



Directives anticipées de la Ligue contre le cancer

Mes volontés en cas de maladie et décès

Directives anticipées de



Impressum

Editeur

Ligue suisse contre le cancer
Effingerstrasse 40
case postale 8219
3001 Berne
tél. 031 389 91 00
fax 031 389 91 60
info@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch

Direction du projet

Eva Waldmann, responsable du programme
Réadaptation et soins palliatifs, Ligue suisse contre
le cancer, Berne

Textes

Dr théol. Ruth Baumann-Hölzle, directrice Institut
Dialog Ethik, Zurich
Lic. phil. Patrizia Kalbermatten-Casarotti, MAS,
collaboratrice scientifique, directives anticipées,
Institut Dialog Ethik, Zurich
Lic. phil. Sabine Jenny, responsable du programme
Service InfoCancer, Ligue suisse contre le cancer, Berne
Verena Marti, soutien service de publications,
Ligue suisse contre le cancer, Berne
Lic. phil. Daniela Ritzenthaler-Spielmann, collaboratrice
scientifique, directives anticipées, Institut Dialog Ethik,
Zurich
Eva Waldmann, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Conseils scientifiques

Dr med. Hans Neuenschwander, Hospice Ticino et
IOSI, Lugano
Dr med. Claudia Mazzocato, PD, MER, service de soins
palliatifs, CHUV, Lausanne
Dr med. Ueli Grüninger, Directeur du Collège de
médecine de premier recours (CMPR), Berne
Irma Boving, infirmière spécialisée en oncologie,
collaboratrice de la Ligne InfoCancer, Ligue suisse
contre le cancer, Berne
Klara Högger, infirmière diplômée, conseillère de la ligue
contre le cancer des cantons de Saint-Gall et Appenzel
Anne-Lise Bezençon, assistante sociale à la ligue
valaisanne contre le cancer

Révision

Rosita Oppizzi, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Photos

ImagePoint AG, Zurich

Conception graphique

Wassmer Graphic Design, Zäziwil

Impression

Geiger SA, Berne

Ce document est également disponible en allemand et
en italien.

© 2013, 2009

Ligue suisse contre le cancer, Berne
2^e édition revue et corrigée

En collaboration avec



Ce document vous encourage à aborder les questions importantes liées à la dernière phase de votre vie, idéalement avec des personnes qui vous sont proches. Il vous offre l'opportunité de définir à l'avance les décisions qu'on devra prendre à votre place si un jour vous n'en étiez plus capable seul.

Ces directives anticipées mettent l'accent sur les questions liées au cancer.

Vous trouvez des informations supplémentaires dans la brochure «Décider jusqu'au bout – raison d'être et mode d'emploi des directives anticipées» (commande p. 34).

Données personnelles

Les données personnelles sont essentielles. Nous vous invitons à les remplir en priorité.

Comment procéder:

- > Cochez les cases correspondantes ()
- > Dated et signez le document à la main.
- > Si vous remplissez le document à la main, écrivez lisiblement.

Prénom/Nom

Rue/Numéro

NPA/Lieu

Téléphone fixe

Téléphone mobile

Date de naissance

Commune d'origine

Religion/Confession

Médecin traitant

Prénom/Nom

Adresse

Téléphone professionnel

Téléphone mobile

Courriel

Avant-propos

Rédiger des directives anticipées n'est pas une entreprise facile. Au quotidien, on préfère esquiver les thèmes tels que la maladie et la mort. Celui qui franchit ce pas y découvre souvent un apaisement, voire un soulagement.

Les directives anticipées vous aident, ainsi que vos proches et l'équipe soignante, à cerner ce que vous voulez, et surtout ce que vous ne voulez pas vivre en fin de vie. Les directives anticipées sont l'expression de votre volonté définie à l'avance dans le cas où vous n'étiez plus capable de discernement.

Discutez des décisions que vous avez prises dans ce document avec vos proches, votre représentant thérapeutique et ses remplaçants ou avec d'autres personnes en qui vous avez confiance. De tels échanges sont précieux pour engager une réflexion autour des questions existentielles.

Lieu de dépôt

*Mettez à portée de main vos directives anticipées!
Transmettez une copie de vos directives anticipées à votre représentant thérapeutique, à votre médecin de famille ou à votre médecin traitant. Assurez-vous que ces personnes puissent les transmettre à l'hôpital en cas de nécessité.*

Depuis le premier janvier 2013, il est possible d'enregistrer le lieu de dépôt sur la carte d'assuré de votre caisse maladie. Demandez à votre médecin d'entreprendre, à votre nom, les démarches nécessaires à cet enregistrement.

Également depuis le premier janvier 2013, les médecins hospitaliers prenant en charge un patient incapable de discernement ont l'obligation de s'assurer de l'existence de directives anticipées en vérifiant les données sur la carte d'assuré. C'est pourquoi l'enregistrement du lieu de dépôt sur ladite carte est si important.

Dans les annexes à la page 34, vous trouvez l'adresse d'un site Internet qui fournit de plus amples informations sur la carte d'assuré.

En dernière page de ce document, vous trouvez des coupons à détacher sous la forme de carte de crédit. Remplissez-les avec les noms des personnes qui ont les copies de vos directives anticipées et portez-les toujours sur vous, elles seront utiles en cas d'urgence. Toutes les ligues cantonales (adresses p. 35) vous donnent volontiers des conseils sur la manière de remplir vos directives anticipées. N'hésitez pas à commander la brochure (p. 34).

Pour simplifier la lecture, nous avons choisi le genre masculin pour tous les termes susceptibles d'être utilisés aussi bien au féminin qu'au masculin.

