

Livret d'accueil



CSAPA de Grasse
Centre de Soins
d'Accompagnement et de
Prévention en Addictologie

Centre Hospitalier de Grasse, Bâtiment les Chênes verts, Entrée E1,
28 chemin de Clavary, 06130 GRASSE
Tel : 04 93 09 56 83
service.addictologie@ch-grasse.fr

NOS MISSIONS

Le décret du 14 mai 2007 prévoit 4 missions obligatoires que doivent proposer les CSAPA : l'accueil, l'information, l'évaluation médico-psycho-sociale et l'orientation de l'utilisateur.

Prise en charge des addictions :

L'équipe pluridisciplinaire a pour mission la prise en charge des personnes, en démarche personnelle ou sur décision judiciaire, confrontées à un problème d'usage d'une ou de plusieurs substances psychoactives (alcool, cannabis, médicaments, cocaïne, héroïne, etc.) ou d'addiction sans substance (jeux, achats compulsifs, etc.), ainsi que la réduction des risques et dommages liés aux conduites addictives.

Prise en charge des soins :

- Accueil, écoute, information, orientation
- Prise en charge individuelle
- Activités de groupe
- Consultation hépatite C
- Délivrance de traitement
- Consultation Jeunes Consommateurs (12 – 25 ans)
- Groupe de soutien à l'entourage
- Groupe de parole

Actions de préventions :

- Information et sensibilisation tous publics
- Intervention auprès des jeunes (collèges, lycées, foyers)

Actions de formations :

- Formation de professionnels en intra-hospitalier
- Formation de professionnels en extra-hospitalier (scolaires, médicaux, sociaux)

L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

Le CSAPA est composé de :

- Chef de service, Docteur G. SAUVIN
- Médecins spécialisés en addictologie
- Cadres de santé
- Psychologue
- Infirmiers
- Assistante sociale
- Secrétaire

La composition de l'équipe permet de prendre en compte tous les aspects de la prise en charge tant sur le plan médical, social et psychologique. Le CSAPA appartient au pôle Médecine dont le responsable est le Docteur DIDES.

L'ACCUEIL

Le CSAPA vous accueille du lundi au vendredi de 9h00 à 12h30 et de 14h00 à 17h00.

- En présentielle au CSAPA du Centre Hospitalier de Grasse, Bâtiment Les Chênes Verts, entrée E1, 28 Chemin de Clavary, 06130 Grasse
- Par téléphone au 04.93.09.56.83
- Par courriel à l'adresse : service.addictologie@ch-grasse.fr

Principe d'accueil : gratuité des soins, confidentialité et anonymat.

Consultations uniquement sur rendez-vous.

Chaque demande, après évaluation, donne lieu soit à une proposition d'accompagnement personnalisé, soit à une orientation vers la ou les structures adaptées.

VOS DROITS

- **Droit d'accès et de rectification**

Conformément aux dispositions de la Loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 vous pouvez exercer un droit d'accès et de rectifications aux données vous concernant. Vous pouvez également vous opposer, pour des raisons légitimes, au recueil et au traitement de données nominatives vous concernant.

- **Droit d'accès à votre dossier médical**

Articles L111-7 et R1111-2 à R1111-9 du Code de la Santé Publique

Un dossier de l'utilisateur est constitué au sein du CSAPA. Il comporte toutes les informations de santé vous concernant. Il vous est possible d'accéder à ces informations, en renseignant un formulaire type de demande. Les professionnels du CSAPA peuvent vous remettre ce formulaire et/ou vous orienter vers le service en charge de la procédure. La consultation du dossier est gratuite. Si vous souhaitez obtenir une copie d'éléments de votre dossier, seuls les frais de copie (et d'envoi à votre domicile si vous le souhaitez) sont à votre charge. La mise à disposition des informations ne peut se faire avant un délai minimum de 48 heures (délai de réflexion). Le délai réglementaire de transmission est de 8 jours pour des dossiers de prise en charge datant de moins de 5 ans et de 2 mois pour les informations datant de plus de 5 ans. Conformément à la réglementation, votre dossier médical est conservé pendant 20 ans à compter de votre dernière consultation.

- **Plaintes, réclamations**

Si vous n'êtes pas satisfaits de votre prise en charge, nous vous invitons à vous adresser directement au chef de service ou au cadre de santé. Si cette démarche ne vous apporte pas satisfaction, vous pouvez demander à rencontrer le directeur en charge des relations avec les usagers. Si besoin, vous pouvez faire appel à une personne qualifiée (article L 311-5 du Code de l'action sociale et des familles). La personne qualifiée est nommée conjointement par le Directeur de l'ARS et le Président du Conseil général.

