



Directives anticipées

Mes volontés juridiquement contraignantes et mes souhaits concernant les traitements médicaux administrés à ma personne, ma prise en charge, ma fin de vie et mon décès

Établies par :

Prénom

Nom

Table des matières

1	Données personnelles	3
2	Dispositions médicales	3
2.1	Mesures de maintien en vie	3
2.2	Mesures de réanimation	4
2.3	Respiration assistée	4
2.4	Alimentation et hydratation artificielles	4
2.5	Apaisement de la douleur et des symptômes éprouvants	5
2.6	Hospitalisation en cas de soins permanents importants	5
3	Personnes habilitées à me représenter	6
4	Objectifs thérapeutiques et conseil	8
4.1	Objectif du traitement médical et de la prise en charge	8
4.2	Maladies existantes	8
4.3	Conseil	8
5	Personnes indésirables	9
6	Assistance spirituelle	10
6.1	Assistance	10
6.2	Rituels et gestes religieux peu avant ou après le décès	10
7	Lieu du décès	11
8	Don d'organes, de tissus et de cellules	11
8.1	Don d'organes en cas de décès par lésion cérébrale irréversible	11
8.2	Don d'organes en cas de décès par arrêt cardio-circulatoire	11
9	Mes volontés post mortem	12
9.1	Autopsie pour déterminer la cause du décès	12
9.2	Don du corps à un institut d'anatomie	12
9.3	Consultation de mon dossier médical après mon décès	12
9.4	Utilisation de mon dossier médical à des fins de recherche	12
10	Instructions particulières	13
11	Date et signature	13
12	Mise à jour des directives anticipées	13
13	Contrat thérapeutique en cas de maladie grave et/ou chronique	14

1 Données personnelles

Prénom	Nom
Rue, n°	Code postal, localité
Tél. privé	Tél. mobile
Tél. prof.	Courriel
Date de naissance	Localité d'origine ou pays
Religion, confession	

2 Dispositions médicales

→ VOIR « GUIDE » PAGE 7

2.1 Mesures de maintien en vie

→ VOIR « GUIDE » PAGE 7

Si je devais me trouver dans l'une des situations ci-dessous, j'attends de l'équipe médicale qu'elle applique les mesures suivantes :

En cas de [perte prolongée des capacités de communication](#) (à la suite d'un accident ou d'une maladie, p. ex. une attaque cérébrale) avec de très faibles chances de pouvoir entrer à nouveau en communication verbale et/ou non verbale avec autrui (même si je pouvais vivre encore plusieurs mois, voire des années avec la maladie),...

... je souhaite que l'on renonce aux mesures de maintien en vie (y compris les tentatives de réanimation).

... je souhaite que l'on utilise toutes les mesures thérapeutiques possibles pour me maintenir en vie dans le cadre du plan thérapeutique.

Lors d'une prise en charge nécessitant des [soins intensifs avec une perspective négative à long terme](#) (même si une amélioration de courte durée est possible),...

... je souhaite que l'on renonce aux mesures de maintien en vie (y compris les tentatives de réanimation).

... je souhaite que l'on utilise toutes les mesures thérapeutiques possibles pour me maintenir en vie dans le cadre du plan thérapeutique.

Au cours d'une [maladie incurable à un stade avancé](#) (telle que le cancer, la démence) où je dois faire face progressivement à de sévères limitations physiques et/ou intellectuelles (même si je pouvais vivre encore plusieurs mois avec la maladie),...

... je souhaite que l'on renonce aux mesures de maintien en vie (y compris les tentatives de réanimation).

... je souhaite que l'on utilise toutes les mesures thérapeutiques possibles pour me maintenir en vie dans le cadre du plan thérapeutique.

Dans la phase finale d'une maladie incurable dont l'issue est fatale dans un avenir prévisible...

- ... je souhaite que l'on renonce aux mesures de maintien en vie (y compris les tentatives de réanimation).
- ... je souhaite que l'on utilise toutes les mesures thérapeutiques possibles pour me maintenir en vie dans le cadre du plan thérapeutique.