Table des matières

Cette table des matières «à dater soi-même» vous offre la possibilité de remplir de manière non chronologique les différentes rubriques en prenant le temps dont vous avez besoin pour chacune d'elle.

Notez simplement dans la colonne de droite la date à laquelle vous avez complété le chapitre correspondant. Cette méthode permettra à l'équipe soignante de relever immédiatement les thèmes sur lesquels vous aurez déjà travaillé.

Si vous apportez des compléments d'information ou des modifications, inscrivez-les sous la rubrique «mises à jour» à la page 32 en y apposant la date et votre signature.

	Page	Complété le
Données personnelles	3	_____
Avant-propos	4	_____
Destinataires	6	_____
Représentant thérapeutique	6	_____
Ce qui importe dans ma vie	10	_____
Directives au sujet des soins médicaux	13	_____
Soulager la douleur	13	_____
Soulager la dyspnée	14	_____
Soulager les autres symptômes	15	_____
Alimentation	16	_____
Hydratation	18	_____
Mesures de maintien en vie	18	_____
Réanimation	19	_____
Prise en charge et accompagnement	20	_____
Transfert dans un hôpital de soins aigus	20	_____
Lieu du décès	21	_____
Accompagnement	21	_____
Rites et pratiques religieux	23	_____
Après ma mort	24	_____
La recherche	24	_____
Dispositions concernant mon corps	25	_____
Consultation de mon dossier médical	27	_____
Obsèques et funérailles	28	_____
Ce qui est important à mes yeux	30	_____
Date et signature	31	_____
Mises à jour	32	compléter à la page 32
Documents importants et lieux de dépôt	33	_____
Annexes	34	_____

Destinataires

Remplissez impérativement et dûment cette partie.

Aussi longtemps que je serai capable de discernement, j'aurai le droit d'accepter ou de refuser tout traitement proposé par mon médecin traitant.

Bien que les progrès de la médecine aient largement contribué à améliorer l'espérance et la qualité de vie, il n'en reste pas moins que certains choix thérapeutiques modernes peuvent engendrer des situations problématiques. En tant que personne autonome et capable de discernement, j'ai le droit de renoncer aux mesures médicales et aux soins qui ne me paraissent pas souhaitables; en revanche, je peux réclamer des mesures si elles sont médicalement indiquées. J'exige par conséquent que mes volontés soient respectées.

Par ces directives anticipées, je souhaite décharger les représentants thérapeutiques et l'équipe soignante. Elles leur serviront de point de repère lorsqu'ils devront prendre des décisions et agir selon ma volonté.

Représentant thérapeutique

Le représentant thérapeutique:

- > *reçoit des informations sur l'état de santé et sur le pronostic concernant l'évolution de la maladie de la personne incapable de discernement*
- > *est impliqué dans les prises de décision concernant les soins et la prise en charge de la personne incapable de discernement*
- > *applique les volontés consignées dans les directives anticipées*
- > *autorise ou non les mesures médicales prévues*
- > *décide des démarches à suivre en faveur de la personne incapable de discernement lorsque des décisions de traitement ou de soins qui ne figurent pas dans les directives ont été prises. Il le fera conformément à la volonté présumée dans les directives anticipées*
- > *a le droit de décider du prélèvement éventuel d'organes, de tissus ou de cellules, sous réserve de la directive sous la rubrique «Dispositions concernant mon corps» (p. 25)*

Les personnes désignées ci-après sont informées de mes directives anticipées.

Je délègue l'équipe médicale et soignante du secret médical envers les personnes ci-après.

Représentant thérapeutique

Prénom/Nom

Adresse

Date de naissance

Téléphone privé/Téléphone professionnel

Téléphone mobile/Courriel

Type de relation (ami, famille, etc.)

Éventuellement convenu avec cette personne

Personnes remplaçantes

Si la personne susmentionnée n'est pas en mesure d'assumer cette tâche, les personnes suivantes sont, dans l'ordre, autorisées à la remplacer:

Prénom/Nom

Adresse

Date de naissance

Téléphone privé/Téléphone professionnel

Téléphone mobile/Courriel

Type de relation (ami, famille, etc.)

Éventuellement convenu avec cette personne

Prénom/Nom _____

Adresse _____

Date de naissance _____

Téléphone privé/Téléphone professionnel _____

Téléphone mobile/Courriel _____

Type de relation (ami, famille, etc.) _____

Éventuellement convenu avec cette personne _____

Pas de représentant thérapeutique désigné

Si je n'ai pas désigné de représentant thérapeutique, les personnes énumérées ci-dessous, dans l'ordre, sont autorisées à me représenter:

Article 378 Code civil suisse: sont habilités à représenter la personne incapable de discernement et à consentir ou non aux soins médicaux que le médecin envisage de lui administrer ambulatoirement ou en milieu institutionnel, dans l'ordre:

- > le curateur qui a la tâche de la représenter dans le domaine médical
- > son conjoint ou son partenaire enregistré, s'il fait ménage commun avec elle ou s'il lui fournit une assistance personnelle régulière
- > la personne qui fait ménage commun avec elle*
- > ses descendants*
- > ses père et mère*
- > ses frères et sœurs*

** Uniquement si ces personnes fournissent une assistance personnelle régulière à la personne incapable de discernement.*

Je n'ai pas désigné de représentant thérapeutique et je désire que mes proches, selon l'ordre légal, exercent ce droit.

