

Des directives anticipées, pour quoi faire ?

Toute personne majeure peut rédiger ses directives anticipées concernant sa fin de vie. C'est une possibilité qui vous est donnée ; il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

En rédigeant vos directives anticipées, votre médecin, vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer. Vos directives pourront soulager vos proches en leur épargnant la difficulté et parfois le sentiment de culpabilité de participer à des décisions dont ils n'ont pas à assumer la responsabilité.

Rédiger vos directives anticipées n'est pas une obligation. Il est possible de faire part de vos volontés à votre personne de confiance que vous aurez désignée (document « Personne de confiance »).

Deux modèles de directives anticipées vous sont proposés :

Le modèle A pour les personnes en fin de vie ou ayant une maladie grave (Page 5)

Le modèle B pour les personnes en bonne santé ou n'ayant pas de maladie grave (page 8)

Vos convictions personnelles ?

Il vous est aussi possible d'exprimer des souhaits ou des volontés autres que ceux mentionnés dans le modèle A ou dans le modèle B.

Il s'agit alors d'écrire ce qui est important pour vous, pour votre vie, ce qui a de la valeur pour vous (convictions religieuses, ...) mais aussi ce que vous redoutez plus que tout (souffrance, rejet, solitude, handicap, ...).

Le document page 10 pourra donc être une information utile pour le médecin, mais ce ne sera pas une directive au sens de la loi.

Avec qui parler de vos directives anticipées ?

Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous conseille dans la rédaction de vos directives. Il pourra vous aider à envisager les diverses situations qui peuvent se présenter en fin de vie. Il pourra vous expliquer les traitements possibles, leur efficacité, leurs limites ou leurs désagréments. Cela pourra éclairer votre choix.

Vous pouvez également en parler avec votre personne de confiance, personne qui est en mesure de témoigner de vos volontés, mais aussi avec d'autres professionnels de santé, avec des associations ou des proches en qui vous avez confiance.

Le médecin devra-t'il respecter vos directives ?

Oui, c'est la loi : le médecin, de même que tout autre professionnel de santé, devra respecter les volontés exprimées dans vos directives anticipées, s'il arrive un jour que vous ne soyez plus à même de vous exprimer. Il pourra passer outre vos directives que dans les cas exceptionnels prévus par la loi :

- En cas d'urgence vitale : le médecin peut alors ne pas mettre en route vos directives pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation.
- Dans le cas où vos directives paraissent manifestement inappropriées ou non-conformes à votre situation médicale.

Après avoir rédigé des directives, est-il possible de les modifier ?

Oui. Les directives anticipées sont valables sans limite de temps mais vous pourrez toujours, à tout moment, les modifier dans le sens que vous souhaitez ; en présence de plusieurs directives anticipées, le document le plus récent fera foi.

Où conserver vos directives anticipées ?

Il est important qu'elles soient facilement accessibles.

Quel que soit votre choix, informez votre médecin et vos proches de l'existence et du lieu de conservation de vos directives ; ainsi, le jour venu, le médecin qui vous accompagnera lors de votre fin de vie saura où trouver vos directives afin de les mettre en œuvre. Aussi, vos directives seront rangées dans votre dossier médical ici à la maison de retraite et une copie sera remise, en réponse à votre demande, à votre personne de confiance, à un proche ...

Dans le cas où vous seriez hospitalisé, vos directives seront intégrées - par le personnel soignant de la maison de retraite - au dossier de liaison avec cet établissement hospitalier.

Bien entendu, dans tous les cas, même si vous n'avez pas rédigé de directives anticipées, le médecin qui s'occupera de vous lors de votre fin de vie aura le devoir de faire tout son possible pour votre bien être.

Mon identité

Nom et prénom(s):

Né(e) le : **à :**

Domicilié(e) à :

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du chapitre II du titre XI du livre 1^{er} du code civil, j'ai l'autorisation :

- du juge oui non
- du conseil de famille oui non

(Joindre la copie de l'autorisation page 15)

Mes directives anticipées

Modèle A

Je suis atteint d'une maladie grave ou je pense être proche de la fin de vie

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

- **A propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie), j'indique que :**

J'accepte / 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.

- **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 être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, alors j'indique que :**

J'accepte / je refuse que soit entrepris une réanimation cardiaque et une aide respiratoire.

J'accepte / je refuse que soit entrepris le branchement de mon corps sur un appareil de dialyse rénale.

J'accepte / je refuse que soit entrepris une intervention chirurgicale.

Autres :

.....
.....
.....

Mais aussi pour des actes ou traitements déjà entrepris :

J'accepte / je refuse que l'aide respiratoire déjà entreprise soit arrêtée.

