



DIRECTIVES ANTICIPÉES

ET SI NOUS EN PARLIONS ? >>



2026

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES, DE QUOI S'AGIT-IL ?



Les directives anticipées permettent d'exprimer par avance votre volonté de poursuivre, de limiter, d'arrêter ou de refuser des traitements ou des actes médicaux, si un jour vous n'êtes plus en mesure de le faire vous-même.

C'est un droit, mais ce n'est pas une obligation de les rédiger.

En l'absence de directives anticipées, le médecin recueillera en premier lieu le témoignage de votre personne de confiance si elle a été désignée ou à défaut, tout témoignage de votre famille ou de vos proches.

Cela peut être difficile, mais il est important d'y réfléchir et de faire connaître vos volontés.



COMMENT ÇA MARCHE ?



Qui peut les rédiger ?

Toute personne majeure, même sous tutelle - avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille.

Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives anticipées, vous pouvez faire appel à deux témoins, dont l'un peut être votre personne de confiance.


Quand ?

À n'importe quel moment, que vous soyez malade ou non.

Vous pouvez les modifier ou les annuler à tout moment. Elles sont valables sans limite de temps. Le document le plus récent fera foi.


Comment ?

3 options :

- Compléter le formulaire en page **6**
- Remplir le formulaire disponible 
- Sur papier libre daté, signé et à vos noms, prénoms, date et lieu de naissance

Où les conserver ?

4 options :

- Les garder avec vous
- Les confier à votre personne de confiance, à un membre de votre famille ou à un proche
- Les confier à votre médecin traitant
- Les transmettre à un membre du service à l'hôpital pour les insérer dans votre dossier médical
- Les enregistrer dans votre dossier médical dans 

AVEC QUI EN PARLER ?



Pour en discuter ou demander des conseils

- L'équipe médicale et paramédicale du service
- Votre médecin traitant
- Votre personne de confiance, vos proches, votre famille
- Des associations de patients

VOICI DES EXEMPLES DE SUJETS :

- Voulez-vous que les traitements médicaux servent à alléger vos souffrances et les symptômes pénibles ?
- Si vous êtes dans un coma prolongé, accepteriez-vous que l'on poursuive votre respiration, votre alimentation et votre hydratation artificiellement ?
- Comment pourrions-nous améliorer votre confort ? Voulez-vous écouter de la musique que vous aimez, recevoir des bénévoles pour de la lecture, avoir des visites, porter du parfum ?
- Avez-vous des croyances ou rituels à respecter ?



Pour prévenir de leur existence et de leur lieu de conservation

- Votre médecin traitant
- Votre personne de confiance
- Vos proches, votre famille
- Les professionnels du service d'hospitalisation

POUR EN SAVOIR

- Site internet de l'AP-HP : aphp.fr > Vos droits
- Mon espace santé : monespacesante.fr
- Site internet du centre national des soins palliatifs et de la fin de vie : parlons-fin-de-vie.fr

Mon identité

Nom *(de naissance et d'usage)* et prénoms :

Né(e) le :

Lieu de naissance :

Adresse postale :

Si je bénéficie d'une protection juridique avec représentation relative à la personne

(une personne me représente pour mes décisions personnelles, par exemple une tutelle)

- **J'ai l'autorisation du juge :** **Oui** **Non**
Si oui, joindre la copie de l'autorisation

- **J'ai l'autorisation du conseil de famille :** **Oui** **Non**
Si oui, joindre la copie de l'autorisation

Mes souhaits

Commentaires libres pour transmettre les informations qui doivent être portées à la connaissance de l'équipe médicale *(sur ma situation personnelle, ma famille, mes proches, mes craintes, mes attentes ou mes convictions)* :

Mon projet de vie :

Qu'est-ce qui donne du sens à ma vie ? :

Quels moments, activités ou relations sont essentiels pour moi ? :

Mes limites acceptables :

Quels types de séquelles ou de handicaps pourrais-je accepter ?

Accepterais-je des amputations ou d'autres interventions lourdes pour vivre ?

Qu'est-ce qui serait trop difficile pour moi à vivre ?

Niveau de dépendance :

Accepterais-je de vivre avec une aide permanente pour les gestes du quotidien ?

Pour quelles fonctions vitales je souhaite garder une autonomie (*respiration, alimentation, mobilité, etc.*) ?

Ai-je besoin de rester autonome à tout prix ?

Conscience et interaction :

Pourrais-je vivre sans conscience ?

Pourrais-je vivre sans possibilité de communiquer ?

Je souhaite être soulagé(e) de la douleur en toutes circonstances même si cela peut avoir pour effet d'altérer ma conscience ?

Si je ne peux plus communiquer avec mes proches et/ou si je suis inconscient(e) :

Oui, j'accepte d'être maintenu(e) artificiellement en vie.

Non, je n'accepte pas d'être maintenu(e) artificiellement en vie.

Je ne sais pas

Temps pour progresser :

Combien de temps suis-je prêt(e) à laisser à l'équipe soignante pour réévaluer la pertinence de continuer certains traitements au regard de mon état de santé ?

Les actes et/ou les traitements que j'accepterais recevoir s'il y a une indication médicale :

- Réanimation cardiaque (*massage cardiaque*) :
Oui Non Je ne sais pas

- Opération chirurgicale :
Oui Non Je ne sais pas

- Assistance respiratoire (*machine pour respirer*) :
Oui Non Je ne sais pas

- Dialyse (*remplacement artificiel des reins*) :
Oui Non Je ne sais pas

- Nutrition et hydratation artificielles :
Oui Non Je ne sais pas

Autre :

Pour rappel : si des limitations ou un arrêt des traitements sont décidés collégalement par l'équipe médicale, les soins de confort seront toujours administrés.

Fin de vie et sédation profonde et continue (si je rentre dans les conditions prévues par la loi*)

Oui, je veux être rendu(e) inconscient(e) jusqu'à mon décès

Non, je ne veux pas être rendu(e) inconscient(e)

Je ne sais pas

Je souhaite, si possible, vivre ma fin de vie :

- à l'hôpital
- à domicile
- entouré(e) de ma famille / mes proches
- seul(e)

Vous pouvez annuler ou modifier vos directives anticipées à tout moment. Vous pouvez également vous faire aider d'un professionnel de santé pour remplir le formulaire.

- Fait à :
- Le :
- Signature :

*[*https://www.parlons-fin-de-vie.fr/je-minteresse-a-la-fin-de-vie/la-sedation-profonde-et-continue-jusquau-deces/](https://www.parlons-fin-de-vie.fr/je-minteresse-a-la-fin-de-vie/la-sedation-profonde-et-continue-jusquau-deces/)*

MES TÉMOINS

Si vous êtes dans l'incapacité physique d'écrire vos directives anticipées, quelqu'un peut les écrire (sous votre dictée) pour vous devant deux témoins (dont l'un peut être votre personne de confiance).

Témoïn 1

- Nom et prénom :

- Qualité :

- Atteste que les directives anticipées décrites ci-après sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M./Mme

- Fait le : _____ à _____
- Signature :

Témoïn 2

- Nom et prénom :

- Qualité :

- Atteste que les directives anticipées décrites ci-après sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M./Mme

- Fait le : _____ à _____
- Signature :

NOTE >>

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Retrouvez-nous sur aphp.fr