- Je n'ai pas désigné de représentant thérapeutique **et ne souhaite pas** que mes proches, comme le prévoit la loi, exercent ce droit. **Je suis informé** que dans ce cas de figure, l'autorité de protection de l'adulte institue éventuellement une curatelle de représentation (exerçant les droits d'un représentant thérapeutique) qui est habilitée à prendre des décisions sur des éléments qui ne figurent pas dans mes directives anticipées.

Personnes non habilitées

Les personnes suivantes ne sont autorisées ni à me rendre visite ni à exercer une quelconque influence sur des prises de décision me concernant.

Prénom/Nom

Adresse

Type de relation

Remarques

Prénom/Nom

Adresse

Type de relation

Remarques

Remerciements

Je remercie de tout cœur les médecins, le personnel soignant, le représentant thérapeutique et ses remplaçants, ainsi que toute autre personne concernée. Je suis conscient de la situation extrêmement difficile à laquelle ils pourraient faire face.

Ce qui importe dans ma vie

Les réponses que vous aurez données ci-après décrivent votre attitude face à la vie, expriment vos valeurs, vos souhaits, vos peurs, vos attentes et vos espoirs. Elles reflètent votre personnalité et faciliteront votre prise en charge ultérieure. Grâce à vos indications, il sera plus facile de déterminer comment vous auriez agi dans une situation que vous n'avez pas explicitement mentionnée dans vos directives anticipées.

Je me sens bien dans les situations suivantes

p. ex. environnement, personnes, animaux, odeurs, température, couleurs, sons, etc.

Ce que j'apprécie dans la relation à autrui

p. ex. proximité – distance, présence physique – échanges intellectuels, activités – rencontres, conversations – silence, etc.

Ces habitudes de vie/rituels me sont importants

p. ex. emploi du temps au quotidien, nourriture et boisson, soins corporels, contacts, loisirs, compagnie d'un animal domestique, etc.

J'accorde une importance particulière à

p. ex. tenue vestimentaire, soins corporels, agencement de mon environnement, spiritualité, contacts sociaux, etc.

Ce que j'aime

p. ex. manger, boire, musique, contact physique, activités, la manière d'être couché dans mon lit, contacts sociaux, etc.

Ce que je n'aime pas

p. ex. nourriture et boisson, la manière d'être couché dans mon lit, musique, contact physique, activités, contacts sociaux, etc.

Ce que j'aimerais encore vivre

p. ex. un événement, une rencontre, une réconciliation, une conversation, la concrétisation d'un souhait, la découverte d'un lieu, un voyage, etc.

Mes valeurs et croyances

p. ex. convictions, philosophie, personnalités, etc.

Mes peurs

p. ex. les limitations, le handicap, la perte, les blessures, etc.

Je souhaite qu'on respecte ce qui suit

Directives au sujet des soins médicaux

Vous pouvez remplir cette partie partiellement et à différents moments.

Les directives de la Ligue contre le cancer approfondissent les questions spécifiques posées en cas de cancer.

Parlez à votre médecin ou au personnel soignant des directives anticipées se référant aux soins médicaux si des questions surgissent lorsque vous remplissez les chapitres y relatifs. Laissez-vous expliquer les avantages, les inconvénients et aussi les éventuelles conséquences des différentes options proposées.

Soins palliatifs

Les soins palliatifs comprennent les traitements médicaux, les soins physiques, le soutien psychologique, social et spirituel. Ils sont destinés aux personnes souffrant de maladies incurables ou chroniques évolutives. Le soulagement des douleurs et d'autres symptômes lourds comme la dyspnée, les nausées et l'anxiété sont au centre de la prise en charge. Les soins palliatifs offrent aux patients, compte tenu de leur situation, la meilleure qualité de vie possible jusqu'à leur décès, tout en apportant un soutien approprié à leurs proches.

Dans l'hypothèse où je ne devais plus être en mesure de faire part de mes volontés, je consigne ici ce que j'attends de l'équipe soignante. Si les dispositions mentionnées dans ce document s'avèrent insuffisantes pour prendre une décision dans une situation donnée, mon représentant thérapeutique est autorisé à accepter ou à refuser les mesures proposées.

Soulager la douleur

Je veux que mes douleurs soient traitées conformément aux connaissances issues des soins palliatifs modernes et pars du principe que ce sera le cas.



Variante A

Si malgré les meilleurs traitements actuels je devais souffrir de douleurs, je veux que les médicaments contre la douleur, les sédatifs et autres médicaments nécessaires soient dosés en conséquence afin de soulager les symptômes. Ce faisant, j'accepte que mon état de conscience puisse être altéré et la durée de vie diminuée.



Variante B

Je tiens à préserver des périodes de lucidité. Si malgré les meilleurs traitements actuels je devais souffrir de douleurs, je veux que les médicaments contre la douleur, les sédatifs et autres médicaments nécessaires soient administrés uniquement pour rendre mon état supportable.

Instructions particulières

Soulager la dyspnée

La sensation de ne plus pouvoir respirer correctement peut provoquer des angoisses. Il existe des mesures qui soutiennent la fonction respiratoire et évitent ainsi la dyspnée.

Dans le domaine des soins palliatifs, la dyspnée est soulagée par des médicaments et d'autres mesures thérapeutiques. Au besoin, on administre de l'oxygène par le biais d'une sonde nasale.

Le masque respiratoire est une assistance respiratoire pour amener davantage d'oxygène.

En cas de mesures invasives (soins demandant une lésion de l'organisme) nécessitant des appareils pour soutenir la respiration, l'apport d'oxygène se fait directement par un tuyau posé dans la trachée. C'est possible par la bouche, le nez ou par une trachéotomie (ouverture pratiquée chirurgicalement).



