

**QIIRO vous propose des modèles de documents juridiques éprouvés, à jour des dernières réformes et réglementations en vigueur. Néanmoins, nos modèles restent généraux et nécessitent d’être adaptés.**

**En cas de doute sur la rédaction ou les conséquences juridiques de l’un de nos modèles de documents, nous vous recommandons l’accompagnement par un professionnel du droit.**

**Directives anticipées**

*IMPORTANT : Ce document est produit dans le cadre légal disposé à l’article L. 1111-11 du Code de la santé publique. Concernant sa personnalisation, demandez l’avis de votre médecin et/ou du personnel soignant qui vous entoure. Notre équipe de juristes reste disponible pour vous renseigner concernant la légalité du document mais tous les éléments liés à votre état de santé et vos recommandations médicales doivent être soumis à l’avis des professionnels de la santé uniquement. En cas de doutes, remplissez ce document avec votre médecin.*

* **Mon identité :**

Nom : *(Nom)*

Prénom*(s) : (Prénom(s))*

Né*(e)* le : *(Date)*

Lieu de naissance : *(Lieu de naissance)*

Domicilié*(e)* : *(Adresse postale)*

***Conservez le paragraphe suivant si vous bénéficiez d’une mesure de tutelle :***

* **Tutelle :**

Je bénéficie d’une mesure de tutelle et j’atteste avoir l’autorisation du *(juge et ou du Conseil de famille)* pour rédiger ce document. L’autorisation figure en annexe.

***IMPORTANT : Si vous bénéficiez d’une mesure de tutelle vous devez impérativement obtenir l’autorisation du juge et/ou du Conseil de famille pour rédiger ce document. Vous devez également joindre à ce document votre autorisation.***

***Facultatif*** *: Informations que je souhaite communiquer, en dehors de mes directives anticipées, et que je souhaite faire savoir au médecin qui s’occupera de moi lors de ma fin de vie. (Cela peut être des informations concernant ma situation personnelle, ma famille, mes proches, mais aussi mes craintes, mes attentes ou mes convictions) :*

*(Votre texte)*

Fait le *(date)* à *(lieu)*

*(Signature)*

**Mes directives anticipées**

*IMPORTANT : Ce document est produit dans le cadre légal disposé à l’article L1111-11 du Code de la santé publique. Concernant sa personnalisation, demandez l’avis de votre médecin et/ou du personnel soignant qui vous entoure. Notre équipe de juristes reste disponible pour vous renseigner concernant la légalité du document mais tous les éléments liés à votre état de santé et vos recommandations médicales doivent être soumis à l’avis des professionnels de la santé uniquement. En cas de doutes, remplissez ce document avec votre médecin.*

**Mes volontés sont les suivantes :**

Concernant les situations auxquelles j’ai réfléchi et dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l’on continue à me maintenir artificiellement en vie, c’est-à-dire en cas d’accident ou maladie entraînant un état de coma prolongé jugé irréversible par le personnel soignant, j’indique ici notamment si j’accepte ou si je refuse que l’on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j’aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

*(Développez ici votre choix)*

À propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver, j’indique ici notamment si j’accepte ou si je refuse que l’on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j’aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

*(Développez ici votre choix)*

Concernant les actes et les traitements médicaux dont je pourrais faire l’objet, la loi prévoit qu’au titre du refus de l’obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s’ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n’ayant d’autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. J’indique ici si j’accepte ou si je refuse qu’ils soient entrepris, notamment :

* Une réanimation cardiaque et respiratoire : *(J’accepte/Je refuse)*
* Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : *(J’accepte/Je refuse)*
* Une intervention chirurgicale : *(J’accepte/Je refuse)*
* Autre : *(Précisez votre choix concernant d’autres traitements)*

Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j’indique ici si j’accepte ou si je refuse qu’ils soient arrêtés :

* Assistance cardiaque et respiratoire : *(J’accepte/Je refuse)*
* Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : *(J’accepte/Je refuse)*
* Une intervention chirurgicale : *(J’accepte/Je refuse)*
* Alimentation et hydratation artificielles : *(J’accepte/Je refuse)*

Si mon médecin m’a parlé de manière plus précise d’autres actes ou traitements, je précise ici ceux dont j’accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

*(Développez ici votre choix)*

*(J’atteste accepter/refuser)* de bénéficier d’une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c’est-à-dire d’un traitement qui m’endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu’à mon décès.

Fait le *(date)* à *(lieu)*

*(Signature)*

*L’article L1111-11 du Code de la santé publique, modifié par LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 8, dispose : “ Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.*

*A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.*

*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.*

*Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Les directives anticipées sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.*

*Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.*

*Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle 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.”*