

Directives anticipées de la FMH

Version courte



Sommaire

Données personnelles, représentant-e thérapeutique, médecin traitant-e	3
I. Attitude face à la vie	5
II. 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	6
III. Traitement de la douleur et d'autres symptômes pénibles	7
IV. Don d'organes	7
Carte à remplir	8



Remarques

Conseil

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

Conservation

Veuillez 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 courte

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



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 dans chacune des prises de décisions médicales. Je l'autorise à consulter l'entier de mon dossier médical et je délègue tous les médecins qui me traitent et leurs auxiliaires ainsi que toute 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

Consultation de mon dossier médical après mon décès



Si vous êtes en vie et n'avez plus la capacité de discernement, votre représentant-e thérapeutique prend les décisions médicales que vous auriez souhaitées. Il ou elle a accès à votre dossier médical.

Après votre décès, les médecins peuvent communiquer des informations seulement s'ils peuvent présumer que cela correspond à votre volonté ou si vous y avez consenti de votre vivant. Il est important que vous indiquiez le nom de toutes les personnes qui doivent avoir accès à votre dossier médical après votre décès, ainsi que leur adresse, leur date de naissance et la nature de votre relation.

- ☐ Je délègue, y compris après mon décès, tous les médecins qui me traitent et leurs auxiliaires ainsi que toute l'équipe soignante de l'obligation de garder le secret envers les personnes suivantes :

Nom	Prénom
Adresse	NPA/lieu
Date de naissance	Relation avec cette personne
Nom	Prénom
Adresse	NPA/lieu
Date de naissance	Relation avec cette personne
Nom	Prénom
Adresse	NPA/lieu
Date de naissance	Relation avec cette personne

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

I. 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 ?

II. 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 : Urgence – Incapacité soudaine de discernement

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).

Votre réponse pour la situation 1 : vous ne pouvez cocher qu'une seule variante, soit la **variante 1.1** ou **1.2** pour l'objectif thérapeutique de maintien en vie, soit la **variante 2** pour l'objectif thérapeutique d'allègement des souffrances.

Variante 1.1 Objectif thérapeutique de maintien en vie

Je souhaite être réanimé-e et pris-e en charge en unité de soins intensifs.

Variante 1.2 Objectif thérapeutique de maintien en vie

Je souhaite ne pas être réanimé-e mais être pris-e en charge en unité de soins intensifs.

Variante 2 Objectif thérapeutique d'allègement des souffrances

Je ne souhaite être ni réanimé-e, ni pris-e en charge en unité de soins intensifs.

Situation 2 : Maladie grave – Incapacité de discernement prolongée

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).

Votre réponse pour la situation 2 : vous ne pouvez cocher qu'une seule variante, soit la **variante 1.1** ou **1.2** pour l'objectif thérapeutique de maintien en vie, soit la **variante 2** pour l'objectif thérapeutique d'allègement des souffrances.

Variante 1.1 Objectif thérapeutique de maintien en vie

Je souhaite être réanimé-e et pris-e en charge en unité de soins intensifs.

Variante 1.2 Objectif thérapeutique de maintien en vie

Je souhaite ne pas être réanimé-e mais être pris-e en charge en unité de soins intensifs.

Variante 2 Objectif thérapeutique d'allègement des souffrances

Je ne souhaite être ni réanimé-e, ni pris-e en charge en unité de soins intensifs.

Situation 3 : Incapacité de discernement permanente

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).

Votre réponse pour la situation 3 : vous ne pouvez cocher qu'une seule variante, soit la **variante 1.1** ou **1.2** pour l'objectif thérapeutique de maintien en vie, soit la **variante 2** pour l'objectif thérapeutique d'allègement des souffrances.

Variante 1.1 Objectif thérapeutique de maintien en vie

Je souhaite être réanimé-e et pris-e en charge en unité de soins intensifs.

Variante 1.2 Objectif thérapeutique de maintien en vie

Je souhaite ne pas être réanimé-e mais être pris-e en charge en unité de soins intensifs.

Variante 2 Objectif thérapeutique d'allègement des souffrances

Je ne souhaite être ni réanimé-e, ni pris-e en charge en unité de soins intensifs.

III. 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 ?

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 clarté mentale et la capacité à percevoir la présence des personnes autour de moi sont plus importantes pour moi qu'un allègement optimal de la douleur et d'autres symptômes pénibles tels que détresse respiratoire, angoisse ou nausées. Dans ce but, je suis prêt-e à accepter certains symptômes.

IV. 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.



Remarque : veuillez apposer ici la date et votre signature.

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.

Les directives anticipées correspondent 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 6 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 6 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 courte

J'ai rédigé mes directives anticipées

Nom, prénom

NPA, localité

Date de naissance

Date

Signature

Pages intérieures

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 :

Variante 1.1 Objectif thérapeutique de maintien en vie

☐

Je souhaite être réanimé-e et pris-e en charge en unité de soins intensifs.

Variante 1.2 Objectif thérapeutique de maintien en vie

☐

Je souhaite ne pas être réanimé-e mais être pris-e en charge en unité de soins intensifs.

Variante 2 Objectif thérapeutique d'allègement des souffrances

☐

Je ne souhaite être ni réanimé-e, ni pris-e en charge en unité de soins intensifs.