Je ne souhaite pas d'assistance respiratoire. La dyspnée doit uniquement être traitée par des mesures palliatives efficaces.



Variante A

Si malgré les meilleurs traitements actuels je devais souffrir de dyspnée, je veux que les médicaments contre la douleur, les sédatifs et autres médicaments nécessaires soient dosés en conséquence afin de soulager les symptômes. Ce faisant, j'accepte que mon état de conscience puisse être altéré et la durée de vie diminuée.

- Variante B
Je tiens à préserver des périodes de lucidité. Si malgré les meilleurs traitements actuels je devais souffrir de dyspnée, je veux que les médicaments contre la douleur, les sédatifs et autres médicaments nécessaires soient administrés uniquement pour rendre mon état supportable.

- Je souhaite une assistance respiratoire

- Variante A
à l'aide d'un masque respiratoire, mais sans intubation, ni trachéotomie, si tant est que l'équipe soignante estime que la respiration artificielle est médicalement indiquée.

- Variante B
également au moyen d'une intubation ou d'une trachéotomie, si tant est que l'équipe soignante estime que la respiration artificielle est médicalement indiquée.

Intubation

Introduction d'un tube dans la trachée ou le larynx qui favorise la respiration artificielle.

Soulager les autres symptômes

Je veux que mes douleurs soient traitées conformément aux connaissances issues des soins palliatifs modernes et pars du principe que ce sera le cas.

- Variante A
Si malgré les meilleurs traitements actuels les symptômes n'étaient pas suffisamment soulagés, je veux que les médicaments contre la douleur, les sédatifs et autres médicaments nécessaires soient administrés en conséquence. Ce faisant, j'accepte que mon état de conscience puisse être altéré et la durée de vie diminuée.
- Variante B
Je tiens à préserver des périodes de lucidité. Si malgré les meilleurs traitements actuels les symptômes n'étaient pas suffisamment soulagés, je veux que les médicaments contre la douleur, les sédatifs et autres médicaments nécessaires soient administrés uniquement pour rendre mon état supportable.

Instructions particulières

Alimentation

S'il est vrai que le droit à l'alimentation (solide et liquide) est un droit humain, il est aussi vrai que refuser de manger ou de boire constitue un acte de liberté d'expression.

Alimentation

- Je veux que l'on respecte mon refus de manger et d'être alimenté. Cela signifie que l'on cesse de me nourrir dès l'instant où je le signale, par exemple en fermant la bouche ou en hochant de la tête.*

* L'équipe soignante doit s'assurer que le refus de manger ne résulte pas d'un problème organique, par exemple de douleurs au niveau de la bouche, du larynx ou de l'œsophage.

Compléments alimentaires

- Je refuse de recevoir des compléments alimentaires (p. ex. vitamines, boissons énergétiques, etc.).
- Je souhaite recevoir des compléments alimentaires (p. ex. vitamines, boissons énergétiques, etc.).

Alimentation artificielle

L'alimentation artificielle fait partie des mesures destinées à maintenir en vie.

Assurez-vous que vos décisions concordent avec celles mentionnées à la page 18 «Mesures de maintien en vie».

Le souhait d'une alimentation artificielle, même dans la dernière phase d'une maladie incurable, est exaucé seulement si l'équipe médicale et soignante la considère comme adaptée médicalement. Une alimentation artificielle n'est pas adaptée par exemple quand le patient est en phase finale ou sur le point de mourir.

L'alimentation artificielle peut se faire de trois manières:

- > *Par sonde nasogastrique (tuyau flexible introduit dans l'estomac par le nez)*
- > *Par sonde gastrique percutanée à travers la paroi abdominale (SGP)*
- > *Par perfusion (sans passer par les voies digestives)*

Alimentation par sonde nasogastrique

- Variante A
Je refuse d'être alimenté par une sonde nasogastrique même si cela devait abrégé ma vie. La prise en charge se limitera aux soins de bouche, de la peau et des muqueuses.

- Variante B
Même en fin de vie d'une maladie incurable, je souhaite, si je ne peux plus absorber une quantité suffisante de nourriture par voie naturelle, être alimenté par une sonde nasogastrique, pour autant que cela soit indiqué sur le plan médical.

Alimentation par sonde gastrique percutanée (SGP)

- Variante A
Je refuse d'être alimenté par une sonde gastrique percutanée même si cela devait abrégé ma vie. La prise en charge se limitera aux soins de bouche, de la peau et des muqueuses.
- Variante B
Même en fin de vie d'une maladie incurable, je souhaite, si je ne peux plus absorber une quantité suffisante de nourriture par voie naturelle, être alimenté par une sonde gastrique percutanée, à condition que cela soit indiqué sur le plan médical.

Alimentation par perfusion (p. ex. par voie veineuse)

- Variante A
Je refuse d'être alimenté par perfusion, même si cela devait abrégé ma vie. La prise en charge se limitera aux soins de bouche, de la peau et des muqueuses.
- Variante B
Même en fin de vie d'une maladie incurable, je souhaite, si je ne peux plus absorber une quantité suffisante de nourriture par voie naturelle, être alimenté par perfusion, à condition que cela soit indiqué sur le plan médical.

Instructions particulières

Hydratation

Si je ne peux plus boire

- je refuse tout liquide par perfusion.
- j'accepte une perfusion si l'on constate que j'ai soif. En cas d'apparition d'œdèmes, les perfusions doivent être stoppées.

