



## Notice explicative du Formulaire de rédaction des Directives Anticipées

(Article L.1111-11 du Code de Santé Publique)

Les « directives anticipées » concernant les situations de fin de vie sont **vos volontés, exprimées par écrits, sur les traitements (limitation, arrêt des traitements...) et/ou les actes médicaux que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus communiquer.** Même si envisager d'écrire vos directives anticipées à l'avance peut-être une situation difficile, voire angoissante, il peut être important d'y réfléchir.

Cette réflexion sur la fin de vie est bien souvent l'occasion d'un **dialogue avec vos proches ; cela va vous permettre d'aborder aussi la notion de personne de confiance.** La personne de confiance parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer ; elle sera consultée avant vos proches si vous n'avez pas rédigé de directives anticipées. Ecrire ses directives anticipées peut épargner vos proches face aux difficultés décisionnelles vous concernant et leur éviter de ressentir un sentiment de culpabilité pour des décisions dont ils n'ont pas à assumer la responsabilité.

Tant que vous serez capable d'exprimer vous-même votre volonté, vos directives anticipées ne seront pas consultées. Leur contenu est strictement personnel et confidentiel. Elles ne seront pas consultées que par vos médecins, votre personne de confiance et éventuellement les autres personnes de votre choix.

Vous pouvez **parler de vos directives anticipées avec votre médecin traitant** pour qu'il vous aide dans votre démarche ; il vous expliquera les options possibles, en particulier le souhait ou le refus d'un endormissement intermittent, temporaire ou profond et permanent jusqu' à la mort. Les professionnels de l'Ehpad (cadre de santé / infirmières, psychologue) seront là aussi pour vous aider et répondre à vos éventuels questionnements. **Le professionnel de santé se doit de respecter et prendre en compte vos directives anticipées,** conformément à la législation en vigueur. Elles sont valables sans limite de temps mais vous pouvez **les modifier ou les annuler** à tout moment (un formulaire est à votre disposition si besoin).

Les soins et traitements adaptés visant au soulagement de la douleur et des autres manifestations d'inconfort (difficultés respiratoires, angoisse, souffrance psychologique...) sont la priorité des professionnels de santé et vous seront dispensés sauf avis contraire de votre part dans vos directives anticipées. Ces professionnels assureront votre accompagnement et si besoin celui de vos proches.



**Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, la personne de confiance a une mission d'accompagnement et peut si vous le souhaitez :**

- Vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;
- Assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas ;
- Prendre 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.

**Si vous n'êtes plus en mesure physique d'écrire seul**, il existe des formulaires de désignation et de révocation de la personne de confiance qui sont à remplir par deux témoins. Disponible auprès du cadre de santé ou du médecin de votre service.

**Lorsque vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, la personne de confiance a une mission de référent auprès de l'équipe médicale :**

- Elle n'exprime pas des propres souhaits mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions de façon précise et fidèle. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches...), même en cas de désaccord de la famille. Elle sera votre porte-parole.
- Elle sera 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. Les décisions concernant vos traitements appartiennent au médecin, sous réserve de vos directives anticipées, et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.
- Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin si vous les lui aviez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient.
- En l'absence de directives anticipées, le médecin a l'obligation de consulter votre personne de confiance dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté afin de connaître vos souhaits relatifs à la fin de vie. A défaut de personne de confiance, un membre de votre famille ou un proche serait consulté.
- **Dans le cas particulier d'une personne faisant l'objet d'une mesure de tutelle ; se référer à l'article 9 du code de la santé publique Article L.1111-6 (soumis à autorisation du juge des tutelles)**

*NB : Dans le cas très particulier où une recherche biomédicale est envisagée dans les conditions prévues par la loi, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, l'autorisation de votre personne de confiance sera en revanche requise.*



## Formulaire de Rédaction de « Mes Directives Anticipées »

(Mentionnées à l'Article L.1111-11 du Code de Santé Publique)

### Je soussigné(e),

Nom et prénoms : .....

Souhaite rédiger mes directives anticipées après mûre réflexion pour le cas où je ne serais plus en mesure de formuler ma volonté.

- J'ai nommé une personne de confiance :  oui  non
- Si personne de confiance, nom et prénom : .....
- J'ai confié mes directives anticipées à : .....
- Les présentes directives anticipées remplacent une précédente :  oui  non

### Alimentation et hydratation

- Je souhaite bénéficier d'une nutrition au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou d'une perfusion intraveineuse.
- Je ne sais pas si je désire poursuivre ou non l'alimentation ou l'hydratation par des moyens artificiels.
- Je refuse d'être alimenté ou hydraté par un moyen artificiel

### Traitement de la douleur et des symptômes de fin de vie

- Je demande que l'on soigne mes douleurs et tous les autres symptômes (les nausées, la peur, l'agitation, la détresse respiratoire...) en acceptant si besoin une perte de conscience intermittente, transitoire ou continue due à la thérapie (sédation).
- Je souhaite conserver un état de vigilance et la capacité de communiquer, même si je dois ressentir une part de douleur. Je refuse la sédation.

### Réanimation

- Je souhaite que tout soit fait pour me maintenir en vie qu'importe mon état
- J'accepte une hospitalisation si celle-ci a pour but de me soulager ou d'améliorer ma qualité de vie dans la mesure où l'EHPAD ne peut pas y parvenir
- Je refuse toute hospitalisation et toute procédure de réanimation ou d'appel ou SAMU qui n'aurait pas pour but d'améliorer ma qualité de vie



Lieux de soins médicaux et assistances

Je souhaite mourir au sein de l'EHPAD si ce dernier peut gérer tout symptômes désagréables

Je souhaite mourir au centre hospitalier quel que soit mon état

Je souhaite être entouré des personnes suivantes si cela est possible

.....  
.....

Je souhaite avoir l'accompagnement d'une équipe en soins palliatifs et qu'il soit fait appel à un organisme extérieur si le médecin de l'EHPAD le juge utile.

Spiritualité

Je désire bénéficier d'une assistance religieuse : .....

Je désire l'accompagnement d'une association : .....

Autres : .....

Don d'organes

Je souhaite faire don et autorise le prélèvement de tous mes organes

J'autorise uniquement le prélèvement de : .....

Je ne souhaite pas faire don de mes organes

Démarche post-mortem

Un contrat obsèques est signé : .....

Autres démarches : .....

Expression libre (vous pouvez rédiger une feuille à part)

Fait à ....., le .....

Signature



## Formulaire de modification ou annulation de mes Directives anticipées

**Je soussigné(e),**

Nom et prénoms : .....

- Je souhaite modifier mes directives anticipées datées du .....
- Je demande à la personne ou à l'établissement qui les a conservées de les détruire
- Je demande à récupérer mes anciennes directives anticipées pour les détruire moi-même
- Je déclare annuler mes directives anticipées datées du .....

Fait à ....., le .....

Signature

Cosignature de la personne de confiance