

Cette loi a pour but de **favoriser la mise en place de soins palliatifs** pour le soulagement des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie, **d'empêcher l'acharnement thérapeutique**, **de respecter vos souhaits** de limitations ou d'arrêt de traitements, **d'interdire les pratiques d'euthanasie**.

Elle vous permet ainsi de demander, dans un cadre défini, l'arrêt d'un traitement médical trop lourd.

Voici les points clés de cette loi :

La réaffirmation de **l'interdiction pour vos médecins de pratiquer de l'obstination thérapeutique déraisonnable**, qui peut être définie comme un traitement :

- soit inutile en raison de son inefficacité
- soit disproportionné en raison de son caractère invasif ou d'effets secondaires excessifs pour un bénéfice clinique trop faible.

La réaffirmation de votre **droit au refus de traitement**. Ainsi le caractère disproportionné d'un traitement dépend en grande partie de votre perception des traitements, du poids relatif entre les bénéfices et les inconvénients.

La **possibilité de rédiger des directives anticipées pour le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté**. Elles indiquent vos souhaits relatifs à votre fin de vie et les conditions de limitation ou d'arrêt de vos traitements. Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement vous concernant. Elles sont révocables à tout moment, doivent avoir été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience.

**MES DIRECTIVES ANTICIPÉES**

Je soussigné(e) (nom-prénom) : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Énonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

<p>● <b>Je souhaiterais éventuellement bénéficier des traitements suivants à entreprendre ou à poursuivre : (cocher)</b></p> <p>&gt; <b>Respiration artificielle</b> (Une machine qui remplace ou qui aide ma respiration) - Intubation / trachéotomie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas - Ventilation par masque <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas</p> <p>&gt; <b>Réanimation cardio-respiratoire</b> (En cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas</p> <p>&gt; <b>Alimentation artificielle</b> (une nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou en intraveineux) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas</p> <p>&gt; <b>Hydratation artificielle</b> (Par une sonde placée dans le tube digestif) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas</p> <p>&gt; <b>Hydratation artificielle</b> (Par perfusion) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas</p> <p>&gt; <b>Rein artificiel</b> (Une machine remplace l'activité de mes reins, le plus souvent l'hémodialyse) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas</p> <p>&gt; <b>Transfert en réanimation</b> (Si mon état le requiert) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas</p>	<p>&gt; <b>Transfusion sanguine</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas</p> <p>&gt; <b>Intervention chirurgicale</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas</p> <p>&gt; <b>Radiothérapie anticancéreuse</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas</p> <p>&gt; <b>Chimiothérapie anticancéreuse</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas</p> <p>&gt; <b>Médicaments visant à tenter de prolonger ma vie</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas</p> <p>&gt; <b>Examen diagnostic lourd et / ou douloureux</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas</p> <p>● <b>Je demande que l'on soulage efficacement mes souffrances (physiques, psychologiques), même si cela a pour effet d'abrèger ma vie : (cocher)</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas</p> <p>● <b>Autres souhaits en texte libre :</b> _____ _____ _____</p>
--	--

Fait à : \_\_\_\_\_  
Le \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

NB : valable 3 ans

Le patient a le **droit, en fin de vie, de recevoir des traitements palliatifs visant à soulager une douleur ou tout symptôme entraînant une souffrance.**

**Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade, la personne de confiance, la famille ou, à défaut un des proches.**

**Si un patient incapable de communiquer reçoit des traitements qui le maintiennent en vie artificiellement en situation d'impasse thérapeutique :**

- **Les médecins doivent rechercher l'expression antérieure de sa volonté** au moyen de directives anticipées, auprès de la personne de confiance, si elle a été désignée, ou auprès des proches.
  - **La décision médicale de suspendre les traitements artificiels sera prise après concertation d'équipe et de manière collégiale.**
- 
-