Instructions particulières

Mesures de maintien en vie

- Variante A
Je ne veux pas de mesures de maintien en vie. Je souhaite uniquement des soins et un accompagnement qui soulagent les symptômes (voir soins palliatifs à la p. 13).
 - > L'équipe médicale et soignante s'abstient de prendre des mesures diagnostiques et thérapeutiques qui servent explicitement à me maintenir en vie. Des mesures comme la respiration artificielle, la dialyse, les médicaments soutenant le fonctionnement du système cardiovasculaire, les antibiotiques et les transfusions sont stoppées.
 - > Des mesures diagnostiques et thérapeutiques doivent servir uniquement à une prise en charge palliative optimale (soulagement des symptômes).
- Variante B
Je veux que l'équipe médicale et soignante épuise toutes les possibilités à disposition pour me maintenir en vie, pour autant qu'elles soient médicalement indiquées.

Instructions particulières

Réanimation

La réanimation est l'ensemble des mesures d'urgence prises immédiatement après un arrêt cardiovasculaire et/ou respiratoire avec perte de conscience. Elle vise à rétablir le plus rapidement possible les fonctions circulatoires et respiratoires pour assurer un apport d'oxygène suffisant aux organes vitaux (en particulier au cerveau, au cœur et aux reins).

Les mesures de réanimation cardio-pulmonaire comprennent notamment le massage cardiaque, la défibrillation, l'intubation, la respiration artificielle, ainsi que l'administration de médicaments qui stimulent la circulation sanguine. Si les mesures de réanimation échouent ou ne sont pas pratiquées, la mort est inéluctable.

Seuls 5% des patients survivent à un arrêt cardiovasculaire et/ou respiratoire hors hôpital. Si l'arrêt se produit à l'hôpital, les chances de survie sont plus élevées.

Les probabilités d'une réanimation réussie sont très faibles lors d'un cancer au stade avancé. Même en cas de succès, plus le patient sera âgé ou dans un état de santé général mauvais, plus il sera probable qu'il conserve des séquelles importantes (notamment des lésions cérébrales dues au manque d'oxygène).

En cas d'arrêt cardiovasculaire et/ou respiratoire

je souhaite des mesures de réanimation.

je refuse toute mesure de réanimation.

Instructions particulières

Défibrillation

Transmission contrôlée d'un «électrochoc» au muscle cardiaque pour restaurer l'activité cardiaque.

Intubation

Mise en place d'un tuyau par la bouche ou le nez qui permet l'accès aux voies respiratoires.

Prise en charge et accompagnement

Transfert dans un hôpital de soins aigus

Dans la situation d'une maladie incurable à un stade avancé, la question d'un transfert dans un hôpital de soins aigus devient légitime. Les raisons peuvent être multiples: parce que le patient se sent dans un environnement plus sûr, parce que des complications sont survenues, parce que les proches se sentent dépassés et leurs limites sont atteintes, ou encore parce que les soins à domicile sont devenus impossibles.

- Dans l'hypothèse où je ne pouvais plus quitter mon lit, si je dépendais de l'aide d'autrui et n'étais plus apte à faire part de ma volonté, je ne veux pas être transféré dans un hôpital de soins aigus. Je suis conscient que ce souhait ne peut être exaucé qu'à la condition que mes besoins en soins soient réalisables là où je me trouve.
- Dans l'hypothèse où je ne pouvais plus quitter mon lit, si je dépendais de l'aide d'autrui et n'étais plus apte à faire part de ma volonté, je veux être transféré dans un hôpital de soins aigus uniquement si c'est la seule solution pour améliorer la qualité de ma vie, ou soulager un état douloureux aigu ou d'autres troubles lourds.
- Dans l'hypothèse où je ne pouvais plus quitter mon lit, si je dépendais de l'aide d'autrui et n'étais plus apte à faire part de ma volonté, je veux être transféré dans un hôpital de soins aigus*.

* Des séjours prolongés dans un hôpital de soins aigus ne sont possibles que si l'indication médicale est claire et correspond aux prestations de l'hôpital de soins aigus. Si ce n'est pas le cas, le patient sera transféré dans un établissement de long séjour.

Instructions particulières

Lieu du décès

Décider du lieu du décès est une discussion importante à mener avec les proches. Ces derniers doivent avoir la possibilité d'exprimer ce qu'ils ont la force d'entreprendre ou non. La brochure «Cancer – quand l'espoir de guérir s'amenuise» donne des indications précieuses à cet effet.

- Dans la mesure du possible, je voudrais rester à la maison, dans mon environnement (p.ex. EMS) ou chez une personne qui m'est proche.
- Je préférerais mourir dans un établissement qui propose des soins palliatifs.

Instructions particulières

Accompagnement

Désirez-vous être accompagné dans vos derniers instants de vie? Si oui, par qui? Parlez-en à vos proches. Demandez-leur si eux aussi souhaitent bénéficier d'un soutien supplémentaire. Tenez compte du fait que dans les hôpitaux et les EMS, les accompagnants spirituels ou religieux font partie de l'équipe soignante.

- Je souhaite, à la maison ou en institution, le soutien de mon accompagnant spirituel ou religieux.

Prénom/Nom

Adresse

Téléphone/Téléphone mobile

Courriel

Éventuellement convenu avec cette personne

- Le soutien peut aussi être apporté par un autre accompagnant spirituel ou religieux (p. ex. celui de l'institution).
- Je ne veux pas de soutien religieux ou spirituel, ni de visite d'un accompagnant spirituel ou religieux.
- Je souhaite être accompagné par la/les personne(s) suivante(s):

Prénom/Nom

Adresse

Téléphone/Téléphone mobile

Courriel

Éventuellement convenu avec cette personne

Prénom/Nom

Adresse

Téléphone/Téléphone mobile

Courriel

Éventuellement convenu avec cette personne

Rites et pratiques religieux

- Je juge très important que les rites et pratiques religieux prévus par ma confession/religion soient observés en temps et en heure.

