

PRÉVOYANCE POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE DE PARKINSON

DIRECTIVES ANTICIPÉES

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

Établies par (prénom et nom) :

IDÉE DIRECTRICE DE CES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Instrument décisionnel créé pour le bien-être du patient parkinsonien¹, les directives anticipées déchargent également l'équipe soignante et les personnes habilitées à le représenter. En effet, ce document leur indique comment décider et agir en respectant sa volonté. Les directives anticipées entendent soutenir le dialogue entre le patient, les personnes habilitées à le représenter et l'équipe médicale et soignante, tout en développant une attitude de partenariat facilitant la discussion et la prise de décision au moment de leur application concrète.

La maladie de Parkinson peut entraîner une perte de la capacité de discernement. Les présentes directives anticipent les situations cliniques fréquentes et les décisions qui s'imposent souvent au cours de l'évolution de cette maladie.

INFORMATION ET OFFRE DE CONSEIL

Le guide qui accompagne ces directives anticipées contient des informations importantes sur les situations concrètes dans lesquelles les directives trouveront leur application, ainsi que des explications pour vous aider à remplir le document.

**Pour toutes les questions qui seraient restées en suspens,
n'hésitez pas à contacter Parkinson Suisse par téléphone au
021 729 99 20 ou par courriel à l'adresse
info.romandie@parkinson.ch**

ÉDITEUR

Parkinson Suisse
Gewerbstrasse 12a
Case postale 123
8132 Egg ZH
Tél. 043 277 20 77
info@parkinson.ch
www.parkinson.ch

Fondation Dialog Ethik
Schaffhauserstrasse 418
8050 Zurich
Tél. 044 252 42 01
Fax 044 252 42 13
info@dialog-ethik.ch
www.dialog-ethik.ch

© Fondation Dialog Ethik, 2^e édition, 2017 (1^{re} édition, 2012)

¹ Dans le présent document, les termes employés pour désigner des personnes sont entendus au sens générique. Pour faciliter la lecture, le masculin est utilisé pour désigner les deux sexes ; le « patient », par exemple, inclut également « la patiente ».

Table des matières

2	Idee directrice de ces directives anticipées
2	Information et offre de conseil
4	1. Données personnelles
5	2. Dispositions médicales
5	2.1 Mesures de maintien en vie
7	2.2 Alimentation
9	2.3 Respiration assistée
9	2.4 Apaisement de la douleur et des symptômes éprouvants
10	2.5 Hospitalisation en cas de soins permanents importants
11	3. Personnes habilitées à me représenter
14	4. Objectifs thérapeutiques et conseil
14	4.1 Objectif du traitement médical et de la prise en charge
14	4.2 Conseil
15	5. Personnes indésirables
16	6. Participation à des projets de recherche en cas d'incapacité de discernement
17	7. Assistance spirituelle
17	7.1 Assistance spirituelle
18	7.2 Rituels et gestes religieux peu avant ou après le décès
19	8. Lieu du décès
20	9. Don d'organes, de tissus et de cellules
20	9.1 Don d'organes en cas de décès par lésion cérébrale irréversible
21	9.2 Don d'organes en cas de décès par arrêt cardio-circulatoire
22	10. Mes volontés post mortem
22	10.1 Autopsie pour déterminer la cause du décès
22	10.2 Don du corps à un institut d'anatomie
23	10.3 Consultation de mon dossier médical après mon décès
23	10.4 Utilisation de mon dossier médical à des fins de recherche
24	11. Instructions particulières
25	12. Date et signature
26	Mise à jour des directives anticipées

1. Données personnelles

→ « GUIDE » PAGE 8

Prénom

.....

Nom

.....

Rue, n°

.....

Code postal, localité

.....

Tél. privé

.....

Tél. mobile

.....

Tél. prof.

.....

Courriel

.....

Date de naissance

.....

Lieu d'origine ou pays

.....

Religion, confession

.....

2. Dispositions médicales

→ « GUIDE » PAGE 9

2.1 Mesures de maintien en vie

→ « GUIDE » PAGE 10

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

Si l'évolution de la maladie entraîne déjà de graves limitations physiques et/ou psychiques (même si la mort n'est pas encore prévisible), ...

- ☐ ...je souhaite que l'on renonce aux mesures de maintien en vie (y compris les tentatives de réanimation) au profit d'un traitement conforme à l'approche des soins palliatifs modernes.
- ☐ ...je souhaite que l'on utilise toutes les mesures thérapeutiques possibles pour me maintenir en vie dans le cadre du plan thérapeutique.