J'accepte / je refuse que la dialyse rénale déjà entreprise soit arrêtée.

J'accepte / je refuse que l'alimentation et l'hydratation par sonde déjà entreprises soient arrêtées.

Autres :

.....
.....
.....

- **Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte la mise en œuvre et ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :**

J'accepte / je refuse la mise en œuvre ou la poursuite de :

.....
.....
.....
.....

- **A propos de la sédation profonde et continue, associée à un traitement de la douleur, j'indique ici :**

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, **je veux / je ne veux pas** 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 qui a pour objectif la perte de la conscience jusqu'à mon décès.

Fait le à

Signature :

Mes directives anticipées

Modèle B

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

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

- **A propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc ... entraînant un « état de coma prolongé jugé irréversible ») :**

J'indique ici notamment si **j'accepte** / **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.

- **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 être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, alors j'indique que :**

J'accepte / **je refuse** que soit entrepris une réanimation cardiaque et une aide respiratoire.

J'accepte / **je refuse** que soit entrepris le branchement de mon corps sur un appareil de dialyse rénale.

J'accepte / je refuse que l'alimentation et l'hydratation par sonde soient arrêtées

- **A propos de la sédation profonde et continue, associée à un traitement de la douleur, j'indique ici :**

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, **je veux / je ne veux pas** 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 qui a pour objectif la perte de la conscience jusqu'à mon décès.

Fait le à

Signature :

Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant 2 témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin N° 1 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms

Qualité.....

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

Témoin N° 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms

Qualité.....

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

Modification ou annulation de mes directives anticipées

Je soussigné(e) *nom, prénoms* :

- Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à la maison de retraite COURNOT CHANGEY qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Seul le document le plus récent fait foi.
- Ou : Déclare annuler mes directives anticipées datées du

Fait à le.....

Signature :

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous, ci-dessous, devant 2 personnes désignées.

Témoin N° 1 : *Je soussigné(e)*

Nom et prénoms

Qualité.....

atteste que la modification/annulation des directives anticipées écrite ci-avant est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M ou Mme :

Fait à le.....

Signature

Témoin N° 2 : *Je soussigné(e)*

Nom et prénoms

Qualité.....

atteste que la modification/annulation des directives anticipées écrite ci-avant est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M ou Mme :

Fait à le.....

Signature

Quel est le rôle de la personne de confiance ?

La personne de confiance a plusieurs missions :

- Lorsque **vous pouvez exprimer votre volonté**, elle a une mission d'**accompagnement. Si vous le souhaitez** :
 - ✓ La personne de confiance peut vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé.
 - ✓ Elle peut assister aux consultations ou entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas.
 - ✓ Elle prend connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence ; elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.
 - ✓ Il est recommandé de lui remettre vos directives anticipées si vous les avez rédigées : ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.
 - ✓ Elle a un devoir de confidentialité concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir et vos directives anticipées : elle n'a pas le droit de les révéler à d'autres personnes.

- Si **vous ne pouvez plus exprimer votre volonté**, elle a une mission de **référént** auprès de l'équipe médicale :
 - ✓ La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.
 - ✓ Votre personne de confiance n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements mais elle témoignera de vos souhaits, volontés et convictions : la **responsabilité appartient au médecin** et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et en concertation avec l'équipe soignante.

- ✓ Votre personne de confiance sera votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement.
- ✓ La personne de confiance n'exprime pas ses propres souhaits mais **rapporte les vôtres**. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches...).
- ✓ Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient.
- ✓ La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais peut aussi affronter une contestation s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés.

Attention : la personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose, si vous étiez hospitalisé(é) ou en cas de décès.

Sa mission ne concerne que votre santé

Qui peut désigner la personne de confiance ?

Toute personne majeure peut le faire. C'est un droit qui vous est offert mais pas une obligation : vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.

Les personnes sous tutelle doivent avoir une autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué (document à archiver page 9).

Qui peut être la « personne de confiance » ?

Toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission peut l'être. Ce peut être votre conjoint, un de vos enfants ou un de vos parents, un ami, un proche, votre médecin traitant.

Il est important que vous échangiez avec elle afin qu'elle comprenne bien vos choix et votre volonté et puisse être votre porte-parole le moment venu. Elle ne devra pas exprimer ses propres souhaits mais les vôtres et doit s'engager

moralement vis-à-vis de vous à le faire. Elle doit être apte à comprendre et à respecter vos volontés énoncées dans une situation de fin de vie et mesurer la possible difficulté de sa tâche et la portée de son engagement.

Il est important qu'elle ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission.

Une personne peut refuser d'être votre personne de confiance.

Quand la désigner ?

