



CLERMONT-FERRAND

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

# DIRECTIVES ANTICIPÉES

## Fiche pratique pour bien les rédiger

### Que sont les directives anticipées ?

Elles correspondent à **un écrit par lequel une personne majeure exprime ses volontés relatives à la fin de vie, concernant les conditions de poursuite, de limitation, d'arrêt ou de refus des traitements ou actes médicaux, pour le cas où cette personne serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.**

Les directives anticipées ne seront utilisées que si vous n'êtes inconscient/ inconsciente. Vous n'avez néanmoins aucune obligation de rédiger des directives anticipées. Leur rédaction est libre.

### Comment les rédiger ?

Vous pouvez écrire ce qui vous semble personnellement important et/ou vous aider avec des formulations proposées. Vous n'êtes évidemment nullement obligé(e) d'anticiper toutes les situations qui vous sont proposées (quelques exemples sont proposés).

#### > Cinq chapitres sont proposés :

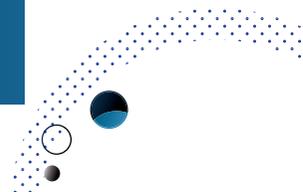
- 1- Mon état-civil
- 2- Le contexte
- 3- Je suis une personne ayant une maladie grave ou en fin de vie
- 4- Je suis une personne n'ayant pas de maladie grave
- 5- Localisation de mes directives anticipées

### Puis-je les modifier ?

**Elles sont modifiables et révocables à tout moment et par tout moyen par la personne elle-même.** Si la personne n'est plus dans la possibilité d'écrire, tout en conservant des capacités intellectuelles lui permettant d'exprimer sa volonté, elle peut faire appel à deux témoins (dont, si possible, la personne de confiance) qui attesteront que l'écrit correspond à l'expression véritable des volontés libres et éclairées de la personne. Ce document est modifiable ou renouvelable dans les mêmes conditions, par la suite, par l'intéressé(e).

**Ce document vous accompagne dans la rédaction de vos directives.** Nous vous recommandons de les rédiger sur papier libre pour avoir plus d'espace pour vous exprimer.

Vous pouvez aussi demander au secrétariat du service qui pourra vous transmettre le formulaire à remplir (n°CHU-INF-FORM-005) ou le télécharger/imprimer depuis le site internet du CHU (Usagers > Livret d'accueil).



## 1- Etat-civil

Nom : ..... Prénoms : .....  
né le : ...../...../..... à .....  
Domicilié(e) à .....  
.....

Si je fais l'objet d'une mesure de tutelle, je peux rédiger mes directives anticipées avec l'autorisation :

- du juge :  oui  non
- du conseil de famille :  oui  non

## 2- Le contexte

Je rédige les présentes directives anticipées pour **le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer mes souhaits et ma volonté** sur ce qui est important à mes yeux, après un accident, du fait d'une maladie grave ou au moment de ma fin de vie.

J'exprime ici :

- mes convictions personnelles : ce qui est important pour moi, pour ma vie, ce qui a de la valeur pour moi (ex : convictions religieuses, etc.)
- ce que je redoute plus que tout (souffrance, rejet, solitude, handicap, etc.)

Je précise 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 sociales, etc.)

## 3- Je suis une personne ayant une maladie grave ou en fin de vie

J'exprime mes directives concernant les décisions médicales à propos :

- des situations dans lesquelles je veux ou ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (ex : état d'inconscience prolongé entraînant une perte de communication définitive avec les proches, etc.) ;
- des traitements destinés à me maintenir artificiellement en vie.

Je fais part des **limites que je veux fixer pour les actes médicaux et les traitements**, s'ils n'ont d'autre but que de prolonger ma vie artificiellement, sans récupération possible et notamment concernant :

- la mise en oeuvre d'une réanimation cardiorespiratoire en cas d'arrêt cardiaque et/ou respiratoire ;
- les traitements dont le seul effet est de prolonger ma vie dans les conditions que je ne souhaiterais pas (ex : tube pour respirer, assistance respiratoire, dialyse chronique, interventions médicales et chirurgicales, etc.) ;
- une alimentation ou une hydratation par voies artificielles pouvant prolonger ma vie, par exemple en cas d'état végétatif chronique (simple maintien d'un fonctionnement autonome de ma respiration et de la circulation).

J'évoque d'autres situation (ex : poursuite ou arrêt des traitements ou d'actes pour ma maladie).

J'exprime d'autres souhaits (avant et/ou après ma mort > ex : accompagnemnt de ma famille, lieux où je souhaite finir ma vie, don d'organes, etc.), tout en sachant que les soins de confort me seront toujours administrés.

**J'indique le lieu et la date de ma rédaction et je signe le document.**

## 4- Je suis une personne n'ayant pas de maladie grave

Après un accident grave ou un évènement aigü (accident vasculaire cérébral, infarctus, ...), je peux me trouver dans une situation où l'on peut me maintenir artificiellement en vie. Ces procédés de suppléance des fonctions vitales peuvent être mis en oeuvre de façon pertinente, mais leur maintien peut parfois apparaître déraisonnable.

J'exprime mes directives concernant les décisions médicales à propos :

- des situations dans lesquelles je veux ou ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (ex : traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc. entraînant un « état de coma prolongé » « jugé irréversible ») ;
- des traitements qui n'ont d'autre but que de me maintenir artificiellement en vie, sans possibilité de récupération (ex : assistance respiratoire et/ou tube pour respirer, et/ou perfusion ou tuyau dans l'estomac pour s'alimenter) ;
- de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux.

J'exprime d'autres souhaits (avant et/ou après ma mort > ex : accompagnemnt de ma famille, lieux où je souhaite finir ma vie, don d'organes, etc.), tout en sachant que les soins de confort me seront toujours administrés.

**J'indique le lieu et la date de ma rédaction et je signe le document.**

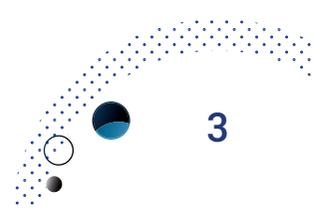
## 5- Localisation de mes directives anticipées

Je les conserve chez moi ou avec moi :  oui  non

**Si oui**, j'indique à quel endroit (adresse, lieu dans la maison).

Je l'ai remis à une personne tiers :  oui  non

**Si oui**, je précise à qui (ma personne de confiance, un(e) ami, un membre de la famille, un médecin), sa position vis-à-vis de moi et ses coordonnées (postales et téléphone).



## > Je veux modifier ou annuler mes directives anticipées

Je soussigné(e)

Nom et prénoms .....

- Déclare modifier mes directives anticipées comme suit
- Déclare annuler mes directives anticipées
- Déclare renoncer à mes directives anticipées et délèguer à ma personnes de confiance l'expression de mes souhaits et volontés.

*(choisir la déclaration qui vous convient)*

## > Je suis dans l'impossibilité physique de rédiger seul(e) mes directives anticipées

Quelqu'un peut rédiger pour vous devant deux personnes désignées (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée) sous le format ci-dessous :

### **TÉMOIN 1 / TÉMOIN 2**

Je soussigné(e)

Nom et Prénoms : .....

Qualité : .....

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M./Mme (rayer la mention inutile) .....

Fait à : ..... Le : ...../...../.....

Signature :



**CHU de Clermont-Ferrand**

www.chu-clermontferrand.fr  
04 73 750 750

fiche du livret d'accueil du patient hospitalisé  
édition 2020 - imprimés en interne  
n° GED : CHU-INF-DIP-004