CHARTRE DE L'USAGER AU CSAPA

Le CSAPA s'engage à offrir aux usagers qu'il accueille les moyens adaptés en termes d'organisation, de compétence, de qualité de l'accueil et de conformité des lieux, permettant d'assurer une prise en charge adaptée à leurs besoins. La charte de l'utilisateur a pour objectif de garantir ses droits fondamentaux et notamment la dignité, la protection, la sécurité des personnes. Elle vise à rendre la personne actrice de son parcours d'accompagnement et de son devenir.

Références éthiques

- **Dignité** : La personne est accueillie et accompagnée dans le respect de son identité physique, morale, affective et spirituelle. La personne est considérée et reconnue dans le respect de sa culture d'origine, de ses croyances et de son histoire.
- **Droits des usagers** : La personne bénéficie d'un droit de parole et d'écoute. Ce droit est fondateur de l'élaboration du projet de soins individualisé, il concourt à la qualité relationnelle et la reconnaissance de la personne dans sa singularité.
- **Devoir d'information** : Le CSAPA a un devoir d'information envers les usagers sur le contenu et les modalités de leur prise en charge. Le projet d'établissement et le règlement intérieur sont écrits et portés à la connaissance des usagers dans une volonté de transparence.
- **Confidentialité** : Tous les professionnels de la structure sont tenus au secret professionnel.

Principes méthodologiques :

- **Projet individualisé** : La personne est reconnue dans sa différence et ses potentialités. Tout accompagnement fait l'objet d'un projet individualisé qui prend en compte la globalité de son parcours de vie. Cette approche globale prend en considération l'environnement affectif, familial et social et la personne.
- **Relation contractuelle** : L'accompagnement ou la prise en charge de l'utilisateur se fonde sur un engagement volontaire et réciproque entre l'accompagnant et l'accompagné. Cet engagement implique l'élaboration d'une relation de confiance indispensable à la construction du projet individualisé. Ce projet est formalisé par un contrat de soins, éventuellement écrit et signé par l'utilisateur et par le représentant de l'équipe.

REGLEMENT INTERIEUR DU CSAPA

Le CSAPA est un lieu de parole où les échanges avec les intervenants se font dans un climat de sérénité et de confiance. Selon la loi du 31 décembre 1970, les soins sont délivrés gratuitement.

- **Salle d'attente**

A l'entrée du CSAPA une salle d'attente est dédiée aux patients et à leur entourage. Les animaux ne sont pas admis dans le service.

- **Respect des horaires et des rendez-vous**

Les consultations se font sur rendez-vous. Merci d'en respecter les horaires. En cas d'impossibilité ou de retard veuillez avertir le secrétariat.

- **Respect de la confidentialité**

La prise en charge au centre implique le respect de la confidentialité. Vous pouvez demander lors de votre admission que l'anonymat soit respecté dans le dossier médical. Le secrétariat est le lieu de prise de rendez-vous. Les secrétaires ne reçoivent qu'une personne à la fois. Merci de patienter en salle d'attente.

- **Dossier du patient**

La confidentialité des informations est assurée conformément aux prescriptions du code de déontologie qui s'applique à l'ensemble du personnel travaillant au CSAPA. A l'occasion de la prise en charge au CSAPA, un certain nombre de renseignements administratifs et médicaux sont demandés. Ces informations sont classées dans le dossier individuel du consultant qui comporte également les informations de santé le concernant. Ces données sont traitées par informatique, sauf opposition de votre part.

- **Entretiens thérapeutiques**

Pour que les soins puissent avoir lieu dans les meilleures conditions, nous serons contraints de reportés ceux-ci en cas de prise de produits les perturbant.

- **Locaux et matériel**

Les conditions d'utilisation et l'accès aux locaux sont précisés par le personnel du CSAPA. Le maintien en bon état des locaux et du matériel participe au bien-être et à la sécurité de tous. Toute dégradation est interdite. Il est demandé à tous de respecter les règles d'hygiène. La consommation de produits licites et illicites est interdite dans les locaux du CSAPA.

- **Comportement**

Les personnes se rendant au CSAPA sont priées de ne pas perturber les entretiens en cours et de faire preuve de discrétion dans la salle d'attente. Les téléphones portables doivent être mis en mode silencieux ou éteints lors des entretiens. Toute violence est proscrite dans le service, quels qu'en soient les auteurs. Les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner une plainte auprès des autorités judiciaires. Pour votre sécurité et celle des autres nous vous recommandons d'utiliser les transports en commun en cas de prise de produits. Il est également possible de reporter votre rendez-vous.

- **Déplacements**


Les déplacements pour se rendre aux consultations ou séances collectives sont exclusivement sous la responsabilité de l'utilisateur.

