

	<b>DQGR / COMMUNICATION</b>	INFO DRP 001	
	<b>DESIGNER VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE ET ECRIRE VOS DIRECTIVES ANTICIPEES</b> Processus : Droit des patients	Date de version 20/01/2017	Page 1 sur

Version	Date d'application	ETAPE DU DOCUMENT (création – modification)
01	04/01/2013	Création
02	04/01/2014	Actualisation
03	20/01/2016	Actualisation

Rédigé par :	Vérifié par :		Approuvé par :
I. CHARUEL  Marion BERTHO	L'équipe EMASSP	Comité de lecture BOQGR	Marie-Agnès SCHERRER
Fonction : THS Communication  Responsable des Relations avec les Usagers	Fonction :	Fonction :	Fonction : Directrice Qualité et Gestion des Risques
Date :	Date :	Date :	Date :

Code de la santé publique : Article L111-6

Code de l'action sociale et des familles : Article L. 311-5-1

## Qui peut la désigner ?

Tout personne majeure peut désigner sa personne de confiance. Pour les personnes bénéficiant d'une mesure de protection judiciaire (*tutelle, curatelle...*), la désignation de la personne de confiance est soumise à l'autorisation du conseil de famille ou du juge des tutelles.

## Quel est son rôle ?

La personne de confiance, par la loi du 04/03/2002, a un double rôle :

- **Exprimer VOTRE volonté au cas où vous ne seriez plus en état de le faire vous-même** pour guider le médecin dans sa prise de décision, notamment en l'absence de directives anticipées ;
- La possibilité de **vous accompagner lors des entretiens avec les médecins** afin de vous aider à prendre des décisions et **vous soutenir dans vos démarches**.

## Qui peut-elle être ?

Il peut s'agir d'un membre de votre famille, d'un proche, ou de votre médecin traitant. Il s'agit d'une personne unique.

## Quand doit-elle être désignée ?

Elle doit être désignée avant ou au cours de votre hospitalisation.

## Quelle est son utilité ?

Votre état de santé pendant la durée de votre hospitalisation ne vous permettra peut-être pas toujours de faire connaître vous-même votre volonté. La personne de confiance que vous aurez désignée sera sollicitée par le(s) médecin(s) s'occupant de vous pour toute décision médicale vous concernant afin de relayer votre parole.

**Vous pouvez lui confier vos directives anticipées.** Elle recevra toutes les informations médicales nécessaires vous concernant pour qu'elle puisse rendre compte de vos souhaits et volonté.

Vous êtes cependant libre de décider des informations que vous souhaitez qu'elle connaisse ou non : il vous faut l'indiquer précisément au médecin qui s'occupe de vous.

La personne de confiance a donc une certaine responsabilité. Si vous la désignez, vous devez :

- La prévenir de sa désignation et de son rôle.
- L'informer que son nom et ses coordonnées figureront dans votre dossier médical et administratif, informatisé pour qu'elle puisse être jointe en cas de besoin.
- Lui indiquer vos souhaits et votre volonté dans certaines circonstances graves qui pourraient survenir.

## Sa désignation est-elle obligatoire et définitive ?

Vous n'êtes pas obligé de désigner une personne de confiance : le médecin s'adressera alors naturellement aux membres les plus proches de votre famille.

Sa désignation n'est pas définitive, elle n'est valable que pour l'hospitalisation en cours, à moins que vous n'en disposiez autrement. Vous pouvez la révoquer à tout moment, par écrit.

La "personne de confiance" peut être distincte de la "personne à prévenir" car leurs rôles diffèrent (*par ex. la personne à prévenir peut être sollicitée pour organiser votre sortie*).

## Comment faire ?

Si vous décidez de désigner une personne de confiance, vous pouvez remplir, dater et signer le document au verso, et le remettre au médecin qui s'occupe de vous.

Il sera conservé dans votre dossier médical.



## Partie renseignée par le soignant à l'admission

Ne peut pas désigner une personne de confiance :

- Mineur
- En raison de son état de santé à l'admission

Peut désigner une personne de confiance sous conditions d'accord du Juge des Tutelles ou du Conseil des familles :

- Majeur sous tutelle

Renseigné à Béziers, le .....

Par (Nom/ fonction) : .....

Signature :

## Partie renseignée par le patient et sa personne de confiance

Je soussigné(e) :

Nom, Prénom .....

Né(e) le : .....

désigne :

M., Mme : .....

Né(e) le : .....

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

Domicilié(e) : .....

Téléphone : .....

comme ma personne de confiance.

- je souhaite que cette nomination se prolonge au-delà de cette hospitalisation  Oui  Non

- je lui ai confié mes directives anticipées :  Oui  Non

Fait à Béziers, le .....