Il s'agit des rites et pratiques suivants:

Ma confession/religion:

La personne suivante peut vous renseigner sur les us et coutumes des rites et pratiques susmentionnés et les exécuter:

Prénom/Nom

Adresse

Téléphone/Téléphone mobile

Courriel

Après ma mort

La recherche

Banque biologique

Lors d'un séjour en milieu hospitalier, on prélève fréquemment des corps liquides ou solides pour les analyser (sang, urine, autres liquides corporels, cellules, tissus). Souvent, ces prélèvements ne sont pas exploités dans leur totalité et deviennent ainsi des éléments précieux pour la recherche biomédicale. En les conservant, les chercheurs peuvent continuer d'analyser les causes et la nature des maladies et améliorer les traitements. Vos prélèvements et vos données anonymes (âge, sexe, maladies, etc.) ne peuvent être utilisés par la recherche qu'avec votre accord.

L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) met à votre disposition une brochure traitant ce sujet.

- Je ne veux pas que l'on utilise mes prélèvements liquides et solides pour la recherche biomédicale dans le domaine oncologique.
- Je donne mon accord pour que mes prélèvements liquides et solides soient utilisés de mon vivant à des fins de recherche biomédicale dans le domaine oncologique. Cet accord expire à mon décès.
- Je donne mon accord pour que mes prélèvements liquides et solides soient utilisés de mon vivant et après mon décès à des fins de recherche biomédicale dans le domaine oncologique.

Recherche médicale

- Variante A
En cas d'incapacité de discernement, je refuse de participer à des projets de recherche.
- Variante B
En cas d'incapacité de discernement, je suis disposé à participer à des projets de recherche liés à ma maladie, sauf si ces projets peuvent être menés sur des personnes capables de discernement. Les risques et les contraintes doivent rester minimales.

Instructions particulières

Dispositions concernant mon corps

Si vous êtes atteint d'un cancer et que vous aviez envisagé de faire un don d'organes, un spécialiste décidera, le cas échéant, de la viabilité d'une transplantation. Il tiendra compte notamment de facteurs tels que la nature du cancer et la date de l'apparition de la maladie.

Parlez du don d'organes à vos proches, car le traitement d'un donneur d'organes et l'application des mesures pour conserver l'organe jusqu'au moment du prélèvement peuvent être contraignants pour les proches.

Vous obtenez des informations détaillées sur le don d'organes auprès de Swisstransplant dont l'adresse se trouve dans les annexes à la page 34.

Don d'organes, de tissus et de cellules

- Je ne souhaite pas faire don de mes organes, tissus et cellules.
- Je souhaite faire don de mes organes, tissus et cellules sans restriction.
- J'autorise uniquement le prélèvement de (j'ai coché les cases correspondantes):
 - Cœur
 - Poumons
 - Foie
 - Reins
 - Intestin grêle
 - Pancréas
 - Cornée
 - Peau
 - Cellules hépatiques ou cartilagineuses

Autopsie

L'autopsie consiste à disséquer et analyser le corps d'un défunt pour déterminer les causes de son décès. Si la mort est non naturelle, l'autopsie sera automatiquement pratiquée pour des raisons légales, même si cela n'a pas été souhaité.

** Mort non naturelle: accident, chute, suicide, suicide assisté, ou autres causes externes*

- Je ne veux pas d'autopsie.
- J'autorise une autopsie uniquement en cas de mort inattendue (à ne pas confondre avec une mort non naturelle).
- Une autopsie doit être pratiquée dans tous les cas afin de déterminer les causes du décès. Sans motif pertinent, les frais d'autopsie seront facturés.
- J'autorise une autopsie à des fins d'enseignement et de recherche.

Legs de mon corps à un institut d'anatomie

Après ma mort

- mon corps ne doit pas être légué à un institut d'anatomie.
- je lègue sans restriction mon corps à un institut d'anatomie.
- je lègue mon corps à un institut d'anatomie uniquement pour des recherches liées à ma maladie.

À cet effet, j'ai rempli un formulaire pour le don du corps auprès de l'université suivante:

Nom

Adresse

Vous trouvez les adresses des instituts d'anatomie dans les annexes à la page 34.

Consultation de mon dossier médical

- Je n'autorise personne, sous réserve des dispositions légales applicables, à consulter mon dossier médical ou le rapport d'autopsie.

J'autorise les personnes suivantes à consulter mon dossier médical après ma mort:

- Consultation du rapport d'autopsie (si existant) mais pas du dossier médical:

Prénom/Nom _____

Adresse _____

Prénom/Nom _____

Adresse _____

- Accès illimité (dossier médical et rapport d'autopsie):

Prénom/Nom _____

Adresse _____

Prénom/Nom _____

Adresse _____

Mon dossier médical peut être utilisé à des fins de recherche:

- oui (sous réserve des dispositions en matière de protection des données)
 non

Obsèques et funérailles

Obsèques

Je souhaite

une crémation un enterrement

J'ai conclu un accord avec la société de pompes funèbres suivante:

Nom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Funérailles

Je souhaite

pas de cérémonie

la cérémonie suivante:

p. ex. souhaits musicaux, textes à lire, biographie, etc.

autres souhaits

Enterrement

Je souhaite

- la tombe traditionnelle
- le Jardin du souvenir (caveau collectif)
- la tombe familiale
- l'inhumation dans le cimetière/lieu suivant:

- je ne souhaite pas de tombe
- autres formes
p. ex. conserver, disperser les cendres, etc.

