

La loi du 22 avril 2005 (loi LEONETTI) a introduit les **directives anticipées**. La loi du 2 février 2016 (Loi CLAYES-LEONETTI) crée de nouveaux droits en faveur des malades et deux décrets parus en août 2016 établissent les conditions de rédaction des directives anticipées pour la fin de vie.

Il s'agit d'instructions que donne, par avance, une personne consciente pour lui permettre de garder un contrôle sur sa fin de vie, sur les conditions de limitation ou d'arrêt de traitements éventuels, et de faire valoir ses consignes si elle n'est plus en état de les exprimer.

Ces directives ont une valeur supérieure à tout autre avis médical et s'imposent désormais aux praticiens. Seuls des cas exceptionnels prévus par la Loi permettent aux médecins de ne pas les suivre.

**Les directives anticipées n'ont pas de limites dans le temps mais elles peuvent être à tout moment soit révisées, soit révoquées.**

Pour être validées, les directives anticipées doivent être rédigées en respectant les règles suivantes :

**Si la personne peut rédiger elle-même ses directives anticipées :**

Elles doivent être écrites, datées et signées par leur auteur

L'auteur **majeur** doit s'identifier en indiquant son nom, prénom, date et lieu de naissance.

**Si la personne ne peut rédiger elle-même ses directives anticipées :**

Les directives anticipées peuvent être écrites par la personne de confiance (si elle est désignée) ou par une tierce personne en présence de deux témoins. Ces personnes indiquent leur nom et qualité et attestent que les directives sont l'expression de la volonté de l'auteur.

Cas d'une personne majeure protégée :

Une personne majeure sous tutelle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister, ni la représenter à cette occasion.

Article L1111-11 modifié par la Loi du 2 février 2016 :

*Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.*

*La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.*

**Les directives anticipées doivent être facilement accessibles par le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement dans le cadre de la procédure collégiale (art. R 4127-37) :**

Elles peuvent être conservées en plusieurs exemplaires à plusieurs endroits :

- par l'auteur lui-même,
- par la personne de confiance,
- par un médecin de ville, qu'il s'agisse du médecin traitant ou d'un autre médecin choisi.

Elles peuvent aussi être déposées et conservées, sur décision de la personne qui les a rédigées, dans l'espace de son **dossier médical partagé**. Sinon, le **lieu de conservation** et **l'identification de la personne détentrice** de ces directives peuvent y être mentionnées.

**Tout établissement de santé ou établissement médico-social interroge la personne qu'il prend en charge sur l'existence de directives anticipées.**

Article R1111-20 (décret du 3 août 2016) :

*Lorsqu'il envisage de prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement en application de l'article L 1111-4, et à moins que les directives anticipées ne figurent déjà dans le dossier en sa possession, le médecin interroge le dossier médical partagé. A défaut de directives anticipées conservées ou enregistrées dans le dossier médical ou le dossier médical partagé, il recherche l'existence et le lieu de conservation des directives anticipées auprès de la personne de confiance, auprès de la famille ou des proches, ou, le cas échéant, auprès du médecin traitant de la personne malade ou du médecin qui lui a adressé cette personne.*

---

## Directives Anticipées : suggestion de rédaction

Je soussigné (e) :

Nom.....Prénom.....

Né (e) le.....

Domicilié (e) à.....

❖ Si je bénéficie d'une mesure de protection juridique :

J'ai l'autorisation du juge                       J'ai l'autorisation du conseil de famille

➤ Je suis atteint d'une maladie grave, je pense être proche de ma fin de vie.

**OU**

➤ Je pense être en bonne santé, je ne suis pas atteint d'une maladie grave.

Voici mes présentes directives pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de ma fin de vie.

*La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, les actes et traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet peuvent ne pas être entrepris ou arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie.*

Mes volontés sont les suivantes :

Je souhaite bénéficier des mesures palliatives m'assurant un confort optimum (médecine, soins, physiothérapie..).

Je souhaite que l'on renonce à toutes les mesures visant la prolongation de la vie,

- Si le pronostic médical me concernant est sans espoir.
- Si mes fonctions vitales font défaut, j'ai perdu conscience, je ne peux plus communiquer avec mes proches et mon état mène inexorablement à la mort.
- Si j'ai subi un traumatisme crânien, un accident vasculaire cérébral... entraînant un état de coma prolongé jugé irréversible.

Je ne souhaite ni une alimentation artificielle, ni une hydratation par perfusion.

Je ne souhaite pas le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale.

Je ne souhaite pas une réanimation cardiaque et respiratoire.

Si ces actes ou traitements ont été entrepris, j'accepte qu'ils soient interrompus.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie :

Je veux ou  je ne veux pas bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès.

Autres informations ou souhaits que je veux exprimer :

Nom et coordonnées de ma personne de confiance :

.....

Nom et coordonnées de mon médecin traitant :

.....

Fait le ..... à .....

Signature

.....

### **Directives Anticipées (cas particulier)**

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, **quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins** dont l'un peut être la personne de confiance si vous l'avez désignée :

**Témoin n° 1 :**

Je soussigné(e)

Nom - Prénom.....Qualité .....

Atteste que les directives anticipées ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M ou Mme .....

Fait le .....à .....

Signature :

**Témoin n° 2 :**

Je soussigné(e)

Nom - Prénom .....Qualité .....

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M ou Mme .....

Fait le .....à .....

Signature :

**\*Annulation de mes directives anticipées :**

Je soussigné (e) .....déclare annuler mes directives anticipées datées du .....

Signature :

**Imprimé gracieusement par le Conseil Départemental**

**haute**   
**savoie**  
**le Département**

ÉDITION 2017