



Directives anticipées du patient

Dispositions en matière de traitements et de soins médicaux

Vos directives anticipées s'appliquent dans les situations où vous êtes incapable de discernement et où des décisions thérapeutiques médicales doivent être prises. C'est-à-dire en cas d'événements tels qu'un infarctus, une attaque cérébrale, un accident mais aussi en cas de maladie chronique à un stade avancé. Toute personne capable de discernement peut rédiger des directives anticipées et déterminer ainsi les mesures médicales auxquelles elle consent ou ne consent pas si elle perd sa capacité de discernement.

Vous pouvez consigner vos valeurs et convictions personnelles sur des questions essentielles de la vie dans une déclaration concernant les valeurs, que vous devez vous-même rédiger et joindre. La déclaration concernant les valeurs fait état de vos réflexions personnelles et de votre opinion sur la qualité de vie, les dépendances, la fin de vie et la mort. Elle sert de ligne de conduite pour les situations qui ne sont pas explicitement mentionnées dans les directives anticipées et aide le personnel médical à déterminer votre volonté présumée.

Veillez à ce que les directives anticipées puissent être trouvées en cas de besoin. Il est important que les personnes auxquelles l'équipe soignante s'adressera vraisemblablement si vous devenez incapable de discernement en aient connaissance.

Remettez une copie des directives anticipées à votre représentant·e et éventuellement à votre médecin traitant. Indiquez le lieu de conservation de vos directives anticipées et l'adresse de la personne qui vous représente à l'aide d'une remarque sur la carte des dispositions personnelles (pages 15 & 16) insérée dans votre porte-monnaie.

Vous pouvez modifier ou révoquer les directives anticipées à tout moment. Il est recommandé de renouveler ou de mettre à jour les directives anticipées tous les deux ans environ.

Un entretien de conseil peut constituer une aide précieuse pour rédiger vos directives anticipées et est donc recommandé. L'équipe de Pro Senectute se tient à votre disposition en cas de questions ou de doutes.

Directives anticipées du patient

Je prends les dispositions suivantes en pleine possession de mes facultés mentales, de ma capacité de discernement et après mûre réflexion pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer mes volontés pour cause de maladie ou d'accident.

Mes données personnelles

Nom/prénom: _____

Rue: _____

NPA/localité: _____

Téléphone: _____ E-mail: _____

Date de naissance: _____

Mes volontés et autres dispositions formulées dans ce document sont contraignantes et doivent être appliquées dans toute situation en cas d'incapacité de discernement m'empêchant d'exprimer mes propres volontés et de prendre des décisions thérapeutiques médicales.

1. Représentant·e pour les questions d'ordre médical

C'est en connaissance de cause que je n'ai désigné aucune personne pour décider en mon nom de questions d'ordre médical.

Je mandate la personne suivante pour faire respecter mes volontés pour les questions d'ordre médical si des doutes subsistent malgré les directives anticipées et que des décisions doivent être prises:

Nom/prénom: _____

Rue: _____

NPA/localité: _____

Téléphone: _____ E-mail: _____

Lien: _____

Si la personne désignée ci-dessus ne peut pas me représenter ou refuse de le faire, je mandate la personne suivante pour me représenter dans la même mesure:

Nom/prénom: _____

Rue: _____

NPA/localité: _____

Téléphone: _____ E-mail: _____

Lien: _____

Si je devais ne plus être en mesure d'exprimer mes volontés pour cause de maladie ou d'accident, je souhaite que les personnes désignées soient prévenues le plus tôt possible.

Je délègue tous les médecins impliqués, leurs collègues ainsi que les autres professionnels de la santé de leur secret professionnel et médical, afin que les personnes désignées ci-dessus puissent être informées de manière complète. Ceci vaut également après mon décès.

2. Champ d'application / mesures autorisées

2.1 Aucune perspective de guérison

- Je veux que l'équipe soignante exploite toutes les mesures médicales pour me maintenir en vie et alléger mes souffrances dans la mesure du possible. J'accepte les contraintes que mon souhait d'être maintenu-e en vie peut entraîner.

ou

- Je ne tiens pas à prolonger ma vie à n'importe quel prix. J'autorise la prise de mesures diagnostiques et thérapeutiques uniquement si elles servent à atténuer la douleur et améliorer mon état de santé sans perspective de guérison et refuse les mesures servant uniquement à prolonger ma vie (aussi la réanimation). J'accepte que le fait de renoncer à certains traitements médicaux puisse abrégé ma vie.

2.2 Possibilité d'amélioration

- L'équipe soignante exploite toutes les mesures médicales adéquates tant qu'il existe une possibilité d'amélioration de mon état de santé dans un avenir prévisible. La réanimation (médicamenteuse et/ou mécanique et/ou défibrillation) compte parmi ces mesures. Ce faisant, j'accepte les contraintes que mon souhait d'être maintenu-e en vie peut entraîner.

ou

- Même s'il existe une possibilité d'amélioration, j'autorise la prise de mesures diagnostiques et thérapeutiques uniquement si elles servent à atténuer la douleur et améliorer mon état de santé sans intention de guérison. Je refuse les mesures servant uniquement à prolonger ma vie (aussi la réanimation). J'accepte que le fait de renoncer à certains traitements médicaux puisse abrégé ma vie.

2.3 Atténuation de la douleur et traitement des symptômes

- Je souhaite dans tous les cas que les médicaments contre la douleur et les sédatifs nécessaires soient dosés en conséquence. Ce faisant, j'accepte que mon état de conscience puisse être altéré ou la durée de vie diminuée.

ou

- Je souhaite que l'on m'administre des médicaments contre la douleur et des sédatifs uniquement pour rendre mon état supportable. Je tiens à préserver des périodes de lucidité.

Remarques:

2.4 Alimentation artificielle

J'autorise l'apport continu de liquides et d'aliments (au moyen d'une sonde gastrique, d'une perfusion, d'une pose chirurgicale ou d'une sonde nutritive).

Oui Non En cas de réponse négative:

J'autorise momentanément l'apport artificiel de liquides et d'aliments, pour autant qu'on puisse s'attendre à ce que mes souffrances en soient allégées ou que je sois par la suite à nouveau en mesure de m'alimenter et de me désaltérer par voie naturelle.

Oui Non

Remarques:

2.5 Réanimation

En cas d'arrêt cardiovasculaire, je souhaite

être réanimé·e. ne pas être réanimé·e.

Remarques:

2.6 Admission dans une institution

Je préfère mourir chez moi dans la mesure du possible et non pas dans une institution (hôpital, EMS ou autre), pour autant que mes proches et mes amis se sentent en mesure de m'accompagner.

ou

Je tiens à des soins et à une prise en charge professionnels, ce qui signifie que je préfère être emmené·e dans une institution (hôpital, EMS ou autre).

Remarques:

3. Comment je souhaite mourir

3.1 Accompagnement en fin de vie

Si je ne décède pas soudainement mais qu'il me reste du temps pour prendre congé de mon entourage, je souhaite l'accompagnement d'un proche, dont voici les coordonnées:

Nom/prénom: _____

Rue: _____

NPA/localité: _____

Téléphone: _____

E-mail: _____

Je souhaite un accompagnement religieux des derniers

instants de ma vie. Je suis de confession: _____

Je ne souhaite pas d'accompagnement religieux des derniers instants de ma vie.

4. Dispositions concernant mon corps

4.1 Prélèvement d'organes, de tissus et de cellules à des fins de transplantation

Je n'autorise aucun prélèvement de mes organes.

J'autorise le prélèvement de tous mes organes.

J'autorise uniquement le prélèvement des organes suivants:

cœur

peau

cornée

poumons

reins

pancréas

foie

intestin grêle

autres tissus et cellules

4.2 Autopsie/recherche

Je n'autorise aucune autopsie de mon corps.

J'autorise l'autopsie de mon corps.

Je ne fais pas don de mon corps à la science à des fins de recherche et d'enseignement.

Je fais don de mon corps à la science à des fins de recherche et d'enseignement. Pour cela, je dois impérativement contacter un institut d'anatomie et m'inscrire. Selon les circonstances, cette décision peut entraîner un report de l'enterrement ordinaire (jusqu'à cinq ans après mon décès).

5. Gestion de mes directives anticipées

J'ai remis une copie des présentes directives aux personnes/institutions suivantes:

Nom/prénom: _____

Rue: _____

NPA/localité: _____

Téléphone: _____ E-mail: _____

Lien: _____

Nom/prénom: _____

Rue: _____

NPA/localité: _____

Téléphone: _____ E-mail: _____

Lien: _____

Nom/prénom: _____

Rue: _____

NPA/localité: _____

Téléphone: _____ E-mail: _____

Lien: _____

6. Signature / mise à jour

6.1 Signature

J'atteste par ma signature avoir établi ces directives anticipées en pleine possession de mes facultés mentales et en état de capacité de discernement.

