

# LES DIRECTIVES ANTICIPEES

## J'exprime par écrit mes volontés

### JE VEUX REDIGER MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je suis **majeur**

En bonne santé ← Malade → En fin de vie

Les directives anticipées expriment *la volonté de la personne relative à sa fin de vie* en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement et d'actes médicaux.

*Elles remplaceront votre parole si celle-ci devenait impossible.*



Elles doivent être écrites sur papier libre ou sur formulaire, datées et signées.

*Elles ne sont pas obligatoires.*

Elles sont *révisables et révocables à tout moment et par tout moyen.*

Elles s'imposent au médecin pour toutes décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement, *sauf* :

◆ *En cas d'urgence vitale* pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation

◆ Lorsque les directives anticipées apparaissent *manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.*

L'équipe médicale doit être au courant des directives anticipées et *le médecin est dans l'obligation de les respecter.*



Elles sont conservées par l'équipe médicale, le médecin traitant, la personne de confiance, le patient et son entourage.

*Elles doivent être facilement accessibles*

Sources : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



Si une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, *elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille.*

Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.



*Si vous ne pouvez pas les écrire :*

Demandez à quelqu'un de le faire *devant vous et devant deux témoins.*

L'un d'eux doit être votre personne de confiance si vous l'avez désignée.

### SI JE N'AI PAS REDIGE MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Les soins et traitements de confort seront poursuivis, votre douleur sera traitée et apaisée .

La loi demande aux médecins de *ne pas commencer ou poursuivre des traitements qui leur sembleraient déraisonnables.*

Le médecin consultera la personne de confiance si elle est désignée, la famille ou les proches afin de connaître votre volonté.

*Toute décision sera prise de façon collégiale, après avoir consulté également un second médecin et avoir concerté l'équipe de soins.*

Pour aller plus loin : [www.service-public.fr](http://www.service-public.fr)

# MA PERSONNE DE CONFIANCE

# &

# MES DIRECTIVES ANTICIPEES

**N'HÉSITEZ PAS**

**A EN PARLER AVEC**

**VOTRE MÉDECIN TRAITANT**

**ET / OU**

**VOTRE ÉQUIPE DE SOINS**

Conçu par le groupe soins palliatifs des filières gériatriques et l'Association SPAD — 2018

Filières *Gérontologiques*

Anney • Rumilly • Saint-Julien • Pays de Gex • Bellegarde

■ ■ ■ SPAD

Sources : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Pour aller plus loin : [www.service-public.fr](http://www.service-public.fr)

## FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

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

---

---

---

### Nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénom :

---

Adresse :

---

---

---

---

Téléphone : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Portable : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Email :

---

@

→ 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

A **conserver** et **remettre une copie**  
à votre équipe médicale et de soins

# LA PERSONNE DE CONFIANCE

## Mon porte-parole

### ⇒ ELLE EST MAJEURE

#### Elle peut être :

- ◇ Un membre de la famille,
- ◇ Un proche ami,
- ◇ Un médecin traitant.

La personne de confiance a une mission *d'accompagnement et de confidentialité*. Elle a aussi une mission de *référént auprès de l'équipe médicale*.

Il est *important* que la personne de confiance ait *compris son rôle et donné son accord pour cette mission*.



Elle prend  
la *responsabilité d'exprimer*  
*votre volonté*  
si vous ne pouvez plus le faire.

*Informez les professionnels de santé* du nom et des coordonnées de ma personne de confiance.



Sources : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Désignée à tout moment *par écrit sur papier libre, daté et signé*.

Il faut indiquer :

- ◇ Ses noms et prénoms,
- ◇ Ses coordonnées pour être joignable.

*Elle doit cosigner le document.*



Vous pouvez *changer d'avis et / ou de personne de confiance à tout moment* en le précisant par écrit (ou oralement devant 2 témoins qui l'attesteront par écrit).

## J'AI CHOISI MA PERSONNE DE CONFIANCE

Elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées.

Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements mais témoignera de vos souhaits.

*Elle est votre porte-parole.*

Pour aller plus loin : [www.service-public.fr](http://www.service-public.fr)