2.2 Mesures de réanimation

→ VOIR « GUIDE » PAGE 9

Si je ne souffre d'aucune maladie mais que je suis victime d'un arrêt-cardio-circulatoire...

- ... je souhaite que l'on renonce en principe aux mesures de réanimation.

La décision ci-dessus est également applicable en cas d'un arrêt cardio-circulatoire lors d'une intervention médicale (par exemple une intervention chirurgicale ou une angiographie) ou lors d'une intervention effectuée par le personnel infirmier (par exemple l'administration d'un médicament).

Lors d'interventions médicales présentant un risque élevé, nous vous conseillons de discuter de cette décision avec votre médecin traitant.

La décision ci-dessus n'est pas applicable en cas d'un arrêt cardio-circulatoire lors d'une intervention médicale (par exemple une intervention chirurgicale ou une angiographie) ou lors d'une intervention effectuée par le personnel infirmier (par exemple l'administration d'un médicament).

- ... je souhaite que l'on prenne des mesures de réanimation dans le cadre du plan thérapeutique.

2.3 Respiration assistée

→ VOIR « GUIDE » PAGE 10

Lors d'une **maladie chronique, incurable et évolutive** (par exemple maladie neuro-musculaire ou musculaire avec diminution de la capacité respiratoire – SLA (sclérose latérale amyotrophique), sclérose en plaques, maladie de Duchenne –, cancer, affection pulmonaire chronique avancée – BPCO)...

- ... je souhaite que l'on renonce à une assistance respiratoire mécanique. Pour lutter efficacement contre les difficultés respiratoires, on appliquera plutôt des mesures palliatives optimales¹ (administration de médicaments et d'oxygène).
- ... je souhaite une assistance respiratoire mécanique sous la forme d'une intubation ou d'une trachéotomie dans le cadre du plan thérapeutique.

2.4 Alimentation et hydratation artificielles

→ VOIR « GUIDE » PAGE 12

En cas de **perte prolongée des capacités de communication** (à la suite d'un accident ou d'une maladie, p. ex. une attaque cérébrale) avec de très faibles chances de pouvoir entrer à nouveau en communication verbale et/ou non verbale avec autrui (même si je pouvais vivre encore plusieurs mois, voire des années avec la maladie),...

- ... je souhaite que l'on renonce à une alimentation et une hydratation artificielles. Je suis conscient que ce choix est susceptible d'abrégé ma vie. On apaisera la faim et la soif par des mesures palliatives optimales.
- ... je souhaite que l'on recoure à l'alimentation et l'hydratation artificielles selon le plan thérapeutique.

¹ Définition de « mesures palliatives » : voir → « GUIDE » PAGE 8.

Dans la phase finale d'une maladie incurable dont l'issue est fatale dans un avenir prévisible...

... je souhaite que l'on renonce à une alimentation et une hydratation artificielles. Je suis conscient que ce choix est susceptible d'abrégé ma vie. On apaisera la faim et la soif par des mesures palliatives optimales.

... je souhaite que l'on recoure à l'alimentation et l'hydratation artificielles selon le plan thérapeutique.

Lors d'une faiblesse irréversible due au grand âge ou d'une démence avancée qui m'obligent à rester alité et où je suis dans l'incapacité d'exprimer ma volonté...

... je souhaite que l'on renonce à une alimentation et une hydratation artificielles. Je suis conscient que ce choix est susceptible d'abrégé ma vie. On apaisera la faim et la soif par des mesures palliatives optimales.

... je souhaite que l'on recoure à l'alimentation et l'hydratation artificielles selon le plan thérapeutique.

2.5 Apaisement de la douleur et des symptômes éprouvants

→ VOIR « GUIDE » PAGE 13

En cas de douleurs, de nausées, d'anxiété et d'agitation,...

