

## ACCOMPAGNEMENT POUR UNE ÉCRITURE DE CES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Pour m'aider à réfléchir et répondre à certaines de mes interrogations, craintes concernant certains traitements, actes ou situations de fin de vie, je peux en discuter avec mon médecin traitant ou avec mon oncologue référent, mes proches, associations de patients ou d'accompagnants.

Une équipe référente à l'ICANS peut également vous proposer son aide (demandez à votre oncologue ou votre équipe soignante de contacter cette équipe). Vous pouvez également contacter directement cette équipe par mail à l'adresse suivante : directives-anticipees@icans.eu

## COMMENT LES TRANSMETTRE ET LES CONSERVER ?

Ces directives anticipées sont importantes que je sois bien portant(e) ou malade, et doivent être facilement accessibles aux équipes médicales qui seraient amenées à me prendre en charge.

Je peux les transmettre :

- à mon médecin traitant, à ma personne de confiance, à mes proches, etc ;
- dans le cadre de ma prise en charge à l'ICANS, auprès des assistantes médicales du service ou de la consultation où je suis pris en charge.

Si je modifie mes directives, je transmettrai la nouvelle version à ces mêmes personnes.

## EN CAS DE MODIFICATION OU D'ANNULATION DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e) : Nom : ..... Nom de naissance : .....  
Prénom(s) : ..... Né(e) le : .....  
à : ....., déclare :

- Modifier mes directives anticipées datées du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Annuler mes directives anticipées datées du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Confirmer mes directives anticipées datées du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fait à ....., le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Signature

Cas particulier, rédaction devant témoins : si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant les deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut-être votre personne de confiance).

### **Témoign 1**

Je soussigné(e) : Nom : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénom(s) : .....  
Né(e) le : ..... à : .....

Lien avec le patient : .....  
atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme .....  
Fait à ....., le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Signature

### **Témoign 2**

Je soussigné(e) : Nom : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénom(s) : .....  
Né(e) le : ..... à : .....

Lien avec le patient : .....  
atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme .....  
Fait à ....., le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Signature

Nom : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénom(s) : .....  
Né(e) le : ..... à : .....  
Domicilié(e) à : .....

## MES SOUHAITS

**Écrire aujourd'hui mes directives anticipées permettra à mes proches et à mon médecin de connaître mes volontés si je ne suis pas en mesure de les exprimer.**

## MA PERSONNE DE CONFIANCE\*

Nom : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénom(s) : .....  
Coordonnées (téléphone) : .....

\*La personne de confiance peut vous accompagner, vous aider dans les décisions à prendre et vous représenter si vous n'êtes pas en capacité de vous exprimer. Elle témoigne de qui vous êtes et de ce que vous souhaitez. Le formulaire de désignation de la personne de confiance peut vous être remis si vous ne l'avez pas encore complété.

## MON MÉDECIN TRAITANT

Nom : .....  
Ville : .....  
Coordonnées (téléphone) : .....

## AUTRES PERSONNES (personne à prévenir, tuteur, etc.) :

Nom : .....  
Prénom : .....  
Qualité : .....  
Coordonnées (téléphone) : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
Qualité : .....  
Coordonnées (téléphone) : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
Qualité : .....  
Coordonnées (téléphone) : .....

J'ai partagé mes souhaits avec mes proches, et/ou ma personne de confiance, pour le cas où je nécessiterais une hospitalisation sans être en capacité de m'exprimer.



Il est important également pour l'équipe médicale de connaître ces souhaits pour adapter ma prise en charge en fonction de ce qui est le plus important pour moi.

### J'EXPRIME MES PRÉFÉRENCES DANS LES LIGNES CI-DESSOUS.

(Vous n'êtes pas obligé(e) de répondre à toutes les rubriques)

• **Ce qui est important pour moi, pour ma vie, ce qui a de la valeur pour moi** (exemple : être à la maison, jardiner, rencontrer ma famille ou mes amis, convictions religieuses, etc.).

• **Les étapes importantes de ma vie dans le futur** (exemple : mon anniversaire de mariage, la remise de diplôme de mon enfant, la naissance de mon petit enfant, etc.).

• **Comment nous parlons des mauvaises nouvelles dans ma famille** (exemple : nous en parlons ouvertement, on protège les enfants, nous n'en parlons pas, etc.).

• **Comment nous échangeons sur les décisions médicales dans notre famille** (exemple : je prends les décisions moi-même, je les partage avec mes proches, etc.).

• **Je souhaite préciser ce qu'il me paraît important de faire connaître concernant ma situation actuelle** (ma situation familiale, mon histoire de vie, etc.).

• **Je souhaite m'exprimer concernant les traitements et les actes dont le seul effet est de prolonger ma vie** (exemple : tube pour respirer, dialyse, intervention chirurgicale, etc.).

➔ **Je souhaite que l'on mette en œuvre toutes les possibilités médicales pour me maintenir en vie. Mes souffrances doivent être allégées dans la mesure du possible mais je suis prêt(e) à accepter les contraintes liées à mon souhait d'être maintenu(e) en vie.**

➔ **Je souhaite que les traitements médicaux servent avant tout à alléger mes souffrances. Pour moi, il n'est pas prioritaire de prolonger ma vie à tout prix. J'accepte que le fait de renoncer à certains traitements puisse abréger ma vie.**

• **Je précise ici ce que je ne veux vraiment pas** (exemple : que le traitement soit entrepris ou arrêté, passer mes derniers jours à l'hôpital, etc.).

La sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès est un droit dans certaines conditions. Elle consiste à endormir profondément une personne atteinte d'une maladie grave et incurable, dont le pronostic vital est engagé à court terme pour soulager une souffrance résistante aux traitements. Elle est associée à un traitement anti-douleur et à l'arrêt des traitements maintenant artificiellement la vie. La décision de mise en œuvre d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès revient au médecin référent à l'issue d'une procédure collégiale.

• **J'indique ici si je veux bénéficier d'une sédation profonde et continue si mon état le nécessite** : Oui / Non / Je souhaite encore y réfléchir

Que faire si ma famille, mes proches ou ma personne de confiance souhaitent quelque chose de différent de ce que je veux moi-même ?

L'expression de mes souhaits écrits dans ces directives anticipées sera prise en compte par l'équipe médicale même si mes proches n'ont pas les mêmes souhaits.

• **Mes autres souhaits** (exemple : accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, etc.).

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature