

# Directives anticipées de la FMH

Version détaillée



# Sommaire

Données personnelles, représentant-e thérapeutique, médecin traitant-e	3
1 <sup>ère</sup> partie : Attitude face à la vie	5
2 <sup>e</sup> partie : Objectif thérapeutique et mesures médicales Situation 1 : <b>Urgence</b> – Incapacité soudaine de discernement Situation 2 : Maladie grave – Incapacité de discernement prolongée Situation 3 : Incapacité de discernement permanente	7
3 <sup>e</sup> partie : Traitement de la douleur et d'autres symptômes pénibles	9
4 <sup>e</sup> partie : Dernière phase de la vie	10
5 <sup>e</sup> partie : Don d'organes et autopsie	12
Carte à remplir	13



## Remarques

### Structure modulaire de la version détaillée

Dans cette version, vous indiquez d'abord vos données personnelles ainsi que celles de votre représentant-e thérapeutique et de votre médecin traitant-e. Suivent ensuite 5 différentes parties. Vous pouvez choisir celle ou celles que vous souhaitez remplir.

### Conseil

Il est vivement recommandé de vous faire conseiller par une personne qualifiée pour rédiger vos directives anticipées.

### Conservation

Veillez conserver vos directives anticipées de manière à pouvoir les retrouver en cas de besoin. Vous pouvez en remettre une copie à votre médecin traitant-e ainsi qu'à votre représentant-e thérapeutique. Il est conseillé de remplir une carte signalant l'existence des directives anticipées et de la porter sur soi. Si vous possédez un dossier électronique du patient (DEP), vous pouvez y déposer une copie de vos directives anticipées.

### Mise à jour des directives anticipées

Vous pouvez modifier ou révoquer vos directives anticipées à tout moment. Il est recommandé de vérifier vos directives anticipées tous les deux ans et d'y apposer une nouvelle date et une nouvelle signature.

### Complément d'information

Vous trouverez un guide concernant les directives anticipées ainsi qu'une carte sous :

[www.fmh.ch/directives-anticipees](http://www.fmh.ch/directives-anticipees)

## Directives anticipées de la FMH – Version détaillée

### Données personnelles

Établies par :

Nom	Prénom
Date de naissance	Nationalité
Adresse	NPA/lieu

J'établis les présentes directives anticipées pour le cas où je serais incapable de discernement suite à une maladie ou un accident. L'incapacité de discernement signifie que je ne suis plus en mesure d'exprimer ma volonté concernant des mesures médicales.

### Représentant-e thérapeutique

Vous pouvez ci-après désigner un-e représentant-e thérapeutique. Si vous ne pouvez pas ou ne souhaitez pas désigner de représentant-e thérapeutique, il est inutile de remplir cette partie.



Guide p. 3

J'ai nommé la personne suivante comme représentant-e thérapeutique :

Nom	Prénom
Adresse	NPA/lieu
Téléphone fixe	E-mail
Téléphone mobile	Relation avec cette personne

J'autorise cette personne à faire valoir ma volonté face à l'équipe soignante. Cette personne doit être informée de mon état de santé et intégrée dès que possible dans chacune des prises de décisions médicales. Je l'autorise à consulter l'entier de mon dossier médical dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour la prise de décision et je délègue l'équipe soignante de l'obligation de garder le secret envers elle.

J'ai informé ma représentante thérapeutique ou mon représentant thérapeutique de l'existence de mes directives anticipées :

Oui   Non

## Personne de remplacement

S'il s'avère impossible de contacter ma représentante thérapeutique ou mon représentant thérapeutique ou si elle ou il ne peut pas assumer cette tâche pour d'autres raisons, je nomme la personne de remplacement suivante :

Nom	Prénom
Adresse	NPA/lieu
Téléphone fixe	E-mail
Téléphone mobile	Relation avec cette personne

J'autorise cette personne à faire valoir ma volonté face à l'équipe soignante. Cette personne doit être informée de mon état de santé et intégrée dès que possible dans chacune des prises de décisions médicales. Je l'autorise à consulter l'entier de mon dossier médical dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour la prise de décision et je délègue l'équipe soignante de l'obligation de garder le secret envers elle.

J'ai informé ma personne de remplacement de l'existence de mes directives anticipées :

Oui   Non

## Médecin traitant-e

Nom	Prénom
Adresse	NPA/lieu
Téléphone (mobile)	E-mail

J'ai informé ma médecin traitante ou mon médecin traitant de l'existence de mes directives anticipées :

Oui   Non

## Attitude face à la vie

Les déclarations que vous formulez aident à mieux vous connaître en tant qu'individu. Vous pouvez rédiger ici vos réflexions sur les questions suivantes :

Pourquoi rédigez-vous des directives anticipées ?

  

Comment décririez-vous votre état de santé actuel ?

- Mauvais                       Nettement diminué                       Satisfaisant pour mon âge
- Bon                               Excellent

Quand vous pensez à votre santé, qu'est-ce qui compte pour vous ?

  

Qu'est-ce qui vous fait plaisir dans la vie ?

  

Qu'est-ce qui vous cause des soucis, qu'est-ce qui vous fait peur dans la vie ?

  

Qu'attendez-vous, souhaitez-vous ou espérez-vous de l'avenir ?

  

Quels moments souhaitez-vous absolument encore vivre ?

  

À quoi pensez-vous lorsque vous imaginez être gravement malade ?

  

À quoi pensez-vous lorsque vous imaginez devoir mourir bientôt ?

**Vous pouvez également cocher ici ce qui vous correspond ou pas.**  
**Vous fournissez ainsi des informations importantes à l'équipe soignante afin qu'elle agisse dans votre intérêt.**

	Oui	Non
Il est important pour moi d'avoir mes proches et mes amis à mes côtés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai encore beaucoup d'espoirs pour ma vie future	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes espoirs :		
J'ai encore beaucoup de projets pour ma vie future	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes projets :		
La foi, la religion ou la spiritualité sont importantes pour moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes attentes à ce sujet :		



**Remarque :** apposez ici la date et votre signature pour clore la 1<sup>ère</sup> partie. Vous pouvez poursuivre avec la 2<sup>e</sup> partie.

Lieu, date

Signature

**Mise à jour :** il est recommandé de vérifier vos directives anticipées tous les deux ans et d'y apposer une nouvelle date et une nouvelle signature.

La 1<sup>ère</sup> partie correspond toujours à ma volonté, ce que je confirme en apposant une nouvelle signature :

Lieu, date

Signature

Lieu, date

Signature

# Objectif thérapeutique et mesures médicales

Cette partie concerne le traitement médical dans une situation dans laquelle vous ne pouvez plus vous exprimer. Cela peut être le cas dans **trois situations différentes**. Vous pouvez choisir un **objectif thérapeutique** pour chacune de ces situations : soit le **maintien en vie**, soit l'**allègement des souffrances**.



Guide p. 5

### Situation 1 :

Il s'agit d'une situation d'urgence avec une perte soudaine de votre capacité à vous exprimer. L'issue est incertaine, mais on peut en principe s'attendre à une récupération (exemples : blessure à la tête lors d'un accident de la route ; arrêt cardiaque lors d'un infarctus du myocarde).

—> **Urgence – Incapacité soudaine de discernement**

### Situation 2 :

Vous n'êtes pas en mesure de prendre des décisions concernant des mesures médicales pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines. L'issue est incertaine, mais on peut en principe s'attendre à une récupération (exemple : état d'inconscience prolongé [coma] suite à un accident ou une maladie).

—> **Maladie grave – Incapacité de discernement prolongée**

### Situation 3 :

Suite à une maladie ou un accident, vous ne serez très probablement plus jamais en mesure de vous exprimer sur des mesures médicales (exemples : séquelles d'une lésion cérébrale grave sans possibilité d'interaction sociale ; démence avancée).