... je souhaite que les médicaments antidouleurs et les sédatifs soient dosés généreusement. Ce faisant, j'accepte aussi une éventuelle altération de ma conscience.

... je souhaite que les médicaments antidouleurs et les sédatifs ne me soient administrés que pour rendre mon état supportable. Il est important pour moi de rester conscient le plus longtemps possible.

2.6 Hospitalisation en cas de soins permanents importants

→ VOIR « GUIDE » PAGE 14

Si je suis atteint d'une maladie incurable et/ou me trouve dans un état de faiblesse irréversible dû au grand âge, qui m'obligent à rester toujours alité et dépendant d'une aide extérieure, et que je suis incapable de discernement et mon état de santé vient ultérieurement à se dégrader,...

... je souhaite ne pas être hospitalisé. J'ai conscience qu'à cette fin, les soins de base dont j'ai besoin doivent pouvoir être assurés dans le lieu où je me trouve.

... je souhaite être hospitalisé uniquement si cette mesure peut apporter une amélioration de la qualité de vie ou un soulagement des douleurs aiguës.

... je souhaite une hospitalisation dans tous les cas.

Instructions particulières :

3 Personnes habilitées à me représenter

→ VOIR « GUIDE » PAGE 15

Je désigne la personne suivante comme étant habilitée à me représenter :

Prénom	Nom
Rue, n°	Code postal, localité
Tél. privé	Tél. mobile
Tél. prof.	Courriel
Date de naissance	Localité d'origine ou pays
Nature de la relation	

La personne habilitée à me représenter prend des décisions à ma place dans le domaine médical et des soins, si je ne suis plus capable de discernement. La personne habilitée à me représenter...

- ... est informée sur mon état de santé et sur les pronostics quant à l'évolution de la maladie ;
- ... est associée à l'établissement du plan thérapeutique et de prise en charge ;
- ... impose ma volonté telle qu'elle est exprimée dans les présentes directives ;
- ... est habilitée à accepter les mesures médicales prévues ou à les refuser. Pour les questions médicales et relevant des soins qui ne sont pas couvertes par ces directives, la personne habilitée à me représenter décide à ma place dans le sens de mes directives anticipées et selon ma volonté présumée (art. 378 CC, al. 3) ;
- ... est habilitée à autoriser un éventuel prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules, sous réserve de mes dispositions prévues au chapitre 8, → [PAGE 11](#), des présentes directives.

Si la personne habilitée à me représenter, désignée ci-dessus, est dans l'impossibilité d'exercer sa fonction, les personnes suivantes sont autorisées à assumer ce rôle selon l'ordre ci-après :

Prénom	Nom
Rue, n°	Code postal, localité
Tél. privé	Tél. mobile
Tél. prof.	Courriel
Date de naissance	Localité d'origine ou pays
Nature de la relation	
Prénom	Nom
Rue, n°	Code postal, localité
Tél. privé	Tél. mobile
Tél. prof.	Courriel
Date de naissance	Localité d'origine ou pays
Nature de la relation	

4 Objectifs thérapeutiques et conseil

4.1 Objectif du traitement médical et de la prise en charge

→ VOIR « GUIDE » PAGE 16

En fonction de mon échelle de valeurs et de mon projet de vie, je souhaite que les mesures médicales prises dans les situations suivantes ne servent plus en premier lieu à préserver la vie mais à préserver la meilleure qualité de vie possible :

4.2 Maladies existantes

→ VOIR « GUIDE » PAGE 16

Au moment d'établir ou d'actualiser les présentes directives anticipées, je ne suis atteint d'aucune maladie. Je souhaite prendre les mesures nécessaires pour le cas où je ne serais plus capable de discernement.

Au moment d'établir ou d'actualiser les présentes directives anticipées, je souffre de la maladie suivante. Je suis informé de son évolution et des possibilités de traitement :

En cas de maladie grave et/ou chronique, nous vous recommandons de discuter vos directives anticipées avec votre médecin traitant et de les compléter par un contrat thérapeutique (voir → PAGE 14 de ces directives anticipées).

