

Directives anticipées de la FMH

Version détaillée



Sommaire

Données personnelles, représentant-e thérapeutique, médecin traitant-e	3
1 ^{ère} partie : Attitude face à la vie	5
2 ^e partie : Objectif thérapeutique et mesures médicales Situation 1 : Urgence – Incapacité soudaine de discernement Situation 2 : Maladie grave – Incapacité de discernement prolongée Situation 3 : Incapacité de discernement permanente	7
3 ^e partie : Traitement de la douleur et d'autres symptômes pénibles	9
4 ^e partie : Dernière phase de la vie	10
5 ^e 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

Directives anticipées de la FMH – Version détaillée

Données personnelles

Établies par :

Nom	wittmann	Prénom	claud
Date de naissance	6 mai 1964	Nationalité	suisse et canadienne
Adresse	route du moulin 25	NPA/lieu	1723 marly

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	Monod	Prénom	Philippe
Adresse	Impasse de la Côte 46	NPA/lieu	1725 Posieux
Téléphone fixe	026 411 00 38	E-mail	philippe.monod@outlook.com
Téléphone mobile	Philippe n'en a pas	Relation avec cette personne	ami

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

Date 26 juillet 2026

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	Charrière	Prénom	Christelle
Adresse	Route de Villars 55	NPA/lieu	1633 Vuippens
Téléphone fixe		E-mail	christelle@ecole-equi-liberte.ch
Téléphone mobile	079 293 42 31	Relation avec cette personne	équithérapeute/amie

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 Date 26 juillet 2026 ☐ Non

Médecin traitant-e

Nom	Karamitros	Prénom	Vasilieios
Adresse	Boulevard de Pérolles 17	NPA/lieu	1700 Fribourg
Téléphone (mobile)	fixe: 026 322 00 10 mobile: 079 256 09 23	E-mail	v.karamitros@cabinet-vioma.ch

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

☒ Oui Date 26 juillet 2026 ☐ Non

Note: Dr Karamitros a un téléphone portable, mais c'est possible qu'il soit plus facilement atteignable au travers de son numéro fixe introduit ci-dessus.

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 ?

Parce que je sors de la norme sous bien des plans et perçois une hospitalisation comme un danger qui me mettra / mettrait en danger de souffrir inutilement si je ne peux pas guider les professionnel.les de la santé moi-même.

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'on respecte ma manière de gérer mes douleurs physiques, mon syndrome de stress post-traumatique (PTSD), mon trouble dissociatif et autres problèmes.

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

La paix, le silence, la connexion avec mon cheval de thérapie, une main qui tient la mienne, de l'authenticité dans la relation

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

Perdre soudainement ma dignité car diminué; l'impossibilité d'accéder à un suicide assisté si je le décide; me retrouver seul dans des souffrances que je juge intolérables; ne pas être "vu" au travers de mes douleurs

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

De la paix dans le coeur, ce qui j'en suis sûr m'aiderait à stabiliser ma santé un peu

Quels moments souhaitez-vous absolument encore vivre ?

Une ou l'autre connexion avec mon cheval de thérapie Horus et si possible aussi avec un être humain

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

Appeler EXIT

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

Appeler EXIT et préparer le moment du départ comme un moment "sacré" avec quelques êtres-clés pour mon passage, dans un endroit "safe".

1^{ère} partie

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	☒	☐
J'ai encore beaucoup d'espoirs pour ma vie future	☐	☒
Mes espoirs :		
J'ai encore beaucoup de projets pour ma vie future	☐	☒
Mes projets :		
La foi, la religion ou la spiritualité sont importantes pour moi	☒	☐
Mes attentes à ce sujet :		
Je ne suis pas attaché à une religion, mais je vis une spiritualité inspirée des traditions autochtones du Canada où j'ai vécu pendant 24 ans. Je salue les 4 directions chaque jour; j'en sens les diverses textures et messages et j'utilise des herbes sacrées. Mon attente est qu'on respecte ces connexions et qu'on m'aide à les nourrir.		