Autres souhaits

Date et signature

La rédaction des directives anticipées est un acte facultatif. Je l'ai réalisée de manière personnelle et libre, après mûre réflexion et en pleine possession de mes facultés mentales, à savoir de ma capacité de discernement. Elles sont valables dans le cas où je ne serais plus en mesure de prendre des décisions concernant mes traitements médicaux et d'exprimer ma volonté.

Je peux modifier mes directives anticipées en tout temps ou les annuler aussi longtemps que je suis capable de discernement.

Lieu/Date

Signature

Pour que ces directives anticipées soient juridiquement valables, elles doivent être dûment datées et signées à la main. Si vous n'étiez plus en mesure de le faire, les directives anticipées devraient être authentifiées par un notaire.

Ayez les directives à portée de main!

Assurez-vous que votre représentant thérapeutique ainsi que ses remplaçants soient en possession d'une version actualisée de vos directives. Si vous n'avez pas désigné un représentant thérapeutique, les personnes citées en page 8 ont le droit de vous représenter. Confiez-leur également une copie des directives actualisées.

Les personnes suivantes ont reçu une version actualisée de mes directives anticipées:

Prénom/Nom

Téléphone

Prénom/Nom

Téléphone

Prénom/Nom

Téléphone

Mises à jour

Nous vous recommandons d'actualiser, respectivement d'adapter vos directives anticipées régulièrement, par exemple tous les deux ans, ou lors de tout changement de votre état de santé ou dans votre vie. N'oubliez pas de dater et signer dûment lors de chaque mise à jour.

Les mises à jour régulières sont importantes. Elles permettent de faire valoir vos volontés si vous les aviez modifiées en cours de route.

Je confirme, par ma signature, que ces directives anticipées correspondent à ma volonté.

Lieu/Date

Signature

Lieu/Date

Signature

Lieu/Date

Signature

Lieu/Date

Signature

Lieu/Date

Signature

Documents importants et lieux de dépôt

Vous aidez vos proches en écrivant ci-dessous les lieux de dépôt des différents documents.

Types de documents:

Avant mon décès

Lieu de dépôt

Procuration*

* Dans le cas où je n'étais plus capable de discernement, j'ai établi une procuration pour qu'on se charge de mes obligations financières et légales.

Carte de donneur d'organes

Après mon décès

Lieu de dépôt

Avis mortuaire
*p. ex. à la place de fleurs,
souhait de faire un don
à l'organisme suivant*

Liste des médias pour
l'avis mortuaire

Liste pour le faire-part

Biographie/nécrologie

Testament

Comptes bancaires et
postaux

Documents administratifs

Assurances

Propriétaire/bailleur

Divers

Annexes

Brochures de la Ligue contre le cancer

- > **Décider jusqu'au bout**
Raison d'être et mode d'emploi des directives anticipées
- > **Cancer – quand l'espoir de guérir s'amenuise**
Informations sur les soins palliatifs
- > **Soulager la douleur cancéreuse**
- > **Difficultés alimentaires en cas de cancer**
- > **Accompagner un proche atteint de cancer**
Un guide pour les proches et les amis
- > **Guide testamentaire**
Conseils pour rédiger un testament

Commandes

- > Ligue contre le cancer de votre canton
- > Téléphone 0844 85 00 00
- > Courriel: boutique@liguecancer.ch
- > Internet: www.liguecancer.ch

Vous trouvez toutes les brochures sur notre site Internet www.liguecancer.ch/brochures. La grande majorité vous est remise gratuitement et vous pouvez également les télécharger. La Ligue suisse contre le cancer et votre ligue cantonale vous les offrent grâce au soutien de leurs donateurs.

Adresses

(par thème)

Carte d'assuré

www.bag.admin.ch → «Français» → «Thèmes» → «Assurance-maladie» → à droite «Carte d'assuré»

Don d'organes

www.swisstransplant.org

Site Internet de la Fondation nationale suisse pour le don et la transplantation d'organes (avec des informations sur la carte de donneur d'organes).

Swisstransplant

Laupenstrasse 37, 3008 Berne

Tél. 031 380 81 30, fax 031 380 81 32

Biobanque

www.biobank-suisse.ch

Site Internet de la Fondation Biobank Suisse (seulement en anglais)

Fondation biobank-suisse

Effingerstrasse 40, case postale 7021, 3001 Berne

Tél. 031 381 60 31

www.assm.ch → «Accès rapide» → «Directives et recommandations» → 8^{ème} document au centre Les recommandations de l'Académie suisse des sciences médicales «Biobanques: prélèvement, conservation et utilisation de matériel biologique humain», 2006.

Don du corps

Anatomische Institute

Universität Basel

Medizinische Fakultät, Anatomisches Institut

Pestalozzistrasse 20, 4056 Basel

Tel. 061 267 39 20/21, www.anatomie.unibas.ch

Institut für Anatomie

Universität Bern

Baltzerstrasse 2, 3000 Bern 9

Tel. 031 631 84 33, www.ana.unibe.ch

Universität Zürich

Anatomisches Institut

Winterthurerstrasse 190, 8057 Zürich

Tel. 044 635 53 11, www.anatom.unizh.ch

Université de Fribourg

Département Médecine, Anatomie

Rte Albert-Gockel 1, 1700 Fribourg

Tél. 026 300 85 40, www.unifr.ch/anatomy

Université de Genève

Faculté de Médecine, division d'anatomie

1, rue Michel-Servet, 1211 Genève 4

Tél. 022 379 52 12, www.unige.ch

Université de Lausanne

Département de biologie cellulaire et de morphologie

Rue du Bugnon 9, 1005 Lausanne

Tél. 021 692 51 00, www.unil.ch

Sources

Les publications et les sites Internet mentionnés dans cette brochure ont également servi de sources pour sa rédaction. Ils correspondent pour l'essentiel aux critères de qualité de la fondation La santé sur Internet (voir charte sur www.hon.ch/HONcode/French).