Signature patient :

Cosignature personne  
de confiance :

Si vous êtes dans l'impossibilité de désigner vous-même votre personne de confiance, **2 témoins peuvent attester que la désignation de la personne de confiance décrite dans le formulaire ci-dessus est bien l'expression de votre volonté libre et éclairée.**

### 1<sup>ER</sup> TÉMOIN

Nom, prénom : .....

atteste que la désignation de :

Nom, prénom : .....

comme personne de confiance en application de l'article L311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Nom, prénom : .....

A , Date

Signature

### 2<sup>ÈME</sup> TÉMOIN

Nom, prénom : .....

atteste que la désignation de :

Nom, prénom : .....

comme personne de confiance en application de l'article L311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Nom, prénom : .....

A , Date

Signature

Code de la santé publique : Articles l. 1111-4, l.1111-11 & l. 1111-13,  
Articles r. 1111-17 à r. 1111-20, Articles r. 1112-2 & r. 4127-37.

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une **déclaration écrite**, appelée "directives anticipées", afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment là, en capacité d'exprimer sa volonté.

## A quoi servent les directives anticipées ?

Dans le cas où, en fin de vie, vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en cours.

## Quelles sont les conditions pour que mes directives anticipées soient prises en compte ?

### 1. Condition d'âge

Vous ne pouvez rédiger des directives anticipées que si vous êtes majeur(e).

### 2. Conditions de forme

Le document doit être écrit et authentifiable. **Vous devez écrire vous-même vos directives.** Elles doivent être datées et signées et vous devez préciser vos noms, prénoms, date et lieu de naissance (cf. proposition de formulaires).

**Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à deux témoins** – dont votre personne de confiance, si vous en avez désigné une - qui attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée. Ces témoins doivent indiquer leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives.

### 3. Conditions de fond

L'auteur du document doit être en état d'exprimer sa volonté libre et éclairée au moment de sa rédaction.

Si vous le souhaitez, **vous pouvez demander au médecin** à qui vous confiez vos directives pour les insérer dans votre dossier, **d'y joindre une annexe attestant que vous êtes en état d'exprimer votre volonté et qu'il vous a donné les informations appropriées.** Elles sont valables sans limite de temps, mais sont modifiables à tout moment, les dernières en date faisant foi.

## Quel est le poids de mes directives anticipées dans la décision médicale ?

Si vous avez rédigé des directives anticipées, **le médecin doit les respecter.** Toutefois, il pourra passer outre vos directives dans deux cas : l'urgence vitale (*hors période d'évaluation*) ou si celles-ci paraissent manifestement inappropriées.

Ce document prévaut cependant sur tout autre avis non médical, y compris celui de la personne de confiance.

*En cas d'hospitalisation, vous pouvez confier vos directives anticipées au médecin qui vous prend en charge afin qu'il puisse en prendre connaissance facilement. Elles seront conservées dans le dossier comportant vos informations médicales.*

OUI, j'ai rédigé mes directives anticipées :

J'ai remis un exemplaire à :

Dr / M. / Mme .....

Fait à Béziers, le .....

Signature du patient :

NON, je n'ai pas rédigé mes directives anticipées

Pour plus de renseignements :

- Guide d'aide à la rédaction des directives anticipées de la Haute Autorité de Santé : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/directives\\_anticipees\\_concernant\\_les\\_situations\\_de\\_fin\\_de\\_vie\\_v16.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/directives_anticipees_concernant_les_situations_de_fin_de_vie_v16.pdf)
- Modèle du Ministère de la santé : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32010>

- à l'hôpital, l'équipe mobile d'accompagnement, de soutien et de soins palliatifs peut vous guider dans leur rédaction : **EMASSP Tél. 04 67 35 72 74**

# MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e) (nom-prénom) : .....  
Né(e) le : ..... à : .....  
énonce ci-dessous mes directives anticipées **pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté.**

## Mes volontés sont les suivantes :

1. à propos des **situations** dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir 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 : .....

2. à propos 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 être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant pas d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc si **j'accepte ou si je refuse que de tels actes soient entrepris** : (par exemple : réanimation cardio-respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) : .....

3. à 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 d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès : .....

4. j'ai d'autres souhaits avant ou après ma mort (ex. accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes\*...)

Fait à ..... Le .....

Signature :

\* nous sommes tous présumés donneurs d'organes sauf si l'on s'y oppose, dans ce cas il faut s'inscrire sur le Registre national des Refus.  
Plus d'infos : [www.donsdorganes.fr](http://www.donsdorganes.fr)

Le patient étant dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, **les 2 témoins attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.**

1<sup>er</sup> témoin - Nom, prénom : .....

2<sup>ème</sup> témoin - Nom, prénom : .....

Qualité : .....

Qualité : .....

Date .....

Date .....

Signature

Signature

Conservation :  Je conserve mes directives anticipées.

Je confie mes directives anticipées à : .....