

# Directives anticipées

Qui ?    Quand ?    Comment ?



# Le cadre législatif

- Autorise le refus et/ou l'interruption de traitement
- Interdit l'obstination déraisonnable
- Reconnaît le principe du double effet
- Donne au patient des outils pour exprimer sa volonté : D.A., personne de confiance
- Instaure la procédure collégiale



**LOI** LEONETTI

# Directives anticipées

- Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.
- Elles indiquent les souhaits de la personne, relatifs à sa fin de vie, concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitements.
- Document, écrit, daté et signé par leur auteur (identifié).
- +/- attestations de 2 témoins et du médecin.
- Durée : 3 ans (sauf si état d'inconscience entre-temps), modifiables ou révocables à tout moment.
- Conservées en un lieu les rendant facilement accessibles.

# Anticiper l'information sur les D.A.

- Une nécessité : loi méconnue des médecins et des patients
- Réunions d'information grand public et professionnels
- Affiches, Brochures
- Consultations dédiées (répétées)



Qui est votre personne de confiance ?

L'avez-vous désignée ?

Avez-vous rédigé vos directives anticipées ?

Comment procéder ?

C'est maintenant que se préparent vos futures décisions de santé.

**Et si vous en parliez à votre médecin ?**



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Au service des médecins, dans l'intérêt des patients

[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

# Exemple de directives anticipées

Directives anticipées de M. D..... P.....,  
né(e) le ../.. /.. à .....

Document rédigé le ../.. /.. à .....

Je soussigné certifie qu'en cas d'aggravation brutale de mon état de santé, je souhaite autant que possible rester à mon domicile jusqu'au bout.

Je refuse d'être réanimé en cas de malaise grave.

.....

.....

.....

Signature

# Annexe aux directives anticipées

## Témoins

*Annexe aux directives anticipées de M. D..... P.....,  
né(e) le ../.. /.. à .....*

*Document rédigé le ../.. /.. à .....*

*Je soussigné M. ...., atteste en ma qualité de  
(époux, fils....), que ce document est la volonté libre  
et éclairée de M. D..... P.....*

*Signature*

# Annexe aux directives anticipées

Médecin

*Annexe aux directives anticipées de M. D..... P.....,  
né(e) le ../.. /.. à .....*

*Document rédigé le ../.. /.. à .....*

*Je soussigné Dr ....., certifie que M. D..... P.....,  
ayant établi ce jour des directives anticipées, est en  
possession de ses facultés mentales et est en état  
d'exprimer librement sa volonté.*

*Je certifie également lui avoir délivré les informations  
appropriées concernant son état de santé.*

*Signature*

## MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné(e) : Madame [REDACTED]

né(e) le : [REDACTED] 1958 ..... à : [REDACTED]

Adresse : ... [REDACTED]

énonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état

d'exprimer ma volonté :

Entre les mesures exprimées dans le formulaire ci-joint, j'exprime qu'à tout moment  
je m'octroie le droit d'apporter des modifications ou révoquer le formulaire d'aide  
au recueil des directives anticipées que j'ai signé en pleine conscience.....

Je ne souhaite pas d'acharnement thérapeutique sous quelque forme que ce soit.....

...j'accepte les traitements visant à diminuer ou faire cesser la douleur et éventuellement

qui peuvent lui aider à partir sereinement et dignement, dans les meilleures conditions

Je me refuse personnellement de communiquer les informations médicales à mes proches

et les personnes qui me entoureront et ne souhaite pas que ces informations soient communiquées  
sans mon consentement préalable.

Fait à Ceyrat le

Signature du patient

[REDACTED]



# FORMULAIRE D'AIDE AU RECUEIL DES DIRECTIVES ANTICIPEES

<b>respiration artificielle</b> : une machine qui remplace ou qui aide ma respiration. trachéotomie ..... intubation..... ventilation non invasive.....	oui <input checked="" type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas oui <input checked="" type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas oui <input checked="" type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas <input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas
<b>réanimation cardiorespiratoire</b> en cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique ...	oui <input checked="" type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas
<b>alimentation artificielle</b> : une nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou d'un dispositif intraveineux.	oui <input checked="" type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas <i>Sauf intraveineux</i>
<b>réhydratation</b> par une sonde placée dans le tube digestif	oui <input checked="" type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas
<b>réhydratation</b> par perfusion (sous-cutanée, intraveineuse).	<input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas
<b>rein artificiel</b> : une machine remplace l'activité de mes reins : le plus souvent l'hémodialyse.	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ne sais pas
transfert vers un <b>service de réanimation</b> si mon état le requiert.	oui <input checked="" type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas
<b>transfusion sanguine.</b>	<input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas
<b>opération chirurgicale.</b>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas <i>non en fonction du type d'intervention</i>
<b>radiothérapie anticancéreuse.</b>	<input checked="" type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas
<b>chimiothérapie anticancéreuse.</b>	oui <input checked="" type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas
médicaments ou techniques visant à <b>tenter de prolonger</b> ma vie.	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas <i>pas d'acharnement thérapeutique</i>
d'une technique ou d'un médicament à préciser : ..... ..... .....	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas
Je souhaite bénéficier d'une <b>assistance religieuse</b> à la fin de ma vie	Oui - non

# Intérêts des D.A.

- Renforcement relation médecin-patient
- Dialogue, information. Décision éclairée.
- Implication du patient dans la prise de décision.  
Partenariat. Triangulation
- Aide à la prise de décision (si D.A. précises !)
- Apaisement patient-proche-soignant (garantie du respect des objectifs de confort)
- Les D.A. ont tout leur sens face à une maladie grave avec survie faible (≠ testament de vie)

# Limites des D.A.

- La confrontation directe à la mort peut être « violente »
- Moins pertinentes si réalisées trop précocement
- Droit à l'ambivalence du patient
- Importance de la présence du médecin lors de la rédaction.  
Termes précis. Eviter les D.A. « floues »
- Paternalisme des médecins
- Risque d'exclusion de la subjectivité du malade par la focalisation sur l'information juridique

# D.A. : évolutions possibles

- Y penser ! (moins de 1% des patients actuellement)
- Les rendre plus contraignantes ?
- Grilles de recueil ?
- Faciliter leur accès :

Registre national

DMP

Fiche SAMU Pallia

- Vers un document co-signé patient / médecin ?