—> **Incapacité de discernement permanente**

**Pour chacune de ces 3 situations, vous pouvez choisir un objectif thérapeutique accompagné des mesures médicales correspondantes :**

#### Objectif thérapeutique de maintien en vie :

Si votre objectif thérapeutique consiste à vous maintenir en vie et que vous souhaitez pour cela recourir à toutes les possibilités médicales disponibles (réanimation, soins intensifs), cochez l'objectif thérapeutique **A**.

—> **Objectif thérapeutique A**

#### Objectif thérapeutique de maintien en vie avec certaines limites :

Si votre objectif thérapeutique consiste à vous maintenir en vie mais avec certaines limites, vous pouvez cocher au choix l'objectif thérapeutique **B0, B1, B2** ou **B3**.

—> **Objectif thérapeutique B0 B1 B2 B3**

#### Objectif thérapeutique d'allègement des souffrances :

Si votre objectif thérapeutique ne consiste pas en premier lieu à vous maintenir en vie mais à alléger vos souffrances, cochez l'objectif thérapeutique **C**.

—> **Objectif thérapeutique C**



**Vous ne pouvez cocher qu'une seule case pour les situations 1, 2 et 3, à savoir l'objectif thérapeutique A, B0, B1, B2, B3 ou C.**

	<b>Situation 1</b> Situation d'urgence Incapacité soudaine de discernement	<b>Situation 2</b> Maladie grave Incapacité de discer- nement prolongée	<b>Situation 3</b> Incapacité de discernement permanente
<b>A – Maintien en vie</b> Mise en œuvre de toutes les possibilités médicales d'urgence et intensives, y compris une réanimation			
<b>B0 – Maintien en vie avec certaines limites</b> <b>Pas de réanimation</b> Sinon, mise en œuvre de toutes les possibilités médicales d'urgence et intensives			
<b>B1 – Maintien en vie avec certaines limites</b> <b>Pas de réanimation</b> <b>Pas de ventilation invasive</b> Sinon, mise en œuvre de toutes les possibilités médicales d'urgence et intensives			
<b>B2 – Maintien en vie avec certaines limites</b> <b>Pas de réanimation</b> <b>Pas de ventilation invasive</b> <b>Pas de prise en charge en unité de soins intensifs</b> Sinon, mise en œuvre de toutes les possibilités médicales d'urgence			
<b>B3 – Maintien en vie avec certaines limites</b> <b>Pas de réanimation</b> <b>Pas de ventilation invasive</b> <b>Pas de prise en charge en unité de soins intensifs</b> <b>Pas d'hospitalisation, y compris au service d'urgence</b> Sinon, mise en œuvre de toutes les possibilités médicales d'urgence			
<b>C – Allègement des souffrances</b> Uniquement les mesures médicales visant à alléger mes souffrances Si possible, maintien dans l'environnement familial			

2<sup>e</sup> partie



**Remarque :** apposez ici la date et votre signature pour clore la 2<sup>e</sup> partie. Vous pouvez poursuivre avec la 3<sup>e</sup> partie.

Lieu, date	Signature
------------	-----------

**Mise à jour :** il est recommandé de vérifier vos directives anticipées tous les deux ans et d'y apposer une nouvelle date et une nouvelle signature.

La 2<sup>e</sup> partie correspond toujours à ma volonté, ce que je confirme en apposant une nouvelle signature :

Lieu, date	Signature
------------	-----------

Lieu, date	Signature
------------	-----------

# Traitement de la douleur et d'autres symptômes pénibles

Comment souhaitez-vous être traité-e en cas de douleurs et d'autres symptômes pénibles tels que détresse respiratoire, angoisse ou nausées ?

Choisissez la **variante 1** si vous souhaitez que des médicaments efficaces vous soient administrés de manière généreuse dans le but d'alléger vos souffrances et d'autres symptômes pénibles tels que détresse respiratoire, angoisse ou nausées. Cette mesure est susceptible d'altérer votre état de conscience et, selon les circonstances, de réduire votre durée de vie restante.

Choisissez la **variante 2** si vous souhaitez rester conscient-e et communiquer avec les autres le plus longtemps possible. Pour cela, vous êtes prêt-e à supporter, dans une certaine limite, des symptômes pénibles tels que douleurs, détresse respiratoire, angoisse ou nausées.

Vous ne pouvez cocher que la **variante 1** ou la **variante 2** :

**Variante 1** Je souhaite un traitement efficace de la douleur et d'autres symptômes pénibles tels que détresse respiratoire, angoisse ou nausées. J'accepte que ce traitement entraîne un état de conscience altéré et réduise, dans certaines circonstances, ma durée de vie restante.

**Variante 2** La vivacité mentale et la capacité à communiquer sont pour moi plus importantes qu'un allègement optimal de la douleur et d'autres symptômes pénibles tels que détresse respiratoire, angoisse ou nausées. Je suis prêt-e à accepter certains symptômes pour autant que je puisse communiquer avec les autres.



**Remarque** : apposez ici la date et votre signature pour clore la 3<sup>e</sup> partie. Vous pouvez poursuivre avec la 4<sup>e</sup> partie.

Lieu, date

Signature

**Mise à jour** : il est recommandé de vérifier vos directives anticipées tous les deux ans et d'y apposer une nouvelle date et une nouvelle signature.

La 3<sup>e</sup> partie correspond toujours à ma volonté, ce que je confirme en apposant une nouvelle signature :

Lieu, date

Signature

Lieu, date

Signature

### Dernière phase de la vie

Si vous n'êtes plus en mesure de décider par vous-même dans la dernière phase de votre vie, il est important de connaître vos souhaits pour adapter au mieux votre prise en charge.

Pour cette phase de la vie, vous pouvez vous exprimer ci-après sur l'apport artificiel d'aliments et de liquides. Vous pouvez également indiquer des souhaits particuliers.

#### Apport artificiel d'aliments

Une alimentation artificielle est un traitement visant à prolonger la vie et est mise en place si vous n'êtes pas en mesure de vous alimenter par la voie normale pendant plusieurs jours. Durant la dernière phase de vie, la sensation de faim est normalement absente.

Vous ne pouvez cocher que la **variante 1** ou la **variante 2** :

**Variante 1** Je souhaite un apport artificiel d'aliments.

**Variante 2** Je ne souhaite pas d'apport artificiel d'aliments.

#### Apport artificiel de liquides

L'apport artificiel de liquides (p. ex. au moyen d'une perfusion) n'est pas une mesure visant à prolonger la vie à long terme. Des liquides peuvent toutefois être administrés dans certaines circonstances si vous n'êtes pas en mesure de déglutir et s'ils permettent de soulager des symptômes pénibles tels que la sensation de soif ou un état de confusion.

Vous ne pouvez cocher que l'une des trois **variantes 1, 2 ou 3** :

**Variante 1** Je souhaite un apport artificiel de liquides.

**Variante 2** Je ne souhaite un apport artificiel de liquides que dans le cas où il sert à alléger des symptômes pénibles.

**Variante 3** Je ne souhaite pas d'apport artificiel de liquides.

## Souhaits supplémentaires

Vous pouvez indiquer ici ce qui compte pour vous dans la dernière phase de la vie :

Les proches/amis que j'aimerais avoir à mes côtés :

  

J'aimerais passer la dernière phase de ma vie à l'endroit suivant :

  

Je souhaite que les personnes suivantes s'occupent de mes soins médicaux et corporels (p. ex. proches, soins à domicile, etc.) :

  

Convictions religieuses ou spirituelles ou souhaits qui me tiennent à cœur :

  

Autres souhaits pour la dernière phase de ma vie :

  

Je souhaite un accompagnement spirituel :

Oui

par

Non



**Remarque :** apposez ici la date et votre signature pour clore la 4<sup>e</sup> partie. Vous pouvez poursuivre avec la 5<sup>e</sup> partie.

Lieu, date

Signature

**Mise à jour :** il est recommandé de vérifier vos directives anticipées tous les deux ans et d'y apposer une nouvelle date et une nouvelle signature.