En cas de perte prolongée de ma capacité de discernement (à la suite d'un accident ou d'une maladie, p. ex. une attaque cérébrale) avec de très faibles chances de pouvoir entrer à nouveau en communication verbale ou non verbale avec autrui (même si la mort n'est pas encore prévisible), ...

- ☐ ...je souhaite que l'on renonce aux mesures de maintien en vie (y compris les tentatives de réanimation) au profit d'un traitement conforme à l'approche des soins palliatifs modernes.
- ☐ ...je souhaite que l'on utilise toutes les mesures thérapeutiques possibles pour me maintenir en vie dans le cadre du plan thérapeutique.

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

☐ ...je souhaite que l'on renonce aux mesures de maintien en vie (y compris les tentatives de réanimation) au profit d'un traitement conforme à l'approche des soins palliatifs modernes.

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

Le traitement, délivré dans une approche globale, de personnes souffrant d'une affection évolutive non guérissable est un enjeu central des soins palliatifs. Ces soins ont pour objectif de maintenir la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort. L'effort principal porte sur un traitement optimal de la douleur et d'autres symptômes accablants tels que difficultés respiratoires, nausées, angoisses et confusion. Les soins palliatifs prennent également en considération les aspects sociaux, psychologiques, spirituels et religieux, en fonction des désirs du patient.

Instructions particulières :

2.2 Alimentation

→ « GUIDE » PAGE 11

L'administration par voie naturelle d'aliments et de liquides fait partie des soins de base. Or, chacun a la liberté de refuser de s'alimenter ou de boire, qu'il se trouve ou non en phase terminale de la vie. Lorsqu'une personne refuse de s'alimenter et/ou de boire, il convient de clarifier très attentivement si ce refus est la manifestation d'une volonté consciente ou s'il est dû à des douleurs provoquées par l'ingestion d'aliments et/ou de liquides, à des troubles de la déglutition ou autres. Le refus de compléments alimentaires ou de l'alimentation artificielle par sonde ne signifie pas nécessairement qu'une personne ne veut plus être alimentée mais simplement qu'elle souhaite continuer à se nourrir selon ses propres habitudes.

2.2.1 Alimentation en général

- ☐ Je souhaite conserver mes habitudes alimentaires le plus longtemps possible, même si je suis conscient qu'en mangeant normalement je risque d'avaler de travers et de contracter une pneumonie.

Si je devais souffrir d'une pneumonie en pareille situation, ...

- ☐ ... je ne souhaite pas de traitement répété par antibiotiques.
- ☐ ... je souhaite un traitement systématique par antibiotiques.
- ☐ Je souhaite que l'équipe soignante accepte mon refus de m'alimenter et/ou de boire.
- ☐ Je souhaite que l'on me nourrisse à la cuillère seulement si, désireux de manger, j'en suis empêché par des troubles de la motricité.

2.2.2 Décision relative à l'administration de compléments alimentaires (p. ex. vitamines, boissons énergétiques, etc.)

- ☐ Je refuse de prendre des compléments alimentaires, même au risque de souffrir de carences.
- ☐ Je souhaite prendre des compléments alimentaires si cela permet d'éviter des carences.

2.2.3 Alimentation et hydratation artificielles

Par alimentation artificielle, on entend soit l'alimentation par sonde gastrique ou sonde nasale (qualifiée d'alimentation « entérale »), soit l'alimentation par perfusion, donc par une voie autre que digestive (qualifiée d'alimentation « parentérale »).

2.2.3.1 Alimentation entérale par sonde gastrique

Si je ne devais plus être en mesure d'ingérer suffisamment de nourriture par voie naturelle,...

- ☐ ... je refuse d'être alimenté par voie entérale (par sonde gastrique ou nasale), y compris si je ne suis pas en phase terminale et ce même si le processus de ma mort devait s'en trouver accéléré. Dans cette situation, je souhaite qu'on se limite aux soins de la bouche et des muqueuses.
- ☐ ... je souhaite être alimenté par voie entérale (par sonde gastrique ou nasale) si je ne suis pas encore à l'agonie.

2.2.3.2 Alimentation parentérale par perfusion

Si je ne devais plus être en mesure d'ingérer suffisamment de nourriture par voie naturelle,...

- ☐ ... je refuse d'être alimenté par voie parentérale (par perfusion), y compris si je ne suis pas en phase terminale et ce même si le processus de ma mort devait s'en trouver accéléré. Dans cette situation, je souhaite qu'on se limite aux soins de la bouche et des muqueuses.
- ☐ ... je souhaite être alimenté par voie parentérale (par perfusion) si je ne suis pas encore à l'agonie.

Instructions particulières :

2.3 Respiration assistée

→ « GUIDE » PAGE 14

En phase aiguë et si je souffre d'ores et déjà de graves limitations physiques et/ou psychiques, ...

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

2.4 Apaisement de la douleur et des symptômes éprouvants

→ « GUIDE » PAGE 16

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

- ☐ ... je souhaite que les médicaments antidouleurs et les sédatifs soient dosés généreusement. Ce faisant, j'accepte aussi une éventuelle altération de ma conscience.
- ☐ ... je souhaite que les médicaments antidouleurs et les sédatifs ne me soient administrés que pour rendre mon état supportable. Il est important pour moi de rester conscient le plus longtemps possible.

Instructions particulières :

2.5 Hospitalisation en cas de soins permanents importants

→ « GUIDE » PAGE 17

Si la maladie de Parkinson ou toute autre raison m'oblige à rester alité et dépendant au quotidien d'une aide extérieure², et si je suis incapable de discernement, je souhaite, si mon état de santé vient ultérieurement à se dégrader, ...

- ☐ ... ne pas être hospitalisé. J'ai conscience qu'à cette fin, les soins de base dont j'ai besoin doivent pouvoir être assurés dans la localité où je me trouve.
- ☐ ... être hospitalisé seulement si cette mesure peut permettre une amélioration de l'état de détresse dans lequel je me trouve (par exemple douleurs, etc.).
- ☐ ... une hospitalisation.

Instructions particulières :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

² Par exemple, pour l'hygiène personnelle, pour s'habiller et se déshabiller, pour manger, pour la tenue de la maison, etc.

3. Personnes habilitées à me représenter

→ « GUIDE » PAGE 18

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

Prénom

.....

Nom

.....

Rue, n°

.....

Code postal, localité

.....

Tél. privé

.....

Tél. mobile

.....

Tél. prof.

.....

Courriel

.....

Date de naissance

.....

Lieu d'origine ou pays

.....

Nature de la relation

.....

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

LA PERSONNE HABILITÉE À ME REPRÉSENTER ...

... est informée sur mon état de santé et sur les pronostics quant à l'évolution de la maladie ;

... est associée à l'établissement du plan thérapeutique et de prise en charge ;

... impose ma volonté telle qu'elle est exprimée dans les présentes directives ;

... est habilitée à me représenter et à accepter les mesures médicales prévues ou à les refuser.

Pour les questions médicales et relevant des soins qui ne sont pas couvertes par ces directives, la personne habilitée à me représenter décide à ma place dans le sens de mes directives anticipées et selon ma volonté présumée (art. 378 CC, al. 3) ;

... est habilitée à autoriser un éventuel prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules, sous réserve de mes dispositions prévues au chapitre 9, pages 20 et 21, des présentes directives.

Si la personne habilitée à me représenter, désignée à la page 11 de ces directives anticipées, est dans l'impossibilité d'exercer sa fonction, les personnes suivantes sont autorisées à assumer ce rôle :

Prénom

.....

Nom

.....

Rue, n°

.....

Code postal, localité

.....

Tél. privé

.....

Tél. mobile

.....

Tél. prof.

.....

Courriel

.....

Date de naissance

.....

Lieu d'origine ou pays

.....

Nature de la relation

.....

Prénom

.....

Nom

.....

Rue, n°

.....

Code postal, localité

.....

Tél. privé

.....

Tél. mobile

.....

Tél. prof.

.....

Courriel

.....

Date de naissance

.....

Lieu d'origine ou pays

.....

Nature de la relation

.....

Instructions particulières :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Objectifs thérapeutiques et conseil

4.1 Objectif du traitement médical et de la prise en charge

→ « GUIDE » PAGE 19

En formulant l'objectif du traitement médical et de la prise en charge, je précise, d'une part, dans quelles situations je souhaite que toutes les mesures médicales possibles soient prises pour me maintenir en vie et, d'autre part, celles dans lesquelles je souhaite simplement que l'on soulage mes douleurs autant que faire se peut, étant entendu que je préfère mourir plutôt que de prolonger ma vie à tout prix.

Je peux m'imaginer vivre avec les limitations suivantes :

Dans les situations suivantes, je souhaite que les mesures médicales ne servent plus en premier lieu à me maintenir en vie, mais à me soulager au mieux :

4.2 Conseil

→ « GUIDE » PAGE 19

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

☐ ... mon médecin traitant _____

☐ ... ou _____

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

5. Personnes indésirables

→ « GUIDE » PAGE 19

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

Prénom

.....

Nom

.....

Rue, n°

.....

Code postal, localité

.....

Nature de la relation

.....

Remarques

.....

Prénom

.....

Nom

.....

Rue, n°

.....

Code postal, localité

.....

Nature de la relation

.....

Remarques

.....

6. Participation à des projets de recherche en cas d'incapacité de discernement

→ « GUIDE » PAGE 20

- ☐ En cas d'incapacité de discernement, je refuse de participer à des projets de recherche en lien avec la maladie de Parkinson.
- ☐ Je suis prêt, en cas d'incapacité de discernement, **à participer à des projets de recherche mais uniquement dans le contexte de la maladie de Parkinson** et seulement dans la mesure où ces recherches ne peuvent pas être effectuées sur des personnes capables de discernement et si les risques et inconvénients potentiels sont minimes.
- ☐ Je suis prêt, en cas d'incapacité de discernement, **à participer à tout projet de recherche** dans la mesure où celui-ci ne peut pas être effectué sur des patients capables de discernement et si les risques et inconvénients potentiels sont minimes.

Instructions particulières :

7. Assistance spirituelle

→ « GUIDE » PAGE 20

7.1 Assistance spirituelle

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

Prénom

.....

Nom

.....

Rue, n°

.....

Code postal, localité

.....

Tél. privé

.....

Tél. mobile

Tél. prof.

.....

Courriel

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

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

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

Prénom

.....

Nom

.....

Rue, n°

.....

Code postal, localité

.....

Tél. privé

.....

Tél. mobile

.....

Tél. prof.

.....

Courriel

.....

Nature de la relation

.....

7.2 Rituels et gestes religieux peu avant ou après le décès

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

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

.....

.....

.....

.....

.....

8. Lieu du décès

→ « GUIDE » PAGE 20

- ☐ Je voudrais si possible mourir chez moi ou dans mon entourage familial (par exemple dans le foyer où je vis).
- ☐ Je souhaite mourir dans une institution (qui offre si possible des soins palliatifs).

Instructions particulières :

9. Don d'organes, de tissus et de cellules

→ « GUIDE » PAGE 20

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

→ « GUIDE » PAGE 22

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

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

☐ Cœur

☐ Poumons

☐ Foie

☐ Reins

☐ Intestin grêle

☐ Pancréas

☐ Peau

☐ Cornée

☐ Autres tissus et cellules

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

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

→ « GUIDE » PAGE 22

- ☐ Si ma mort intervient à la suite d'un arrêt cardio-circulatoire, je refuse tout prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules en vue d'un don.
- ☐ Si ma mort intervient à la suite d'un arrêt cardio-circulatoire après une réanimation infructueuse ou après la décision de l'équipe médicale et soignante de mettre fin aux mesures de maintien en vie dont le pronostic est sans espoir, j'autorise le prélèvement des organes, tissus et cellules suivants (je coche ce qui convient) :
- | | | |
|--------------------------------|---|--|
| ☐ Cœur | ☐ Poumons | ☐ Foie |
| ☐ Reins | ☐ Intestin grêle | ☐ Pancréas |
| ☐ Peau | ☐ Cornée | ☐ Autres tissus et cellules |

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

10. Mes volontés post mortem

→ « GUIDE » PAGE 23

10.1 Autopsie pour déterminer la cause du décès

→ « GUIDE » PAGE 23

- ☐ Je refuse qu'une autopsie soit effectuée.
- ☐ Je consens à une autopsie à des fins de formation et/ou de recherche.

10.2 Don du corps à un institut d'anatomie

→ « GUIDE » PAGE 24

- ☐ Je ne souhaite pas faire don de mon corps pour la recherche médicale après ma mort.
- ☐ Je lègue mon corps à la science **uniquement pour la recherche médicale en lien avec la maladie de Parkinson** et j'ai signé un formulaire « Dernière volonté » dans ce sens auprès d'une université :

Nom de l'université

.....

.....

- ☐ Après ma mort, je lègue mon corps à la science **sans restriction** et j'ai signé un formulaire « Dernière volonté » dans ce sens auprès d'une université :

Nom de l'université

.....

.....

10.3 Consultation de mon dossier médical après mon décès

→ « GUIDE » PAGE 24

- ☐ Je n'autorise personne à consulter mon dossier médical.
- ☐ Les personnes suivantes sont autorisées à consulter mon dossier médical :

Prénom

.....

Nom

.....

Rue, n°

Code postal, localité

.....

Prénom

.....

Nom

.....

Rue, n°

Code postal, localité

.....

10.4 Utilisation de mon dossier médical à des fins de recherche

→ « GUIDE » PAGE 24

Mon dossier médical ...

