

### A QUOI SERVENT LES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

**Légalement, les Directives anticipées servent à exprimer la volonté du malade quand celui-ci n'a plus la capacité de l'exprimer. Les Directives anticipées permettent également au citoyen de réfléchir à ce qu'il souhaiterait ou refuserait en cas de maladie grave et incurable, et aussi avant une intervention chirurgicale en cas de complication sévère.**

**Elles sont un support essentiel pour la personne de confiance** pour justifier les volontés de celui ou celle qu'elle représente. Elles **servent de base de dialogue** entre le malade et le médecin. **Elles aident la famille** à mieux comprendre le désir de leur proche. **Elles peuvent être utiles dans le dialogue avec le médecin traitant.**

Pour les préparer consultez notre « Guide 2 en 1 » que vous pouvez acheter en ligne

<https://le-choix-citoyen.assoconnect.com/collect/description/511252-z-boutique-en-ligne-du-choix>,

ou télécharger <https://choisirmafindevie.org/2025/01/09/le-guide-2-en-1-du-choix>

Je, soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Rédige ces directives en toute liberté et en pleine possession de mes facultés intellectuelles.

**Si je suis atteint (e) d'une maladie incurable, ou dans un état de souffrances physiques et/ou psychologiques insupportables**, j'entends que l'on tienne compte de mes volontés pour terminer ma vie le plus doucement et le plus humainement possible :

1. **Je souhaite, lors de ma fin de vie** (*choisissez l'une de ces options*) :
  - Être dirigé(e) vers les soins palliatifs : à domicile, en EHPAD ou en unité spécialisée,
  - Rester dans le service hospitalier ou la structure où je suis médicalement suivi(e),
  - Mourir à mon domicile entouré(e) des miens.
2. **Je refuse tout acharnement thérapeutique.**
3. **J'exige que soient soulagées mes douleurs physiques et psychologiques,**
4. **Je suis d'accord pour une sédation terminale par perfusion (SPCJD), mais sans arrêt de l'hydratation et rapide de moins de 48 heures.**
5. **Je préfère une aide active à mourir dans le cadre de la loi n° 2026-794 du 18 août 2026. J'exige alors qu'on m'en donne les moyens ou qu'un médecin pratique le geste si j'en suis physiquement incapable.**
6. **Je dégage la responsabilité des soignants qui se seront occupés de moi.**
7. **De même, aucun membre de ma famille ne sera habilité à porter plainte**-si la sédation ou l'aide à mourir correspondent à ce que j'avais souhaité.

## Déclaration anticipée de refus de traitements

**A remplir quand vous le jugez nécessaire. Si vous êtes atteint(e) d'une affection incurable, sans espoir de guérison**, ceux qui vous soignent peuvent vous proposer des traitements qui auront pour seul but de vous maintenir en vie, tels que :

1. avoir une trachéotomie définitive (ouverture pratiquée dans la trachée sous le larynx dans laquelle est insérée une canule) pour ventilation artificielle,
2. Être nourri(e) artificiellement et définitivement au moyen d'une sonde gastrique, si vous ne pouvez plus vous nourrir,
3. Entrer dans un programme d'hémodialyse si vos reins cessent de fonctionner de façon permanente,
4. Porter une poche abdominale définitive pour le recueil des urines ou des selles,
5. Être maintenu(e) en vie par des moyens médicaux, chirurgicaux ou techniques ayant pour but de prolonger mon existence sans améliorer ma qualité de vie (ex. Alzheimer...)

**Si je suis dans cette situation je refuse les traitements suivants :**

---

---

---

---

**Vous pouvez également refuser préventivement certains traitements en réanimation** qui risquent de laisser d'importantes séquelles. Il est possible de porter un pendentif de non-réanimation (NTBR).