4.3 Conseil

→ VOIR « GUIDE » PAGE 16

Pour rédiger les présentes directives, j'ai été conseillé par...

mon médecin traitant _____

J'ai discuté de mes directives anticipées avec les personnes habilitées à me représenter.

5 Personnes indésirables

Je demande expressément que les personnes ci-après ne soient ni autorisées à me rendre visite, ni informées sur mon état de santé, et qu'elles ne puissent exercer aucune influence de quelque manière que ce soit :

Prénom

Nom

Rue, n°

Code postal, localité

Nature de la relation

Remarques

Prénom

Nom

Rue, n°

Code postal, localité

Nature de la relation

Remarques

6 Assistance spirituelle

6.1 Assistance

Pendant une hospitalisation ou un séjour dans un foyer, ou lorsque ma vie approchera de son terme, je souhaite être pris en charge par l'accompagnateur spirituel suivant :

_____	_____
Prénom	Nom
_____	_____
Rue, n°	Code postal, localité
_____	_____
Tél. privé	Tél. mobile
_____	_____
Tél. prof.	Courriel

Je n'ai pas d'accompagnateur spirituel personnel et fais volontiers appel à l'aumônerie de l'hôpital ou du foyer.

Je renonce expressément à faire appel à l'aumônerie de l'hôpital ou du foyer.

En lieu et place d'un accompagnement religieux, je souhaite être accompagné par la personne suivante :

_____	_____
Prénom	Nom
_____	_____
Rue, n°	Code postal, localité
_____	_____
Tél. privé	Tél. mobile
_____	_____
Tél. prof.	Courriel

6.2 Rituels et gestes religieux peu avant ou après le décès

Je souhaite pouvoir bénéficier à temps, juste avant et/ou après ma mort, des rituels et gestes prévus par ma religion/confession ou ma spiritualité personnelle. Il s'agit de :

Je renonce expressément à des actes et gestes religieux juste avant et/ou après ma mort.

7 Lieu du décès

Je voudrais si possible mourir **chez moi** ou dans mon entourage familial (par exemple dans le foyer où je vis).

Je souhaite mourir **dans une institution** (qui offre si possible des soins palliatifs).

8 Don d'organes, de tissus et de cellules

→ VOIR « GUIDE » PAGE 17

8.1 Don d'organes en cas de décès par lésion cérébrale irréversible

→ VOIR « GUIDE » PAGE 18

Si ma mort intervient à la suite d'une lésion cérébrale irréversible, je suis prêt à faire don de mes organes, tissus et cellules comme suit (je coche ce qui convient) :

Cœur	Poumons	Foie
Reins	Intestin grêle	Pancréas
Cornée	Valves cardiaques et vaisseaux sanguins	Autres tissus et cellules

Je sais que ce consentement porte également sur les mesures médicales qui permettent de préserver la fonction des organes dont je fais don (par exemple la poursuite de la thérapie entamée, l'administration de médicaments pour le maintien de la fonction cardio-vasculaire, les tests sanguins pour le contrôle du traitement, etc.).

Si ma mort intervient à la suite d'une lésion cérébrale, je refuse tout prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules en vue d'un don.

Je confie la décision à la personne autorisée à me représenter.

8.2 Don d'organes en cas de décès par arrêt cardio-circulatoire

→ VOIR « GUIDE » PAGE 18

Si ma mort intervient à la suite d'un arrêt cardio-circulatoire après une réanimation infructueuse ou après la décision de l'équipe médicale et soignante de mettre fin aux mesures de maintien en vie dont le pronostic est sans espoir, j'autorise le prélèvement des organes, tissus et cellules suivants (je coche ce qui convient) :

Cœur	Poumons	Foie
Reins	Intestin grêle	Pancréas
Cornée	Valves cardiaques et vaisseaux sanguins	Autres tissus et cellules

Je sais que ce consentement porte également sur les mesures médicales qui permettent de préserver la fonction des organes dont je fais don. J'ai également conscience du fait que certaines de ces mesures médicales doivent être appliquées avant que mon décès n'ait été constaté (par exemple les tests sanguins et autres analyses, l'injection de médicaments, des massages cardiaques, la pose de sondes permettant l'irrigation et le refroidissement des organes, etc.).

