

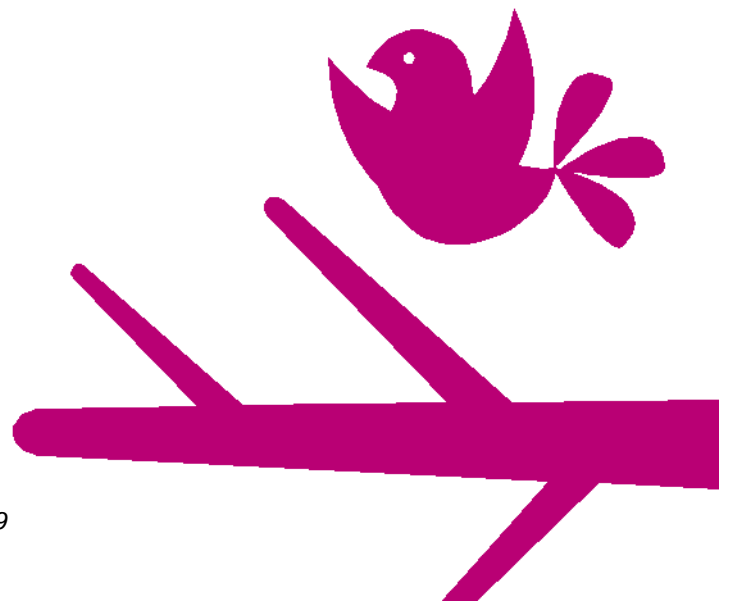


les deux séquoias

EHPAD DE BOURDEILLES

DIRECTIVES ANTICIPEES

« J'exprime par écrit mes volontés pour ma fin de vie »



Avis favorable du Conseil de la Vie Sociale du 21/06/2019

Avis favorable du Comité Technique d'Etablissement du 21/06/2019

Délibéré par le Conseil d'administration du 25/06/2019

Préambule

Les directives anticipées sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements ou les actes médicaux que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus communiquer après un accident grave ou à l'occasion d'une maladie grave.

Elles concernent les conditions de votre fin de vie, c'est-à-dire de poursuivre, limiter, arrêter ou refuser les traitements ou actes médicaux.

Même si envisager à l'avance cette situation est toujours difficile, il est important et rassurant d'y réfléchir.

Toute personne majeure peut les rédiger. Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, l'autorisation préalable du Juge ou du Conseil de famille est nécessaire.

Mais écrire vos directives anticipées n'est pas une obligation.

Elles sont valables sans limite de temps, mais vous pouvez les modifier ou les annuler à tout moment.

Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous aide dans votre démarche, ainsi que dialoguer avec vos proches.

C'est également l'occasion de désigner votre personne de confiance : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées, ou si elles se trouvaient difficilement accessibles à ce moment.

Il est important d'informer votre médecin et vos proches de leur existence et de leur lieu de conservation, afin qu'elles soient facilement accessibles.

Références :

- Articles L 1111-11, R 1111-18 et 19 du code de santé publique
- Loi n°2016-87 du 02 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
- Décret n°2016-1067 relatif aux directives anticipées

Pour en savoir plus :

- has-sante.fr
- service-public.fr
- solidarites-sante.gouv.fr

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| I. MON IDENTITE | 7 |
| II. GUIDE d'appui pour m'aider à l'élaboration de mes directives anticipées..... | 7 |
| III. MES DIRECTIVES ANTICIPEES..... | 9 |
| 3.1 : 1ère possibilité : Dans le cas où je suis atteint d'une maladie grave ou je pense être proche de la fin de ma vie..... | 9 |
| 3.2 : 2ème possibilité : Dans le cas où je pense être en bonne santé ou je ne suis pas atteint d'une maladie grave | 10 |
| IV. CAS PARTICULIERS..... | 11 |
| V. DESIGNATION DE MA PERSONNE DE CONFIANCE..... | 11 |
| VI. MODIFICATION OU ANNULATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPEES..... | 12 |
| VII. INFORMATIONS OU SOUHAITS que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées | 12 |

I. MON IDENTITE

Nom et prénoms :

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**

Veillez joindre la copie de l'autorisation.

