S'il m'arrive quelque chose
et que je ne peux plus
m'exprimer, je souhaite...



Mes Directives Anticipées

Optimhome Santé

Pourquoi et comment rédiger mes directives anticipées ?



Les directives anticipées permettent de faire connaître au médecin votre volonté et de la faire respecter si un jour vous n'êtes plus en mesure de l'exprimer, par exemple dans les situations suivantes :

- Vous êtes en bonne santé mais vous pouvez avoir un accident ou un évènement aigu (infarctus, accident vasculaire cérébral, traumatisme…) qui évolue vers une incapacité majeure de communication qui se prolonge (état végétatif par exemple)
- Vous avez une maladie grave et une aggravation survient, qui vous rend incapable de vous exprimer
- Vous êtes à la fin de votre vie (grand âge avec de nombreuses pathologies, maladie au stade terminal) et un évènement aigu survient, aggravant durablement une situation précaire ou qui pourrait entraîner la mort.

Vos directives anticipées expriment vos volontés concernant la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitements ou de gestes médicaux destinés à vous soigner ou établir un diagnostic avant traitement.

- Elles peuvent être **l'occasion et le fruit d'un dialogue** que vous aurez pu créer avec vos proches
- Elles pourront **les soulager en leur épargnant la difficulté et parfois le sentiment de culpabilité** de participer à des décisions dont ils n'ont pas à assumer la responsabilité. Elles peuvent être l'occasion de désigner votre personne de confiance
- **Elles sont modifiables à tout moment.** Il est important d'en faire plusieurs copies (médecin traitant, soignants, famille) et d'en avertir vos proches. Les directives anticipées ne sont pas là pour remplacer une prescription médicale mais pour permettre aux soignants, en cas de maladie grave et dont l'évolution défavorable est prévisible, de connaître les volontés et souhaits du patient sur certaines alternatives qui pourront se présenter.



Que dois-je faire concrètement ?

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES



- Les directives anticipées et la désignation de la personne de confiance peuvent être effectuées à n'importe quel âge adulte
- Je les rédige avec mes nom, prénoms, adresse et téléphone, ainsi que ceux de ma personne de confiance si je l'ai désignée
- Si je ne peux plus écrire, je peux faire appel à deux témoins qui valideront que le document exprime ma volonté de façon libre et éclairée
- Elles sont sans limite de durée. Je peux les modifier à tout moment
- Je les garde avec moi et en confie une copie à mon médecin traitant ou référent, à ma personne de confiance (si j'en ai une) et aux soignants
- Les directives anticipées sont nécessaires au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale ou lorsque les directives anticipées apparaissent inappropriées à la situation.

Les directives anticipées peuvent aider le médecin à prendre toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement si je ne suis pas en mesure de m'exprimer.

Formulaire

J'ai rédigé les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer mes souhaits et ma volonté sur ce qui est important à mes yeux, après un accident, du fait d'une maladie grave ou au moment de la fin de ma vie.

Je souhaite exprimer ici :
Mes convictions personnelles : ce qui est important pour moi, pour ma vie, ce qui a de la valeur pour moi *(par exemple convictions religieuses…)* ; ce que je redoute plus que tout *(souffrance, rejet, solitude, handicap…)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je souhaite préciser ce qu'il me paraît important de faire connaître concernant ma situation actuelle *(mon histoire médicale personnelle, mon état de santé actuel, ma situation familiale et sociale…)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Mes directives concernant les décisions médicales

JE VEUX M'EXPRIMER



- Au sujet des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie *(par exemple état d'inconscience prolongé entraînant une perte de communication définitive avec les proches…)*
- Au sujet des traitements destinés à me maintenir artificiellement en vie.

COMMENT FAIRE CONCRÈTEMENT ?

Voici les limites que je veux fixer pour les actes médicaux et les traitements, s'ils n'ont d'autre but que de prolonger ma vie artificiellement, sans récupération possible :

.....

.....

Concernant la mise en œuvre d'une réanimation cardiorespiratoire en cas d'arrêt cardiaque et/ou respiratoire :

.....

.....

Concernant les traitements dont le seul effet est de prolonger ma vie dans des conditions que je ne souhaiterais pas *(par exemple tube pour respirer ou assistance respiratoire, dialyse chronique, interventions médicales ou chirurgicales…)* **:**

.....

.....

.....

Concernant une alimentation ou une hydratation par voies artificielles pouvant prolonger ma vie, par exemple en cas d'état végétatif chronique *(simple maintien d'un fonctionnement autonome de la respiration et de la circulation sanguine)* **:**

.....

.....

Je souhaite évoquer d'autres situations *(comme par exemple la poursuite ou l'arrêt de traitements ou d'actes pour ma maladie) :*

.....

.....

J'ai d'autres souhaits *(par exemple accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes…)* **en sachant que les soins de confort me seront toujours administrés :**

.....

.....

Fait à : ..... le : .....

Signature

Modifié 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 personnes désignées ci-dessous *(dont 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 Mme .....

Fait à : ..... le : .....

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 Mme .....

Fait à : ..... Le : .....

Signature

Source : Les directives anticipées HAS
Loi du 2 février 2016, article 1111-11 du Code de la santé publique

Notes



Notes



Optimhome Santé

70 avenue Jean Lebas - 59100 ROUBAIX
Tél. 03 20 76 11 28 - www.optimhomesante.fr

ANN-OPTI-005 V01 - 06/2026