Si ma mort intervient à la suite d'un arrêt cardio-circulatoire, je refuse tout prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules en vue d'un don.

Je confie la décision à la personne autorisée à me représenter.

9 Mes volontés post mortem

9.1 Autopsie pour déterminer la cause du décès

→ VOIR « GUIDE » PAGE 19

Je refuse qu'une autopsie soit effectuée.

Je consens à une autopsie à des fins de formation et/ou de recherche.

9.2 Don du corps à un institut d'anatomie

→ VOIR « GUIDE » PAGE 19

Je ne souhaite pas faire don de mon corps pour la recherche médicale après ma mort.

Après ma mort, je lègue mon corps à la science sans restriction et j'ai signé un formulaire « Dernière volonté » dans ce sens auprès de l'université suivante :

Nom de l'université

9.3 Consultation de mon dossier médical après mon décès

→ VOIR « GUIDE » PAGE 19

Les personnes suivantes sont autorisées à consulter mon dossier médical :

Prénom

Nom

Rue, n°

Code postal, localité

Prénom

Nom

Rue, n°

Code postal, localité

Je n'autorise personne à consulter mon dossier médical.

9.4 Utilisation de mon dossier médical à des fins de recherche

→ VOIR « GUIDE » PAGE 19

Mon dossier médical...

... peut être utilisé (sous réserve du respect des règles de protection des données) à des fins de recherche.

... ne doit pas être utilisé à des fins de recherche.

10 Instructions particulières

→ VOIR « GUIDE » PAGE 20

11 Date et signature

→ VOIR « GUIDE » PAGE 20

J'ai établi les présentes directives anticipées après mûre réflexion, en pleine possession de mes facultés mentales, et donc de ma capacité de discernement. Elles s'appliquent aux situations dans lesquelles je ne serais plus en mesure de prendre les décisions quant à mon traitement médical et à ma prise en charge, ni de communiquer ma volonté à autrui (selon art. 370 et 372 CC).

Les dispositions des présentes directives restent applicables même si des événements imprévus ont affecté le traitement (par exemple lors d'une erreur de traitement).

Lieu, date

Signature

12 Mise à jour des directives anticipées

→ VOIR « GUIDE » PAGE 20

Tant que vous êtes capable de discernement, vous pouvez modifier vos directives anticipées ou les révoquer en tout temps. Une mise à jour se révèle particulièrement importante dès le moment où votre état de santé ou votre situation de vie devaient se modifier. En cas de maladie grave et/ou chronique, nous vous recommandons de discuter de vos directives anticipées avec votre médecin traitant et de les compléter par un contrat thérapeutique (voir → PAGE 14 des présentes directives anticipées).

Ces directives anticipées correspondent toujours à ma volonté. Je le confirme en apposant ma signature.

Lieu, date

Signature

Lieu, date

Signature

13 Contrat thérapeutique en cas de maladie grave et/ou chronique

→ VOIR « GUIDE » PAGE 21

Notez que :

lors du diagnostic d'une maladie grave et/ou chronique, vous pouvez retenir par écrit conjointement avec votre médecin traitant le plan thérapeutique concret en le considérant comme un contrat thérapeutique et en compléter vos directives anticipées.

Les dispositions des présentes directives correspondent au plan thérapeutique dont j'ai convenu avec mon médecin traitant.

Lieu, date

Signature (auteur-e des présentes directives anticipées)

Les dispositions des présentes directives anticipées correspondent au plan thérapeutique dont j'ai convenu avec l'auteur-e de ces directives anticipées.

