

Vos droits

dans les cliniques et hôpitaux privés



Directives anticipées

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



+ Qui peut rédiger les directives anticipées ?

- Une personne majeure peut rédiger ses directives anticipées. Ces directives seront utilisées dans le cas où vous ne serez plus apte à exprimer votre volonté.
- Les directives anticipées ne peuvent être rédigées et signées que par vous-même. Votre médecin peut vous informer des modalités de rédaction.
- Lorsque vous faites l'objet d'une mesure de tutelle, vous pouvez rédiger vos directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du Conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni vous assister ni vous représenter à cette occasion.

+ Rédaction et forme des directives anticipées

La rédaction des directives anticipées est un document écrit, daté et signé par vous.

Elles sont rédigées conformément à un modèle, il existe deux types de modèles de directives anticipées (voir en annexe). Un concernant le cas où vous seriez atteint d'une maladie grave et/ou proche de la fin de votre vie et un autre concernant le cas où vous seriez en bonne santé. En l'absence de directives anticipées, votre médecin doit donc rechercher d'autres modes d'expression de votre volonté. Ceux-ci n'auront cependant pas la force contraignante des directives anticipées écrites.

Elles peuvent être à tout moment, soit révisées, soit révoquées (le document le plus récent l'emporte).

+ Cas particulier

Lorsque vous êtes en état d'exprimer votre volonté mais que vous êtes dans l'impossibilité d'écrire et de signer vous-même le document, vous pouvez demander à deux témoins d'attester que le document qui n'a pas été rédigé par vous-même est l'expression de votre volonté libre et éclairé (voir en annexe le formulaire).

+ Contenu des directives anticipées

Les directives anticipées comportent les informations suivantes :

- Les éléments d'identification relatifs à vous-même,
- Les éléments d'identification de la personne de confiance (si vous en avez désigné une),
- Le cas échéant, les mentions relatives aux autorisations nécessaires en cas de mesures de tutelle,
- Votre volonté sur les décisions médicales relatives à votre fin de vie concernant les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux dans le cas où vous ne seriez plus en capacité de vous exprimer.

+ Conservation des directives anticipées

Vos directives anticipées peuvent être gardées par vous-même, être confiées à votre personne de confiance (à défaut à votre famille ou à l'un de vos proches). Elles sont conservées par votre médecin traitant ou encore dans votre dossier médical au sein de l'établissement.

+ La portée des directives anticipées

Les directives anticipées s'imposent à votre médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque vos directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par votre médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale, est prise à l'issue **d'une procédure collégiale** : une concertation est organisée avec les membres présents de l'équipe de soins qui vous prennent en charge et avec la participation d'un autre médecin, appelé en qualité de consultant et sans lien hiérarchique avec votre médecin. La décision est inscrite dans votre dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance que vous avez désignée ou, à défaut, de votre famille ou de l'un de vos proches.



Fédération de l'Hospitalisation privée
106 rue d'Amsterdam
75009 Paris

Avril 2017

Contact : Dominique-Chantal Dorel

Directrice

Tél. 01 53 83 56 54 - dominique.dorel@fhp.fr

Relations
usagers



FHP

FÉDÉRATION DE
L'HOSPITALISATION
PRIVÉE



Mon identité

Monsieur, Madame (NOM, prénom) :

Né(e) le : à :

Adresse postale :

CP : Ville :

Fait à

Le

Signature :

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

J'ai l'autorisation du Conseil de famille : Oui Non

Fait à

Le

À FOURNIR :
COPIE DE L'AUTORISATION

Signature :

Mes directives anticipées - Modèle A

Conformément à l'arrêté du 3 août 2016

Je suis atteint d'une maladie grave 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 :

1 - À propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en 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 :

2 - À 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 être 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 :
- 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 (tube pour respirer) :
- Alimentation et hydratation artificielles :
- Autre :

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 ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

3 - À propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui 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 :

Fait à

Le

Signature :

Mes directives anticipées - Modèle B

Conformément à l'arrêté du 3 août 2016

Je pense être en bonne santé 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 :

1 - À 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 :

2 - À 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 être 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 cardio respiratoire, assistance 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 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 :

Fait à

Le

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 deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1

Monsieur, Madame (NOM, prénom) :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Monsieur, Madame (NOM, prénom) :

Fait à

Le

Signature :

Témoin 2

Monsieur, Madame (NOM, prénom) :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Monsieur, Madame (NOM, prénom) :

Fait à

Le

Signature :

Modification ou annulation de mes directives anticipées

Je soussigné(e) Monsieur, Madame (NOM, prénom) :

- Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou 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 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 devant deux personnes désignées comme le prévoit le cas particulier décrit dans la partie « CAS PARTICULIER ».

Annexe

Information ou souhaits que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans l'un des modèles ci-avant, 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 à

Le

Signature :