

## Art 7 – loi du 22 avril 2005 dite Loi Léonetti

« Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision. »

## A quoi servent les directives anticipées ?

- Elles donnent la parole aux patients sur ses souhaits concernant « sa fin de vie », concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement
- Elles sont révocables à tout moment
- Renouvelables tous les trois ans
- Mais non obligatoires
- Les directives anticipées ne s'imposent pas au médecin mais doivent être prises en considération : elles sont le témoin de votre volonté. Elles priment sur l'avis de la personne de confiance, de la famille ou des proches. En sachant que le médecin les appliquera, totalement ou partiellement, en fonction des circonstances, de la situation ou de l'évolution des connaissances médicales.

## Comment rédiger et transmettre vos directives anticipées au moment voulu ?

- Vous devez être majeur et capable d'exprimer votre volonté libre et éclairée au moment de la rédaction
- Vous pouvez donner une copie de vos directives anticipées à votre médecin traitant et à votre personne de confiance (sans oublier de transmettre au médecin qui vous prend en charge, les coordonnées de cette personne). En cas d'hospitalisation, informer le médecin hospitalier de la personne qui détient le document ou le remettre au médecin qui les conservera dans le dossier médical.

Je soussigné(e) Mme, M. (NOM Prénom) \_\_\_\_\_,

désire, par la présente, faire part de directives anticipées concernant mon état de santé potentiel à venir.

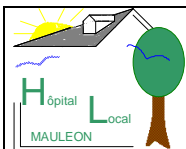
Cochez  
les  
cases  
voulues

### TRAITEMENT

- Je ne veux recevoir aucun traitement de survie (y compris réanimation cardiaque et respiratoire).
- Je ne veux ni acharnement ni abstention totale de soins. Je veux que les décisions médicales prises pour moi, le soient de façon concertée et collégiale, dans le respect de ma dignité et de mon confort (prise en charge palliative).
- Je veux tous les traitements que les médecins estimeront nécessaires pour moi.
- Autres souhaits :*

### ALIMENTATION ET HYDRATATION ARTIFICIELLES

- Je ne veux pas recevoir d'alimentation et d'hydratation artificielles si cela constitue le principal traitement pour me maintenir en vie.
- Je veux recevoir une alimentation et une hydratation artificielles, même si cela constitue le principal traitement pour me maintenir en vie.
- Autres souhaits :*



**SOINS DE CONFORT**

Je veux être maintenu aussi à l'aise et à l'abri de la douleur que possible, même si de tels soins peuvent écourter ma vie (prise en charge palliative).

*Autres souhaits :*

**Autres souhaits :**

*Vous avez le droit de participer à toutes les décisions concernant vos soins médicaux et si vous avez des souhaits qui ne sont exprimés dans aucune autre partie de ce document, veuillez les indiquer ici :*

[Empty box for additional wishes]

**Par ailleurs, je souhaite une assistance religieuse à la fin de ma vie :**

**OUI** (préciser laquelle) : .....

**NON**

**J'ai pris connaissance de mes droits et je ne souhaite pas rédiger de directives anticipées.**

**Concernant la signature de ce document :** *Extrait de l'article R. 1111-17*

*« Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance. »*

*« Toutefois, lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée en application de l'article L.1111-6, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées »*

<b>N O M :</b> (de naissance)	<b>Prénom :</b>
<b>N O M :</b> (marital)	
<b>Date de naissance :</b>	<b>Lieu de naissance :</b> Ville (n° Département)
<b>Date de rédaction :</b> ____ / ____ / ____	
<b>Signature personnelle :</b> (si signature impossible, désignez 2 témoins ci-dessous)	
<b>Document modifiable à tout moment et valable durant 3 ans maximum après signature</b>	

Nom et qualité du <b>témoin n°1</b> (joindre une attestation) :	Nom et qualité du <b>témoin n°2</b> (joindre une attestation) :