Vous pouvez désigner votre personne de confiance à tout moment, que vous soyez en bonne santé, malade ou porteur d'un handicap.

La réflexion sur vos directives anticipées et leur rédaction peuvent être un moment opportun car la personne de confiance doit connaître vos souhaits et volontés pour le cas où vous seriez un jour hors d'état de vous exprimer.

D'autres moments peuvent être propices, tels qu'un changement de vos conditions de vie, de votre état de santé ... : désigner une personne de confiance est un moyen d'être sûr, si un jour vous n'êtes plus en état de dire votre volonté, que vos souhaits soient respectés ; cela pourra soulager vos proches et parfois éviter des conflits familiaux.

Dans le cas particulier où vous seriez hospitalisé(e), il vous sera proposé d'en désigner une pour le temps de votre hospitalisation si vous le souhaitez.

Comment désigner votre personne de confiance ?

La désignation doit se faire par écrit, en utilisant le formulaire ci-joint (« formulaire de désignation de la personne de confiance » page 5). Votre personne de confiance doit cosigner le document la désignant.

Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit que cette désignation est bien votre volonté (document « cas particulier » page 6).

Vous pouvez changer d'avis et/ou de personne de confiance à tout moment en le précisant par écrit ou par oral devant deux témoins qui l'attesteront par écrit (modification ou annulation de la désignation de la personne de confiance page 7). Il est recommandé de prévenir votre précédente personne

de confiance et les personnes qui détiennent son nom qu'elle n'a plus ce rôle et de détruire ce document (document « formulaire de désignation de la personne de confiance » page 5)

Comment faire connaître ce document et le conserver ?

Il est important que les professionnels de santé soient informés que vous avez choisi votre personne de confiance et aient ses coordonnées dans votre dossier : il est recommandé que ce document soit intégré dans le dossier médical de l'EHPAD.

Vous pouvez également le conserver avec vous.

Il est important également que vos proches soient informés que vous avez choisi une personne de confiance et connaissent son nom.

Formulaire de désignation de la personne de confiance*

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance :

.....

nomme la personne de confiance suivante :

Nom, prénoms :

Adresse :

Téléphone privé : Professionnel : Portable :

E-mail :

→ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : OUI NON

→ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : OUI NON

Fait à : le :

Signature :

Signature de la personne de confiance :

** au sens de l'article L.1111-6 du code de santé publique*

Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

Témoign N° 1 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression libre et éclairée de M /Mme.....

→ que M/Mme lui a fait part de ses volontés et de ses directives

anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : OUI NON

→ que M/Mme lui a remis un exemplaire de ses directives

anticipées : OUI NON

Fait à le.....

Signature

Témoign N° 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression libre et éclairée de M /Mme.....

→ que M/Mme lui a fait part de ses volontés et de ses directives

anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : OUI NON

→ que M/Mme lui a remis un exemplaire de ses directives

anticipées : OUI NON

Fait à le.....

Signature

Modification ou annulation de la désignation de la personne de confiance

Je soussigné(e) *nom, prénoms*.....

- Si vous souhaitez modifier la désignation de votre personne de confiance, vous pouvez en rédiger une nouvelle et demander à votre médecin ou à la maison de retraite COURNOT CHANGEY qui a conservé la précédente, de s'assurer de la destruction de tous les formulaires (voir listing page 8). Seul le document le plus récent fait foi.
- Ou : Déclare annuler la désignation de ma personne de confiance datée du

Fait à le.....

Signature :

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous ci-dessous, devant 2 personnes désignées

Témoin N° 1 : *Je soussigné(e)*

Nom et prénoms :.....

Qualité (lien avec la personne) :.....

atteste que la modification/annulation de la désignation de la personne de confiance est bien l'expression libre et éclairée de M /Mme.....

Fait à le.....

Signature :

Témoin N° 2 : *Je soussigné(e)*

Nom et prénoms :.....

Qualité (lien avec la personne) :.....

atteste que la modification/annulation de la désignation de la personne de confiance est bien l'expression libre et éclairée de M /Mme.....

Fait à le.....

Signature :

Formulaire de désignation de la personne de confiance remis à :

Nom	Prénom	Qualité	Adresse	Téléphone

Mesure de tutelle

Copie de l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille à insérer ici

Infirmières référentes des directives anticipées :

Claire BLINETTE et Fanny DEMASSUE

Psychologue :

Anaïs LAURENT

Cadre de Santé :

Nathalie MILLOT

Médecins coordonnateurs :

Dr Alain BAILLY et Dr Jean-Marie DEMOLY

Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées prévu à l'article L.1111-11 du code de la santé publique

*Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie - HAS - 2015
La personne de confiance- HAS- avril 2016*