- ☐ ... ne doit pas être utilisé à des fins de recherche.
- ☐ ... peut être utilisé (sous réserve du respect des règles de protection des données) à des fins de recherche.

11. Instructions particulières

→ « GUIDE » PAGE 24

12. Date et signature

→ « GUIDE » PAGE 25

J'ai établi les présentes directives anticipées après mûre réflexion, en pleine possession de mes facultés mentales, et donc de ma capacité de discernement.

Elles s'appliquent aux situations dans lesquelles je ne serais plus en mesure de prendre les décisions quant à mon traitement médical et à ma prise en charge, ni de communiquer ma volonté à autrui. J'exerce ainsi mon droit de faire connaître mes volontés contraignantes aux médecins, au personnel soignant et aux personnes habilitées à me représenter, selon les art. 370 et 372 du CC.

Je souffre de la maladie de Parkinson. Le risque de baisse de ma capacité de discernement et de communication, voire de perte passagère ou durable de cette capacité, est plus élevé. Dans ce cas, d'autres personnes vont devoir prendre des décisions importantes à ma place.

Pour cette raison, je m'occupe à l'avance des questions relatives aux mesures médicales et de soins et je consigne mes dispositions dans les présentes directives anticipées.

Ces dispositions s'appliquent également dans les situations qui ne sont pas dues à la maladie de Parkinson, mais provoquées par un accident ou une maladie à l'origine d'un ralentissement, voire d'une perte passagère ou durable de ma capacité de discernement et de communication.

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

Lieu, date :

.....

Signature :

.....

Mise à jour des directives anticipées

→ « GUIDE » PAGE 26

Cette page est destinée à la mise à jour de vos directives anticipées. Tant que vous êtes capable de discernement, vous pouvez les modifier ou les révoquer en tout temps. Lors d'un changement important de votre situation personnelle, nous vous recommandons de vérifier vos directives anticipées. Datez-les et signez-les à chaque mise à jour.

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

Lieu, date : Signature :

Lieu, date : Signature :

Lieu, date : Signature :

Lieu, date : Signature :

Lieu, date : Signature :



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

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



Parkinson Suisse informe, soutient, conseille et accompagne les quelque 15 000 patients parkinsoniens vivant en Suisse et leurs proches, afin de leur offrir la meilleure qualité de vie possible.

L'association conseille les personnes concernées en toute neutralité sur l'ensemble des questions relatives à la maladie, aux assurances sociales, à la gestion du quotidien, au traitement et aux soins. Pour répondre aux questions médicales, elle collabore avec des neurologues afin de proposer la hotline gratuite PARKINFON. En outre, Parkinson Suisse accompagne et finance plus de 70 groupes d'entraide dans toute la Suisse, encourage des projets de recherche sur la maladie de Parkinson et organise des formations continues pour les spécialistes de la médecine, du traitement et des soins.

Parkinson Suisse est la seule organisation nationale spécialisée au service des parkinsoniens et de leurs proches. Fondée en 1985 par des neurologues, elle compte plus de 6 000 membres. Indépendante, neutre sur le plan politique et religieux, reconnue d'utilité publique et certifiée par la fondation ZEW, l'association se finance grâce aux cotisations des membres, aux dons, aux fonds publics et au sponsoring. Outre le bureau d'Egg (ZH), elle dispose de deux bureaux régionaux en Romandie et au Tessin.

PARKINSON SUISSE

POUR LES PARKINSONIENS ET LEURS PROCHES

INFORMATION

Brochures, livres, site Internet et séances d'information.

Magazine Parkinson, boutique de moyens auxiliaires

CONSEIL

Conseils et mise en relation pour les parkinsoniens, les proches, les employeurs et les professionnels de la médecine et des soins.

Hotline gratuite PARKINFON 0800 80 30 20

ASSISTANCE

Encouragement et soutien de plus de 70 groupes d'entraide dans trois régions linguistiques de la Suisse.

FORMATION

Séminaires, cours et formations continues pour les parkinsoniens et leurs proches, ainsi que pour les responsables des groupes d'entraide.

RECHERCHE

Soutien financier de projets de recherche sélectionnés.

RÉSEAU

Coopération avec des organisations similaires sur le plan national et international.

Parkinson Suisse
Bureau romand
Avenue de Sévelin 28
1004 Lausanne
Tél. 021 729 99 20
www.parkinson.ch
info.romandie@parkinson.ch

Parkinson Schweiz
Gewerbstrasse 12a
Postfach 123
8132 Egg ZH
Tel. 043 277 20 77
www.parkinson.ch
info@parkinson.ch

**Merci pour votre
soutien !**

Compte postal 80-7856-2



 **Parkinson**
schweiz suisse svizzera