PLAN D'ACCES



CSAPA - Centre Hospitalier de Grasse

Bâtiment les Chênes verts, Entrée E1,
28 Chemin de Clavary 06130 GRASSE

 **04.93.09.56.83**

Fax : 04.93.09.56.62



service.addictologie@ch-grasse.fr

ANNEXES

VOUS SOUHAITEZ DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé, il vous est possible de désigner une personne en qui vous avez toute confiance, pour vous accompagner lors de votre hospitalisation et vous aider à formuler vos souhaits.

Qu'est-ce qu'une personne de confiance

C'est une personne **désignée** par le patient qui :

- pourra, s'il le demande, **l'accompagner** dans ses démarches à l'hôpital, c'est-à-dire **assister** aux entretiens médicaux pour l'aider à prendre ses décisions,
- devra et sera la seule à être **consultée** par le médecin dans les cas où le patient ne serait plus en état de recevoir une information et d'exprimer sa volonté concernant les soins (sauf urgence ou impossibilité de la joindre).

Qui peut désigner une personne de confiance ?

Un patient majeur, à condition qu'il ne soit pas sous tutelle.

Est-ce obligatoire de choisir une Personne de Confiance ?

C'est une **possibilité** laissée au patient, et non une obligation.

Qui peut être une Personne de Confiance ?

N'importe quelle personne en qui le patient a **confiance** : « un parent, un proche ou le médecin traitant » et qui est d'accord pour **assumer** cette mission.

Cette personne devra garder confidentielles les informations médicales dont elle aura eu connaissance.

Comment la désigner ?

Le patient doit faire connaître son choix par écrit par le biais de ce formulaire.

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation. Cependant, le patient garde la possibilité de révoquer la personne de confiance à tout moment par écrit et d'éventuellement en désigner une autre.

Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique, issu de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

"Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci. »

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Art. L1111-6 de la loi du 4 Mars 2002 relative "aux droits des malades et à la qualité du système de santé".
Loi n°2005-370 du 22 Avril 2005 relative aux droits des malades en fin de vie.

Je soussigné(e) :

Nom

Nom de jeune fille

Etiquette

Prénom

Date de naissance/...../.....

Sexe : Féminin Masculin

Déclare avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance et décide de :

ne pas désigner de personne de confiance

désigner comme personne de confiance

COORDONNEES DE LA PERSONNE DE CONFIANCE DESIGNEE

Nom :	Prénom :
Téléphone fixe :	Téléphone portable :
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Lien de parenté (s'il y a lieu) ou qualité	Signature de la personne de confiance :

Le patient lui a fait part de ses volontés et directives anticipées

Fait à

le

Signature du patient :

*Ce document est à conserver dans le dossier patient.
Cette désignation ne concerne pas les mineurs ni les majeurs sous tutelle.*



Directives anticipées

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

1

Présentation¹

Des directives anticipées, pour quoi faire ?

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer. Si vous avez rédigé des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer.

Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile, voire angoissant. Mais il est important d'y réfléchir.

Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation.

► **Deux modèles sont proposés, selon que vous êtes actuellement bien portant ou atteint d'une grave maladie :**

Il n'est pas obligatoire de remplir tous les items du modèle et de désigner une personne de confiance. Il est possible de joindre d'autres pages si le document n'offre pas assez d'espace.

- un modèle A pour les personnes en fin de vie ou ayant une maladie grave
- un modèle B pour les personnes en bonne santé ou n'ayant pas de maladie grave.

L'utilisation d'un de ces modèles n'est pas obligatoire. Mais elle vous est recommandée afin de vous aider à exprimer clairement vos volontés.

¹ Si vous souhaitez prendre connaissance des textes légaux à ce sujet, ils figurent aux articles L. 1111-11 et R. 1111-18 et R. 1111-19 du code de la santé publique. Ils sont accessibles sur le site internet : www.legifrance.gouv.fr

► **Est-il possible d'exprimer des souhaits ou des volontés autres que les volontés de nature médicale qui sont mentionnées dans les modèles A et B ?**

Oui et la fiche numéro ③ vous est proposée à cet effet. Mais sachez que la loi a prévu que seules vos volontés de nature médicale constitueront des directives obligatoires pour les médecins qui s'occuperont de vous à la fin de votre vie. Par conséquent, ce que vous écrirez dans la fiche numéro ③ pourra être une information utile pour le médecin, mais ce ne sera pas une directive au sens de la loi.

► **Avec qui en parler ?**

Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous conseille dans la rédaction de vos directives. Il pourra vous aider à envisager les diverses situations qui peuvent se présenter en fin de vie. Il pourra vous expliquer les traitements possibles, leur efficacité, leurs limites ou leurs désagréments. Cela pourra éclairer votre choix.

Vous pouvez aussi vous rendre sur le site de la Haute Autorité de Santé qui donne des informations et des conseils pour rédiger vos directives anticipées : www.has-sante.fr

Vous pouvez également en parler avec votre personne de confiance, personne qui est en mesure de témoigner de vos volontés, avec d'autres professionnels de santé, avec des associations ou avec des proches en qui vous avez confiance.