Remarque : apposez ici la date et votre signature pour clore la 1^{ère} partie. Vous pouvez poursuivre avec la 2^e partie.

Lieu, date

Marly, le 26 juillet 2026

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^{ère} 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.

	Situation 1 Situation d'urgence Incapacité soudaine de discernement	Situation 2 Maladie grave Incapacité de discernement prolongée	Situation 3 Incapacité de discernement permanente
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 Sinon, mise en œuvre de toutes les possibilités médicales d'urgence et intensives	☐	☐	☐
B1 – Maintien en vie avec certaines limites Pas de réanimation Pas de ventilation invasive Sinon, mise en œuvre de toutes les possibilités médicales d'urgence et intensives	☐	☐	☐
B2 – Maintien en vie avec certaines limites Pas de réanimation Pas de ventilation invasive Pas de prise en charge en unité de soins intensifs Sinon, mise en œuvre de toutes les possibilités médicales d'urgence	☐	☐	☐
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 Sinon, mise en œuvre de toutes les possibilités médicales d'urgence	☐	☐	☐
C – Allègement des souffrances Uniquement les mesures médicales visant à alléger mes souffrances Si possible, maintien dans l'environnement familial	☒	☒	☒

2^e partie

Remarque : apposez ici la date et votre signature pour clore la 2^e partie. Vous pouvez poursuivre avec la 3^e partie.

Lieu, date

Marly, le 26 juillet 2026

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^e partie correspond toujours à ma volonté, ce que je confirme en apposant une nouvelle signature :

Lieu, date

Signature

Lieu, date

Signature

3^e partie

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^e partie. Vous pouvez poursuivre avec la 4^e partie.

Lieu, date
Marly, le 26 juillet 2026

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^e 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.

☐

4^e partie

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 :

Christelle Charrière, Philippe Monod, Didier Wittmann (079 701 22 47), Conrad Wittmann (s'il en a le désir lui-même; 079 219 44 16), Adriana Disman (vit à Berlin; si elle peut/veut venir; adriana.disman@gmail.com)

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

Je suppose que je vais m'en aller avec EXIT et je suppose qu'il va me falloir trouver un autre endroit que la maison familiale pour le passage.

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

Mon infirmier Piseth Kieng (076 469 15 12) pour ce qu'il peut faire et pour le reste, suivons svp ses recommandations ainsi que celles de Dr Karamitros.

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

S.v.p que Christelle puisse créer un cadre "sacré" un peu comme pour une personne autochtone du Canada, entre autres en brûlant les herbes sacrées (white sage, cedar, sweetgrass, semah) et en saluant les 4 directions

Autres souhaits pour la dernière phase de ma vie :

Si Christelle Charrière peut médier une connexion avec ses chevaux, j'en serais super reconnaissant.

Je souhaite un accompagnement spirituel :

☒ Oui

☐ Non

par

Josepha Girard (Christelle la connaît).



Remarque : apposez ici la date et votre signature pour clore la 4^e partie. Vous pouvez poursuivre avec la 5^e partie.

Lieu, date

Marly, le 26 juillet 2026

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^e partie correspond toujours à ma volonté, ce que je confirme en apposant une nouvelle signature :

Lieu, date

Signature

Lieu, date

Signature

5^e partie

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 :
Soyez conscients que mon corps est chargé de marques traumatiques psychologiques et porte donc leur stress

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^e partie.

Lieu, date
Marly, le 26 juillet 2026

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^e 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 claudewittmann.ca/death/CWdeath2026.html

✓ autre chez Christelle Charrière

*Coordonnées de mon représentant thérap. ou de mon médecin

Nom, prénom	Charrière	Christelle
NPA, localité	1633 Vuippens	
Téléphone	079 293 42 31	



Version détaillée

J'ai rédigé mes directives anticipées

Nom, prénom	wittmann	claire
NPA, localité	1723 marly	
Date de naissance	6 mai 1964	
Date	juillet 2026	
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