Lieu, date

Signature et timbre (médecin)

Mise à jour du contrat thérapeutique

J'ai discuté à nouveau les dispositions de ces directives anticipées avec mon médecin traitant. Elles correspondent au plan thérapeutique dont j'ai convenu avec lui/elle.

Lieu, date

Signature (auteur-e des présentes directives anticipées)

Lieu, date

Signature et timbre (médecin)

Lieu, date

Signature (auteur-e des présentes directives anticipées)

Lieu, date

Signature et timbre (médecin)



Dialog Ethik conseille et accompagne les personnes âgées, les patients et leurs proches lors de la prise de décisions médicales et concernant les soins en général ou les soins à domicile, de même que lors de la transition vers un logement assisté, un foyer pour personnes âgées ou une institution médicalisée. Dialog Ethik apporte aussi son soutien aux hôpitaux et à d'autres institutions dans le domaine de la santé et du social en matière de gestion des questions éthiques qui se posent lors du traitement et de la prise en charge de patientes et patients.

Dialog Ethik est un organisme indépendant, neutre sur le plan politique et religieux, à but non lucratif. Son équipe interdisciplinaire de professionnels est soucieuse de la dignité humaine, de la justice et de la solidarité et s'engage en faveur du respect et de l'équité dans le domaine de la santé publique. En outre, Dialog Ethik encourage le débat public sur les questions éthiques en médecine et dans les soins infirmiers. Dialog Ethik bénéficie de dizaines d'années d'expérience dans la maîtrise de problèmes éthiques dans le domaine médical et des soins dans le secteur de la santé et du social.

Fondation Dialog Ethik

Schaffhauserstrasse 418, 8050 Zurich

Service de conseil par téléphone : 0900 418 814 (CHF 2.- par minute depuis le réseau fixe)

Tél. 044 252 42 01, Fax 044 252 42 13

info@dialog-ethik.ch, www.dialog-ethik.ch

Dons :

CCP 85-291588-7

IBAN CH82 0900 0000 8529 1588 7



**Fondation Suisse
de Cardiologie**

Active contre les maladies cardiaques et l'attaque cérébrale

Les maladies cardio-vasculaires sont la principale cause de décès en Suisse. La Fondation Suisse de Cardiologie s'engage à soulager les souffrances existantes et à en prévenir de futures. En plus de la recherche, de l'information et de la prévention, ainsi que des conseils et de l'accompagnement de personnes concernées, s'y ajoute le souci d'une fin de vie dans la dignité. La Fondation Suisse de Cardiologie publie conjointement avec Dialog Ethik les directives anticipées complétées par un passage spécifique sur la réanimation en cas d'arrêt cardio-circulatoire.

Fondation Suisse de Cardiologie

Dufourstrasse 30, case postale 368, 3000 Berne 14

Tél. 031 388 80 80, Fax 031 388 80 88

info@swissheart.ch, www.swissheart.ch

Dons :

CCP 10-65-0

IBAN CH16 0900 0000 1000 0065 0

Les directives anticipées du patient sont un instrument de décision pour le bien-être des patients et de décharge des proches ainsi que de l'équipe médicale et soignante. Ces directives anticipées visent à favoriser le dialogue entre le patient, les personnes habilitées à le représenter et l'équipe médicale et soignante. En outre, elles entendent développer une attitude de partenariat pour la discussion et la prise de décision au moment de leur application concrète.

Éditeur

Fondation Dialog Ethik
Schaffhauserstrasse 418
CH-8050 Zurich

Tél. 044 252 42 01
Fax 044 252 42 13

Service de conseil par téléphone : 0900 418 814 (CHF 2.- par minute depuis le réseau fixe)

info@dialog-ethik.ch
www.dialog-ethik.ch

© 2023 Fondation Dialog Ethik, Zurich. Tous droits réservés.
2^e édition

La version allemande est la version d'origine.

Dans le but de simplifier la lisibilité, les directives anticipées du patient n'utilisent qu'un genre à la fois. L'emploi de la formule masculine « patient » fait indifféremment référence aux patients et aux patientes.