► **Le médecin devra-t-il respecter vos directives ?**

Oui, c'est la loi : le médecin de même que tout autre professionnel de santé devra respecter les volontés exprimées dans vos directives anticipées, s'il arrive un jour que vous ne soyez plus en état de vous exprimer. Il ne pourra passer outre vos directives que dans les cas exceptionnels prévus par la loi².

► **Après avoir rédigé des directives, est-il possible de les modifier ?**

Oui. Les directives anticipées sont valables sans limite de temps mais vous pourrez toujours, à tout moment, les modifier dans le sens que vous souhaitez. En présence de plusieurs directives anticipées, le document le plus récent fera foi.

► **Où conserver vos directives ?**

Il est important qu'elles soient facilement accessibles.

Quel que soit votre choix, informez votre médecin et vos proches de leur existence et de leur lieu de conservation. Ainsi, le jour venu, le médecin qui vous accompagnera lors de la fin de votre vie saura où trouver vos directives afin de les mettre en œuvre.

² La loi prévoit deux cas :

- Le cas d'urgence vitale. Le médecin peut alors ne pas mettre en œuvre vos directives pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation
- Le cas où les directives paraissent manifestement inappropriées ou non-conformes à votre situation médicale.

Si un « dossier médical partagé »³ a été créé à votre nom, il vous est recommandé d'y faire enregistrer vos directives anticipées car elles seront ainsi aisément consultables en cas de besoin. Parlez-en à votre médecin.

Si vous ne disposez pas d'un « dossier médical partagé », vous pouvez confier vos directives anticipées à votre médecin qui les conservera dans le dossier qu'il a constitué à votre nom.

Dans le cas où vous seriez hospitalisé pour une maladie grave ou dans le cas où vous seriez admis dans un établissement pour personnes âgées, vous pouvez confier vos directives à cet hôpital ou à cet établissement. Il les intégrera dans le dossier ouvert à votre nom.

Enfin, vous pouvez également confier vos directives à votre « personne de confiance », à un membre de votre famille ou à un proche. Vous pouvez aussi les conserver chez vous et/ou avoir sur vous une indication du lieu de leur conservation.

Dans le cas où vous choisissez de conserver vos directives dans votre « dossier médical partagé » ou dans un dossier médical, n'oubliez pas d'informer les proches concernés (votre « personne de confiance » ou, dans le cas particulier prévu par la fiche ⑤ ci-après, vos témoins) que leurs noms et coordonnées personnelles y sont inscrits. De même, si ces dossiers mentionnent qu'une personne est détentrice de vos directives anticipées, n'oubliez pas de l'informer que ses noms et coordonnées personnelles y sont inscrits.

L'essentiel, répétons-le, est que vous informiez votre médecin et vos proches que vous avez rédigé des directives anticipées en leur indiquant où elles sont conservées. Ainsi vous serez assuré que, lors de votre fin de vie, vos volontés seront respectées.

Bien entendu, dans tous les cas, même si vous n'avez pas rédigé de directives anticipées, le médecin qui s'occupera de vous lors de votre fin de vie aura le devoir de faire tout son possible pour vous éviter de souffrir.

Les fiches ci-jointes vous proposent aussi de désigner votre « personne de confiance », si vous ne l'avez pas déjà fait. (Cf. fiche ⑤ ci-après).

³ Le dossier médical partagé est un dossier numérisé qui peut être créé, avec votre consentement, afin de recueillir les informations médicales vous concernant. Si vous avez décidé de le créer, il est géré par l'assurance maladie. Pour plus de précisions, parlez-en à votre médecin.

2

Mon identité

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 I^{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.

3

Informations ou souhaits

que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées
figurant sur la fiche 4 ci-après

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

4

Mes directives anticipées

Modèle A

→ *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 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 (tube pour respirer) :
- Dialyse rénale :
- 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 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 :

.....
.....

Fait le à

Signature

Mes directives anticipées

Modèle B

→ *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 le à

Signature

5

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 : Je soussigné(e)

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 M^{me}

Fait le à

Signature

Témoin 2 : Je soussigné(e)

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 M^{me}

Fait le à

Signature

6

Nom et coordonnées de ma personne de confiance⁴

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet 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 vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

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

.....
.....

désigne la personne de confiance suivante :

Nom et prénoms :

Domicilié(e) à :

Téléphone privé : Téléphone professionnel :

Téléphone privé : 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 le à

Votre signature

Signature de la personne de confiance

⁴ au sens de l'article L.1111-6 du code de la santé publique

7

Modification ou annulation de mes directives anticipées

Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

► 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 le à

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 au 5