II. GUIDE d'appui pour m'aider à l'élaboration de mes directives anticipées

Mettez pour chaque item la croix correspondant à votre choix de priorité. Les choix « très importants » constitueront la trame de votre rédaction sur le document, ci-joint. Cette liste est non exhaustive.

| | Très important | Important | Moins important |
|---|----------------|-----------|-----------------|
| Etre soulagé de la douleur | | | |
| Ne pas avoir d'angoisse | | | |
| Maintenir ma dignité | | | |
| Ne pas être essoufflé | | | |
| Ne pas être branché à des machines | | | |
| Avoir un contact humain | | | |
| Avoir ma famille avec moi | | | |
| Avoir quelqu'un qui m'écoute | | | |
| S'occuper des affaires non réglées avec ma famille / mes amis | | | |
| Pouvoir parler de ce qui me fait peur | | | |
| Etre conscient jusqu'au bout | | | |
| Avoir un médecin qui me connaît et me comprend | | | |
| Avoir confiance en mon médecin | | | |
| Avoir une personne qui connaît mes valeurs et mes priorités | | | |
| Pouvoir dire adieu aux personnes qui comptent pour moi | | | |
| Ne pas être une charge pour ma famille | | | |
| Avoir des soignants avec lesquels je me sente à l'aise | | | |

| | Très important | Important | Moins important |
|--|----------------|-----------|-----------------|
| Garder mon sens de l'humour | | | |
| Avoir préparé mes obsèques | | | |
| Avoir le sentiment que ma vie a un sens | | | |
| Ne pas mourir seul | | | |
| Etre traité selon mes souhaits | | | |
| Etre endormi à la fin | | | |
| Rester propre | | | |
| Etre capable d'aider les autres | | | |
| Prévenir les conflits en m'assurant que ma famille sait ce que je veux | | | |
| Avoir ma famille préparée à ma mort | | | |
| Avoir des amis proches à mes côtés | | | |
| Etre capable de parler de ce que la mort signifie | | | |
| Mourir chez moi | | | |
| Etre accompagné sur le plan religieux ou spirituel | | | |
| Avoir mes affaires financières en ordre | | | |
| Savoir comment ma maladie va évoluer et comment mon corps va changer | | | |
| Etre en paix avec dieu | | | |
| Méditer / prier | | | |
| Etre en paix avec moi-même | | | |
| Pouvoir prendre les décisions qui me concernent jusqu'au bout | | | |
| Etre le premier informé de ma situation | | | |
| Pouvoir choisir qui me voit si je suis très dégradé | | | |
| Donner mes organes | | | |

Autres souhaits :

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Je rédige mes directives anticipées dans le document qui suit en appui des souhaits ci-dessus, qualifiés de « très importants ».

III. MES DIRECTIVES ANTICIPEES

3.1 : 1ère possibilité : Dans le cas où je suis atteint d'une maladie grave ou je pense être proche de la fin de ma 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 coma ou phase terminale d'une maladie).**

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 :

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

- **A propos des actes et des 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 arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.***

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale
- Une intervention chirurgicale
- Autre

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

- Assistance respiratoire :
- Dialyse rénale :
- Alimentation et hydratation artificielles :
- Autre

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

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

- **A propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.**

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

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

Fait le :

à :

Signature :

3.2 : 2ème possibilité : Dans le cas où 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 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 :

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

- **A propos des actes et des 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 arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.***

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardiorespiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

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

- **A propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.**

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

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

Fait le : à :

Signature :

IV. CAS PARTICULIER

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

- Témoin n°1 :

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 le : à :

Signature :

- Témoin n°2 :

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 le : à :

Signature :

V. DESIGNATION DE MA PERSONNE DE CONFIANCE⁽¹⁾

Si vous ne l'avez pas déjà fait, un formulaire est à votre disposition pour vous permettre de désigner votre personne de confiance.

La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si ces dernières se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

(1) : *personne de confiance au sens de l'article L.1111-06 du code de la santé publique Cf annexe 1 du fascicule « Personne de confiance ».*

VI. MODIFICATION OU ANNULATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

- Si vous modifiez vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médico-social qui les a conservées de supprimer ou de détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.

- ou déclare sur l'honneur annuler mes directives anticipées datées du

Fait le : à :

Signature :

VII. INFORMATIONS OU SOUHAITS que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans le formulaire ci-après, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître :

- Certaines informations (par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches)
- Certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie, ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours)

Je les écris ici :

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

Fait le : à :

Signature :