La 4<sup>e</sup> partie correspond toujours à ma volonté, ce que je confirme en apposant une nouvelle signature :

Lieu, date

Signature

Lieu, date

Signature

### Don d'organes

Vous pouvez autoriser ou non le don de vos organes. Si vous décidez de donner vos organes, vous consentez également aux mesures préparatoires de conservation des organes.



Guide p. 6

Vous ne pouvez cocher que l'une des trois **variantes 1, 2 ou 3** :

**Variante 1** Je souhaite faire don de mes organes. J'autorise le prélèvement de tous les organes, tissus et cellules de mon corps après mon décès.

**Variante 2** Je souhaite faire don de tous mes organes, sauf :

**Variante 3** Je ne souhaite pas faire don de mes organes.

### Autopsie

Vous pouvez autoriser ou non une autopsie clinique.



Guide p. 6

J'autorise une autopsie clinique  Oui  Non



**Remarque** : apposez ici la date et votre signature pour clore la 5<sup>e</sup> partie.

Lieu, date

Signature

**Mise à jour** : il est recommandé de vérifier vos directives anticipées tous les deux ans et d'y apposer une nouvelle date et une nouvelle signature.

La 5<sup>e</sup> partie correspond toujours à ma volonté, ce que je confirme en apposant une nouvelle signature :

Lieu, date

Signature

Lieu, date

Signature

# Carte

Vous avez rédigé des directives anticipées? Il vous suffit alors de remplir la carte ci-jointe et de la conserver dans votre portefeuille. Deux possibilités s'offrent à vous pour remplir la carte :

## Remplir la carte à l'écran

- Veuillez cliquer dans le champ bleu clair en bas et compléter la carte. Toutes les données peuvent être remplies à l'écran, à l'exception de la signature.
- Vous avez également la possibilité d'indiquer vos objectifs thérapeutiques et les mesures médicales pour les situations d'urgence. L'urgence correspond à la situation 1 en page 8 de la directive anticipée.
- Enregistrez le document et imprimez-le.
- Découpez la carte, puis pliez et collez-la.
- **Important: n'oubliez pas de signer la carte!**
- Enfin, placez la carte dans votre portefeuille.

## Remplir la carte à la main

- Imprimez le document.
- Veuillez découper la carte, la coller et la plier en deux.
- Veuillez remplir les pages extérieures.
- Sur les pages intérieures, vous avez également la possibilité d'indiquer vos objectifs thérapeutiques et les mesures médicales pour les situations d'urgence. L'urgence correspond à la situation 1 en page 8 de la directive anticipée.
- **Important: n'oubliez pas de signer la carte!**
- Enfin, placez la carte dans votre portefeuille.

## Pages extérieures

### Mes directives anticipées sont déposées

- chez mon représentant thérapeutique\*
- chez mon médecin traitant\*

chez moi, où

autre

\*Coordonnées de mon représentant therap. ou de mon médecin

Nom, prénom

NPA, localité

Téléphone



Version détaillée

### J'ai rédigé mes directives anticipées

Nom, prénom

NPA, localité

Date de naissance

Date

Signature

## Pages intérieures

### Situation d'urgence – incapacité soudaine de discernement

Il s'agit d'une situation d'urgence avec une perte soudaine de votre capacité à vous exprimer. Vous ne pouvez cocher qu'une seule variante :

#### A – Maintien en vie

Mise en œuvre de toutes les possibilités médicales d'urgence et intensives, y compris une réanimation

#### B0 – Maintien en vie avec certaines limites

Pas de réanimation

#### B1 – Maintien en vie avec certaines limites

Pas de réanimation

Pas de ventilation invasive

#### B2 – Maintien en vie avec certaines limites

Pas de réanimation

Pas de ventilation invasive

Pas de prise en charge en unité de soins intensifs

#### B3 – Maintien en vie avec certaines limites

Pas de réanimation

Pas de ventilation invasive

Pas de prise en charge en unité de soins intensifs

Pas d'hospitalisation, y compris au service d'urgence

#### C – Allègement des souffrances

Uniquement les mesures médicales visant à alléger mes souffrances

Si possible, maintien dans l'environnement familial