Lieu/date: _____

Signature: _____

6.2 Mise à jour

Pour des raisons juridiques contraignantes, il est important de mettre à jour périodiquement les directives anticipées. Nous vous recommandons de les réexaminer régulièrement (environ tous les deux ans), et de les dater et les signer à nouveau.

Lieu/date: _____

Signature: _____

Lieu/date: _____

Signature: _____

Lieu/date: _____

Signature: _____

Lieu/date: _____

Signature: _____

Carte des dispositions personnelles

La carte des dispositions personnelles sert à trouver vos directives anticipées le plus rapidement possible en cas d'urgence, et agir ainsi conformément à vos souhaits.



Remplissez
la carte à la main selon les indications.



Découpez
la carte et pliez-la.



Insérez
la carte dans votre porte-monnaie.



**Coordonnées du/de la représentant·e
ou du médecin traitant**

Nom/prénom: _____
Rue: _____
NPA/localité: _____
Téléphone: _____



**Coordonnées du/de la représentant·e
ou du médecin traitant**

Nom/prénom: _____
Rue: _____
NPA/localité: _____
Téléphone: _____

Conseils et informations

La présente brochure est disponible à l'adresse suivante:

Pro Senectute canton de Berne
Secrétariat
Worbentalstrasse 32
3063 Ittigen

Téléphone 031 359 03 03
info@be.prosenectute.ch

Autres brochures

Les brochures «**Dispositions en cas de décès**» et «**Testament: ce qu'il faut savoir**» sont également disponibles auprès de Pro Senectute canton de Berne.

La première vous permet de consigner des informations importantes à l'intention de vos proches et de vos personnes de référence. La seconde vous indique comment rédiger votre testament de votre propre main et quelles règles de forme et de fond respecter.

Les brochures sont gratuites (jusqu'à 10 exemplaires).

J'ai rédigé mes directives anticipées

Nom/prénom: _____
Rue: _____
NPA/localité: _____
Date de naissance: _____
Date: _____
Signature: _____

Mes directives anticipées sont déposées

auprès de mon/ma représentant·e*
 auprès de mon médecin traitant*
 à mon domicile, lieu: _____
 ailleurs: _____
* Coordonnées au verso

J'ai rédigé mes directives anticipées

Nom/prénom: _____
Rue: _____
NPA/localité: _____
Date de naissance: _____
Date: _____
Signature: _____

Mes directives anticipées sont déposées

auprès de mon/ma représentant·e*
 auprès de mon médecin traitant*
 à mon domicile, lieu: _____
 ailleurs: _____
* Coordonnées au verso

Consultation sociale

La consultation sociale de Pro Senectute propose des consultations gratuites et confidentielles sur le thème de la prévoyance.



Vous pouvez vous adresser au centre de consultation de votre région.

N'hésitez pas à nous contacter, nous nous ferons un plaisir de vous conseiller. Vous trouverez les coordonnées au verso.

Centre de consultation de Liebefeld

Hildegardstrasse 18
3097 Liebefeld
Téléphone 031 359 03 03

Centre de consultation de Berne

Berner Generationenhaus
Bahnhofplatz 2, 3011 Berne
Téléphone 031 359 03 03

Centre de consultation de Thun

Malerweg 2, Case postale 152
3602 Thun
Téléphone 033 226 60 60

Centre de consultation d'Interlaken

Strandbadstrasse 3
3800 Interlaken
Téléphone 033 226 60 60

Centre de consultation de Bienne

Rue Centrale 40, Case postale 940
2501 Biel/Bienne
Téléphone 032 328 31 11

Centre de consultation de Lyss

Steinweg 26, Case postale 171
3250 Lyss
Téléphone 032 328 31 11

Centre de consultation de Burgdorf

Lyssachstrasse 17
3400 Burgdorf
Téléphone 034 420 16 50

Centre de consultation de Konolfingen

Chisenmattweg 32, Case postale 108
3510 Konolfingen
Téléphone 031 790 00 10

Centre de consultation de Langenthal

Bützbergstrasse 19
4900 Langenthal
Téléphone 062 916 80 90

Pro Senectute canton de Berne

Téléphone 031 359 03 03
info@be.prosenectute.ch
be.prosenectute.ch

Compte pour les dons

CH98 0900 0000 3000 0890 6

