



## Information sur Les « Droits des malades et fin de vie » Loi Léonetti - Loi du 22 avril 2005 ***Des nouveaux droits existent***

*Pour aider les soignants à dimensionner les actes médicaux et les traitements en fonction de la volonté du patient*

### La personne de confiance

#### Désignation

« Toute personne malade peut désigner une **personne de confiance**, qui peut être un parent, un proche, ou le médecin ... L'établissement de santé est tenu de proposer cette désignation à chaque hospitalisation. Ce tiers de confiance n'est pas assimilable à la **personne à prévenir** également désignée par le patient.

Cette désignation faite « **par écrit** » est « **révocable à tout moment** »

#### Rôle

« Si le malade le souhaite, cette personne peut l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions ».

« Cette personne sera consultée au cas où (le malade) serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin ».

« Lorsqu'une personne en phase **avancée ou terminale** d'une affection **grave et incurable**, quelle qu'en soit la cause, et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance, (...) l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention, ou de traitement prises par le médecin ».

### Les directives anticipées (loi Claeys Léonetti du 02 février 2016)

« Toute personne **majeure** peut rédiger des **directives anticipées** pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.

Ces directives anticipées indiquent les **souhaits** de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les **conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement**. Elles sont **modifiables et révocables** à tout moment ».

Datées – signées de la main de la **personne majeure** (ou devant témoins) avec nom, prénom et date de naissance.

Concernent uniquement la situation de la fin de vie : souhaits de **refus, arrêt ou limitation** de traitements.

Elles prévalent sur la **personne de confiance**, la famille et les proches.

N'ont pas force d'obligation pour le médecin

## Le refus de soins thérapeutique

République Française, Code de la santé publique, articles L1110-1 à L1111-13

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il doit respecter la volonté du patient après l'avoir informé des conséquences de ses choix.

Il doit sauvegarder la dignité du mourant et assurer la qualité de sa fin de vie en dispensant des soins palliatifs.

*Le patient et sa famille peuvent se renseigner auprès des équipes soignantes ou auprès de l'association  
AMA-Pays Vitryat 06 58 99 30 27*

## Mes directives anticipées

Je soussigné(e) .....

Né(e) le ..... À.....

Demeurant. ....

.....

Déclare rédiger ce document en toute liberté, sans pression extérieure et en pleine possession de mes facultés. Si je me trouve hors d'état d'exprimer ma volonté à la suite d'une affection incurable quelle qu'en soit la cause ou d'un accident grave entraînant une dégradation irréversible de mes facultés, je souhaite :

- Que ma personne de confiance soit consultée sur ma volonté de finir normalement ma vie ;
  - Qu'on n'entreprene ni ne poursuive les actes de prévention, investigation ou de soins qui n'auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de ma vie (article L.1110-5 du Code de la santé publique) ;
  - Que l'on soulage efficacement mes douleurs physiques, même si cela a pour effet secondaire d'abrèger ma vie.
- Conformément à l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique, je déclare avoir désigné comme personne de confiance :

NOM et Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

Fait à ....., le .....

Signature du déclarant

NOM et Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

Fait à ....., le .....

Signature du témoin