La ligue contre le cancer de votre région offre conseils et soutien

Krebsliga Aargau

Milchgasse 41
5000 Aarau
Tel. 062 834 75 75
Fax 062 834 75 76
admin@krebssliga-aargau.ch
www.krebssliga-aargau.ch
PK 50-12121-7

Krebsliga beider Basel

Mittlere Strasse 35
4056 Basel
Tel. 061 319 99 88
Fax 061 319 99 89
info@klbb.ch
www.klbb.ch
PK 40-28150-6

Bernische Krebsliga

**Ligue bernoise
contre le cancer**
Marktgasse 55
Postfach 184
3000 Bern 7
Tel. 031 313 24 24
Fax 031 313 24 20
info@bernischekrebsliga.ch
www.bernischekrebsliga.ch
PK 30-22695-4

Ligue fribourgeoise

contre le cancer
Krebsliga Freiburg
route St-Nicolas-de-Flüe 2
case postale 96
1705 Fribourg
tél. 026 426 02 90
fax 026 426 02 88
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3

Ligue genevoise contre le cancer

11, rue Leschot
1205 Genève
tél. 022 322 13 33
fax 022 322 13 39
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8

Krebsliga Graubünden

Alexanderstrasse 38
Postfach 368
7000 Chur
Tel. 081 252 50 90
Fax 081 253 76 08
info@krebssliga-gr.ch
www.krebssliga-gr.ch
PK 70-1442-0

Ligue jurassienne contre le cancer

rue des Moulins 12
2800 Delémont
tél. 032 422 20 30
fax 032 422 26 10
ligue.ju.cancer@bluewin.ch
www.liguecancer-ju.ch
CP 25-7881-3

Ligue neuchâteloise contre le cancer

faubourg du Lac 17, case postale
2001 Neuchâtel
tél. 032 721 23 25
LNCC@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9

Krebsliga Ostschweiz

Flurhofstrasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 242 70 00
Fax 071 242 70 30
info@krebssliga-ostschweiz.ch
www.krebssliga-ostschweiz.ch
PK 90-15390-1

Krebsliga Schaffhausen

Rheinstrasse 17
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
Fax 052 741 45 57
info@krebssliga-sh.ch
www.krebssliga-sh.ch
PK 82-3096-2

Krebsliga Solothurn

Hauptbahnhofstrasse 12
4500 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
Fax 032 628 68 11
info@krebssliga-so.ch
www.krebssliga-so.ch
PK 45-1044-7

Thurgauische Krebsliga

Bahnhofstrasse 5
8570 Weinfelden
Tel. 071 626 70 00
Fax 071 626 70 01
info@tgkl.ch, www.tgkl.ch
PK 85-4796-4

Lega ticinese contro il cancro

Piazza Nosetto 3
6500 Bellinzona
Tel. 091 820 64 20
Fax 091 820 64 60
info@legacancro-ti.ch
www.legacancro-ti.ch
CP 65-126-6

Ligue vaudoise contre le cancer

place Pépinet 1
1003 Lausanne
tél. 021 623 11 11
fax 021 623 11 10
info@lvc.ch, www.lvc.ch
CP 10-22260-0

Ligue valaisanne contre le cancer

Krebsliga Wallis
Siège central:
rue de la Dixence 19
1950 Sion
tél. 027 322 99 74
fax 027 322 99 75
info@lvcc.ch, www.lvcc.ch
Beratungsbüro:
Spitalzentrum Oberwallis
Überlandstrasse 14, 3900 Brig
Tel. 027 970 35 41
Mobile 079 644 80 18
Fax 027 970 33 34
info@krebssliga-wallis.ch
www.krebssliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2

Krebsliga Zentralschweiz

Hirschmattstrasse 29
6003 Luzern
Tel. 041 210 25 50
Fax 041 210 26 50
info@krebssliga.info
www.krebssliga.info
PK 60-13232-5

Krebsliga Zug

Alpenstrasse 14
6300 Zug
Tel. 041 720 20 45
Fax 041 720 20 46
info@krebssliga-zug.ch
www.krebssliga-zug.ch
PK 80-56342-6

Krebsliga Zürich

Moussonstrasse 2
8044 Zürich
Tel. 044 388 55 00
Fax 044 388 55 11
info@krebssligazuerich.ch
www.krebssligazuerich.ch
PK 80-868-5

Krebshilfe Liechtenstein

Im Malarsch 4
FL-9494 Schaan
Tel. 00423 233 18 45
Fax 00423 233 18 55
admin@krebshilfe.li
www.krebshilfe.li
PK 90-4828-8

Ligue suisse contre le cancer

Effingerstrasse 40
case postale 8219
3001 Berne
tél. 031 389 91 00
fax 031 389 91 60
info@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch
CP 30-4843-9

Ligne InfoCancer

tél. 0800 11 88 11
du lundi au vendredi
10 h–18 h
appel gratuit
helpline@liguecancer.ch

Forum

www.forumcancer.ch,
le forum Internet de la
Ligue contre le cancer

Guide du cancer

www.liguecancer.ch/
guidecancer, le répertoire
Internet de la Ligue
contre le cancer avec
les offres de soutien
psychosocial (conseils,
cours, etc.) en Suisse

Votre Ligue contre le cancer: