin. Les selles sont alors recueillies dans une poche changée régulièrement.

### CATHÉTER

Petit tuyau en plastique placé dans une veine du cou, du bras ou de la jambe qui permet d'apporter des traitements, des liquides, de la nutrition. Placé dans une artère, un cathéter permet de surveiller la pression artérielle et de faire des prélèvements sanguins sans piquer à chaque fois le patient.

### COMA

Altération sévère de la conscience associée à une perte de la vigilance. Le coma peut être dû à des causes variées (par exemple traumatique, neurologique, toxique). La profondeur et l'évolution du coma sont mesurées sur la base d'un examen clinique puis d'investigations complémentaires répétées.

### DIALYSE

Technique remplaçant temporairement ou définitivement la fonction des reins quand elle est défaillante. Sa réalisation

nécessite un « rein artificiel », machine recevant et réinjectant le sang épuré du patient au moyen d'un cathéter. En cas d'insuffisance rénale définitive, la dialyse chronique nécessite environ 3 séances par semaines de 4 heures environ. Dans certains cas d'autres méthodes de dialyses peuvent être proposées (ou la greffe rénale)

### INTUBATION

Mise en place jusque dans la trachée, par le nez ou la bouche, d'un tube appelé « sonde d'intubation » qui est connecté à un respirateur. L'intubation se fait après avoir endormi le patient. La sonde d'intubation passe entre les cordes vocales, empêchant le patient de parler pendant la période de respiration artificielle. La voix est à nouveau possible, après l'extubation, qui consiste à retirer la sonde d'intubation lorsque l'état du patient s'est amélioré.

### Loi CLAEYS-LEONETTI:

Loi n° 2016-87 publiée le 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie. Disponible sur le site [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

### MASSAGE CARDIAQUE

Gestes que l'on pratique sur une personne qui présente un arrêt cardiaque.

## PARALYSIE

Quand on ne peut plus bouger soi-même tout ou partie de son corps. La paralysie peut être incomplète.

## SCOPE (ou *Moniteur de surveillance ou Monitoring*)

Appareil connecté au patient par des câbles dont les extrémités (électrodes) sont collées sur sa peau. Il surveille en permanence l'oxygénation, la pression artérielle, la fréquence cardiaque, et donne l'alerte aux soignants en cas d'anomalie.

## SÉDATION

Administration de médicaments assurant un sommeil plus ou moins profond, réversible, parfois appelé « coma artificiel », comme une anesthésie générale. Son niveau est ajusté en permanence pour éviter la douleur, l'anxiété et l'inconfort du patient sous respiration artificielle.

## SERINGUE ÉLECTRIQUE

Appareil qui permet le contrôle précis de la vitesse d'administration des perfusions et des médicaments.

## SONDE GASTRIQUE

Tuyau en plastique introduit par le nez ou la bouche jusque dans l'estomac pour en aspirer les sécrétions ou pour apporter

de la nourriture (sous forme liquide, à l'aide d'une pompe) et des médicaments au patient.

## SONDE URINAIRE

Tuyau souple introduit dans la vessie pour le recueil des urines.

## TRACHÉOTOMIE

Tuyau introduit dans la trachée par une incision située au niveau du cou et permettant au malade de respirer seul ou à l'aide d'un respirateur.

## VENTILATEUR, RESPIRATEUR

Appareil permettant la respiration artificielle en insufflant de l'air et de l'oxygène en quantité appropriée à l'état du patient. Il permet de faciliter ou remplacer la respiration lorsqu'elle est insuffisante.

## VENTILATION NON INVASIVE (VNI)

Assistance respiratoire utilisant un respirateur sans sonde d'intubation, le patient étant connecté à celui-ci à l'aide d'un masque appliqué sur le visage. La ventilation non invasive est réservée aux formes moins graves d'insuffisance respiratoire et uniquement si le patient est bien conscient.