- Un massage cardiaque trop prolongé en cas d'arrêt-cardio respiratoire,
- Une réanimation intensive en cas d'hémorragie cérébrale ou d'insuffisance vasculaire, cérébrale majeure.
- Un maintien dans un coma prolongé sans espoir de réveil par des moyens médico-techniques,

Je refuse ces traitements dans les cas suivants :

---

---

---

---

**Date et signature :**

*\*Soyez le plus précis possible. Si vous avez des hésitations sur les éventuelles situations, ainsi que les traitements, n'hésitez pas à prendre contact **avec notre association**. Vous pouvez également en parler **avec votre médecin**. Il connaît votre parcours médical et familial et pourra vous informer utilement.*

*Ces feuilles sont à joindre aux autres exemplaires de votre déclaration anticipée, donc à communiquer aux personnes concernées (médecin, personnes de confiance, proches, etc.) N'oubliez pas qu'il est important de conserver un exemplaire de vos D.A. dans votre portefeuille. Si vous portez un pendentif **NTBR**, n'oubliez pas de le signaler à vos proches et soignants et à l'indiquer sur votre carte d'adhérent(e).*

**Si mon état de conscience ne me permettait pas de confirmer les éléments de ce testament,**  
je demande à :

**Monsieur ou Madame** \_\_\_\_\_

**Date et lieu de naissance :** \_\_\_\_\_

**N° sécurité sociale :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Tel :** \_\_\_\_\_ **Courriel :** \_\_\_\_\_

d'être la **première personne de confiance** qui confirmera mes souhaits auprès des soignants et de mon entourage.

**Signature :**

**En cas d'absence de cette personne je souhaite que :**

**Monsieur ou Madame** \_\_\_\_\_

**Date et lieu de naissance :** \_\_\_\_\_

**N° sécurité sociale :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Tel :** \_\_\_\_\_ **Courriel :** \_\_\_\_\_

soit ma **deuxième personne de confiance**.

**Signature :**

***Si vous choisissez de nous confier vos directives anticipées, la copie de la carte d'identité sera demandée à la personne de confiance qui prendra contact pour avoir accès au document.***

***Pour transmettre vos DA : scanner le document et l'envoyer à l'adresse courriel :***

***[contact@choisirmafindevie.org](mailto:contact@choisirmafindevie.org) ou par courrier à MVAC 14 Boite 46, 22 Rue Deparcieux 75014 Paris.***

***Vos données personnelles sont conservées dans le respect du RGPD. Il est recommandé de mettre aussi vos DA dans votre Espace Santé.***

***Personne ne peut vous empêcher de rédiger vos directives anticipées selon vos souhaits, en citoyen libre.***

***Choisissez parmi les propositions précédentes celles qui vous conviennent le mieux, leur rédaction renseignera les soignants sur votre volonté profonde. Si on vous diagnostique une maladie grave, même si vous les avez déjà rédigées, pensez à les signer et dater à nouveau pour qu'elles témoignent de votre volonté persistante, ou à les réécrire si vous estimez nécessaire de les réactualiser.***

Dans la mesure du possible, il est souhaitable de rédiger vos D.A. à la main. Rédiger **une copie en cinq exemplaires** : l'une que vous garderez **chez** vous, l'autre que vous porterez **sur** vous, en cas d'urgence ou d'hospitalisation, un troisième que vous remettrez à votre 1ère **personne de confiance**, un autre pour votre 2ème personne de confiance et un cinquième pour votre **médecin traitant**. **Sur chaque exemplaire, les signatures doivent être originales**

Dans l'incapacité de rédiger moi-même mes directives anticipées, ces dernières ont été écrites ou filmées sous ma dictée. Dans les deux cas deux personnes ont témoigné que l'écrit ou le film sont conformes à mes volontés et ont signé ci-dessous.

**Personne ayant rédigé ou filmé mes directives anticipées :**

Monsieur ou Madame \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Fait à : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**Premier témoin**

Monsieur ou Madame \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Fait à : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**Deuxième témoin**

Monsieur ou Madame \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Fait à : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_