



# 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  
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 Grüniger, 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

Ligue suisse contre le cancer, Berne

Ce document est également disponible en allemand et  
en italien.

© 2013, 2009

Ligue suisse contre le cancer, Berne  
2<sup>e</sup> 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 ().
- Dater et signer 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

---

(Jour. Mois. Année.)

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).*

**Attention : afin que les directives anticipées soient valables, elles doivent être datées et signées à la main. Si vous n'êtes pas en mesure de le faire, les directives anticipées doivent être authentifiées par un notaire.**

**Merci d'imprimer les directives anticipées et de les signer à la page 31.**

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
<b>Données personnelles</b>	<b>3</b>	
<b>Avant-propos</b>	<b>4</b>	(Jour. Mois. Année.)
<b>Destinataires</b>	<b>6</b>	
Représentant thérapeutique	6	
<b>Ce qui importe dans ma vie</b>	<b>10</b>	
<b>Directives au sujet des soins médicaux</b>	<b>13</b>	
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	
<b>Prise en charge et accompagnement</b>	<b>20</b>	
Transfert dans un hôpital de soins aigus	20	
Lieu du décès	21	
Accompagnement	21	
Rites et pratiques religieux	23	
<b>Après ma mort</b>	<b>24</b>	
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	
<b>Date et signature</b>	<b>31</b>	
<b>Mises à jour</b>	<b>32</b>	compléter à la page 32
<b>Documents importants et lieux de dépôt</b>	<b>33</b>	
<b>Annexes</b>	<b>34</b>	

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

## Représentant thérapeutique

Prénom/Nom

---

Adresse

---

Date de naissance

---

(Jour. Mois. Année.)

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

---

(Jour. Mois. Année.)

Téléphone privé/Téléphone professionnel

---

Téléphone mobile/Courriel

---

Type de relation (ami, famille, etc.)

---

Éventuellement convenu avec cette personne

---

---

Prénom/Nom

---

Adresse

---

Date de naissance

---

(Jour. Mois. Année.)

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.*

---

---

---



# 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

---

# Documents importants et lieux de dépôt

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

## Types de documents :

### 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 \_\_\_\_\_

### 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
- **Les douleurs liées au cancer et leurs traitements**
- **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](http://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.swissbiobanking.ch**

Swiss Biobanking Platform (seulement en anglais)

Avenue d'Echallens 9, 1004 Lausanne

Tél. +41 21 314 52 84, [info@swissbiobanking.ch](mailto:info@swissbiobanking.ch)

**www.assm.ch** → « Accès rapide » → « Directives et recommandations » → 8<sup>ème</sup> 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](http://www.anatomie.unibas.ch)

Institut für Anatomie

Universität Bern

Baltzerstrasse 2, 3000 Bern 9

Tel. 031 631 84 33, [www.ana.unibe.ch](http://www.ana.unibe.ch)

Universität Zürich

Anatomisches Institut

Winterthurerstrasse 190, 8057 Zürich

Tel. 044 635 53 11, [www.anatomy.uzh.ch](http://www.anatomy.uzh.ch)

Université de Fribourg

Département Médecine, Anatomie

Rte Albert-Gockel 1, 1700 Fribourg

Tél. 026 300 85 40, [www.unifr.ch/anatomy](http://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](http://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](http://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](http://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**

Peterplatz 12  
4051 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@bernischekrebssliga.ch  
www.bernischekrebssliga.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 Leschet  
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  
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. 032 886 85 90  
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 Noretto 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  
3001 Berne  
tél. 031 389 91 00  
fax 031 389 91 60  
info@liguecancer.ch  
www.liguecancer.ch  
CP 30-4843-9

## **Brochures**

tél. 0844 85 00 00  
boutique@liguecancer.ch  
www.liguecancer.ch/  
brochures

## **Forum**

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

## **Cancerline**

www.liguecancer.ch/  
cancerline, le chat sur le  
cancer pour les enfants,  
les adolescents et les  
adultes du lundi au  
vendredi  
11 h–16 h

## **Skype**

krebstelefon.ch  
du lundi au vendredi  
11 h–16 h

## **Ligne stop-tabac**

tél. 0848 000 181  
max. 8 cts./min.  
(sur réseau fixe)  
du lundi au vendredi  
11 h–19 h

## **Vos dons sont les bienvenus.**

## **Ligne InfoCancer 0800 11 88 11**

du lundi au vendredi  
9 h–19 h  
appel gratuit  
helpline@liguecancer.ch

Cette brochure vous est remise par votre Ligue contre le cancer, qui se tient à votre disposition avec son éventail de prestations de conseil, d'accompagnement et de soutien. Vous trouverez à l'intérieur les adresses de votre ligue cantonale ou régionale.