

<p>Article 1 Droit à une fin de vie digne et apaisée</p> <p>L'article L. 1110-5 du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p> <p>« Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.</p> <p>« Toute personne a droit à une fin de vie digne et apaisée. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour satisfaire ce droit. »</p>	<p>Article 1 Droit à une fin de vie apaisée, selon son éthique personnelle et selon sa volonté exprimée.</p> <p>L'article L. 1110-5 du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p> <p>Tout usager du système de santé a le droit de recevoir, de demander et de refuser les traitements et soins proposés pour une meilleure santé au mieux des connaissances médicales avérées, selon le rapport bénéfices/risques que les médecins doivent lui donner.</p> <p>Les actes médicaux donnés ne doivent pas relever d'un acharnement disproportionné au résultat escompté.</p> <p>Toute personne a droit à une fin de vie apaisée selon son éthique personnelle et selon sa volonté exprimée. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour satisfaire ce droit.</p>
<p>Article 2 Obstination déraisonnable</p> <p>Après l'article L. 1110-5, il est inséré un article L. 1110-5-1 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 1110-5-1.</i> – Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable lorsqu'ils apparaissent inutiles ou disproportionnés. Lorsque les traitements n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, sous réserve de la prise en compte de la volonté du patient et selon la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale, ils sont suspendus ou ne sont pas entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.</p> <p>« La nutrition et l'hydratation artificielles constituent un traitement. ».</p>	<p>Article 2 Obstination déraisonnable</p> <p>Art. L. 1110-5-1. – Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être poursuivis lorsqu'ils apparaissent inutiles ou disproportionnés à l'intéressé, auquel les médecins auront donné les explications requises et le rapport bénéfice/risques, et expliqué les éventuelles souffrances provoquées par les soins.</p> <p>Lorsque les traitements n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, sous réserve de la prise en compte de la volonté du patient et selon la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale, ils sont suspendus ou ne sont pas entrepris.</p> <p>Dans ce cas, le médecin assure la qualité de la vie du mourant en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.</p> <p>« La nutrition et l'hydratation artificielles constituent un traitement, comme tout traitement effectué avec des moyens artificiels. . ».</p> <p>remarque:</p>

	<p>raison et déraison? où ça commence, où ça s'arrête? et qui est le responsable de la vie, le médecin ou la personne intéressée?</p> <p>je veux que ce soit la personne intéressée, soit directement, soit par l'intermédiaire de directives anticipées et/ou de sa personne de confiance, dûment mandaté pour la remplacer dans les discussions avec les médecins</p> <p><i>la notion de dignité est trop controversée, avec des interprétations différentes pour être un mot utilisé en juridiction (sauf définition légale donnée avec précision auparavant: non pas dignité intrinsèque de l'Homme mais sentiment de dignité ressenti par l'intéressé)</i></p>
<p>Article 3 Droit à la sédation profonde</p> <p>Après l'article L. 1110-5, il est inséré un article L. 1110-5-2 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L.1110-5-2. – À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas prolonger inutilement sa vie, un traitement à visée sédative et antalgique provoquant une altération profonde et continue de la vigilance jusqu'au décès associé à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie est mis en œuvre dans les cas suivants :</p> <p>« – lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire au traitement ;</p> <p>« – lorsque la décision du patient, atteint d'une affection grave et incurable, d'arrêter un traitement, engage son pronostic vital à court terme.</p> <p>« Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et dans le cadre du refus de l'obstination déraisonnable visée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, le médecin applique le traitement à visée sédative et antalgique provoquant une altération profonde et continue de la vigilance jusqu'au décès.</p> <p>« Le traitement à visée sédative et antalgique prévu au présent article est mis en œuvre selon la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale, qui permet de vérifier que</p>	<p>Article 3 il s'agit plus que le droit à la sédation profonde, il s'agit pour le citoyen d'être aidé à ne pas souffrir les derniers moments de la vie, selon sa propre éthique :</p> <p>« Art. L.1110-5-2. – À la demande du patient d'éviter toute souffrance de fin de vie, alors qu'il se sait INCURABLE, de ne pas prolonger sa vie, voire de l'abrèger, tout citoyen a le droit de choisir sa façon de passer de la vie à la mort (parce que la mort est déjà en route) :</p> <p>les soins irréversibles possibles sont la sédation profonde, et l'aide à mourir plus vite POUR NE PAS SOUFFRIR par geste médical adapté ou simplement possibilité d'ordonnance médicale pour un produit létal adapté au mourant, qu'il prendra lui-même.</p> <p>Et le médecin a le devoir de l'aider. On peut prévoir un droit de réserve pour les médecins dont la volonté du patient heurterait trop l'éthique personnelle, ce droit ne privant pas le mourant de soins adaptés, le médecin étant alors tenu de confier la personne à un médecin consentant.</p> <p>« Lorsque le patient n'a pas exprimé sa volonté et dans le cadre du refus de l'obstination déraisonnable visée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de</p>

<p>les conditions d'application du présent article sont remplies.</p> <p>« L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. ».</p>	<p>maintien en vie, le médecin applique le traitement à visée sédatif et antalgique provoquant une altération profonde et continue de la vigilance jusqu'au décès.</p> <p>« Le traitement à visée sédatif et antalgique prévu au présent article est mis en œuvre selon la procédure collégiale définie par décret, qui permet de vérifier que les conditions d'application du présent article sont remplies.</p> <p>« L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. ».</p> <p>collège décisionnaire lors d'une demande de soin irréversible par le patient:</p> <p>ce doit être une procédure collégiale réelle, et non pas la concertation d'une équipe médicale soumise à son chef hors participation de l'intéressé et de sa personne de confiance, concertation dont la décision demande l'unanimité des voix, comme le pratiquent certains services hospitaliers.</p> <p>collège requis : nombre impair de membres et décision à 50% des voix plus 1, le membre décisionnaire en cas d'égalité de voix est le patient = l'intéressé.</p> <p>Je suggère 9 membres pour ce collège : 1 médecin, 1 infirmier, 1 aide soignant, 1 psychologue, le patient et sa personne de confiance, ou 2 personnes de confiance du patient incapable de s'exprimer, et 3 représentants des usagers de la santé a priori neutres</p> <p>en cas de vote 50/50, la voix prépondérante est celle du patient.</p>
<p>Article 4 Principe du double effet</p> <p>Après l'article L. 1110-5, il est inséré un article L. 1110-5-3 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 1110-5-3.</i> – Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.</p> <p>« Le médecin met en place l'ensemble des traitements antalgiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme</p>	<p>Article 4 Principe du double effet</p> <p>Après l'article L. 1110-5, il est inséré un article L. 1110-5-3 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 1110-5-3.</i> – Toute personne doit recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance, sauf avis contraire. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.</p> <p>« Le médecin met en place l'ensemble des traitements antalgiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire en phase avancée ou</p>

<p>effet d'abrèger la vie. Il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-11-1, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »</p>	<p>terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrèger la vie. Il doit demander l'accord du patient, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, ou de la personne de confiance mandatée à cet effet, visée à l'article L. 1111-11-1, et à défaut, les membres de la famille ou les proches (tout le monde n'a pas de famille) qui visitent régulièrement le patient. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »</p>
<p>Article 5 Droit des patients à refuser un traitement</p> <p>I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 1111-4 est ainsi rédigé :</p> <p>« Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas subir tout traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. » ;</p> <p>II. – Le troisième alinéa de l'article L. 1111-4 est ainsi rédigé :</p> <p>« Le professionnel de santé a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Il peut être fait appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. » ;</p> <p>III. – Le quatrième alinéa de l'article L. 111-4 est supprimé.</p> <p>IV. – Après le mot : « susceptible », la fin du cinquième alinéa de l'article L. 1111-4 est ainsi rédigée : « d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-11-1, ou la famille ou les proches aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »</p>	<p>OK dans l'ensemble mais remarques importantes :</p> <p>« Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas subir tout traitement <i>et soin</i>. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. »</p> <p>Le mot « dignité » devra être défini clairement comme la dignité ressentie par le patient et rien d'autre.</p> <p>Procédure collégiale réelle, et non pas vague concertation d'une équipe médicale soumise à son chef hors participation de l'intéressé et de sa personne de confiance : collège requis : nombre impair de membres et décision à 50% des voix plus 1, le membre décisionnaire en cas d'égalité de voix est le patient = l'intéressé. Je suggère 9 membres pour ce collège : 1 médecin, 1 infirmier, 1 aide soignant, 1 psychologue, le patient et sa personne de confiance, ou 2 personnes de confiance du patient incapable de s'exprimer, et 3 représentants des usagers de la santé a priori neutres en cas de vote 50/50, la voix prépondérante est celle du patient.</p>
<p>Article 6</p>	<p>OK</p>

<p>Abrogation de l'article L.1111-10 du code de la santé publique</p> <p>L'article L.1111-10 est abrogé.</p> <p>[[Article L.1111-10 :</p> <p><i>Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.</i></p> <p><i>Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.]]</i></p>	
<p>Article 7 Consécration du droit des patients à refuser un traitement</p> <p>Dans le titre de la section 2 du chapitre 1^{er} du titre 1^{er} du livre 1^{er} de la première partie du code de la santé publique, après le mot : « volonté », sont insérés les mots : « des malades refusant un traitement et ».</p>	<p>OK</p>
<p>Article 8 Directives anticipées</p> <p>L'article L. 1111-11 est ainsi rédigé :</p> <p>« Toute personne majeure et capable peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions du refus, de la limitation ou l'arrêt des traitements et actes médicaux.</p> <p>« Elles sont révisables et révocables à tout moment. Elles sont rédigées selon un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle rédige de telles directives.</p> <p>« Elles s'imposent au médecin, pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète</p>	<p>Article 8 Directives anticipées</p> <p>je propose mon texte</p> <p>L'article L. 1111-11 est ainsi rédigé :« Toute personne majeure et capable peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa <u>SANTE tout au long de sa vie et particulièrement en fin de vie</u> en ce qui concerne les conditions du refus, de la limitation ou l'arrêt des traitements et actes médicaux.</p> <p>REMARQUE : <i>Où commence la fin de la vie ? Je voudrais bien le savoir. Il ne s'agit pas seulement des derniers moments de l'agonie.</i></p> <p>« Elles sont révisables et révocables à tout moment. Elles sont rédigées selon un <u>QUESTIONNAIRE</u> dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute autorité de santé. Ce <u>QUESTIONNAIRE</u> prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au</p>

<p>de la situation.</p> <p>Si les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées, le médecin, pour se délier de l'obligation de les respecter, doit consulter au moins un confrère et motiver sa décision qui est inscrite dans le dossier médical.</p> <p>« Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'information des patients, de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Leur accès est facilité par une mention inscrite sur la carte vitale. »</p>	<p>moment où elle rédige de telles directives.</p> <p>REMARQUE : tout modèle préétabli induit les réponses.</p> <p>Vous trouverez sur le site de AAVIVRE ... sa fin de vie les questions à se poser pour rédiger avec réflexion ses directives anticipées.</p> <p><i>Pour laisser liberté totale à l'expression de l'usager de la santé, il ne s'agit pas de donner un modèle à suivre mais d'obliger la personne à se poser les bonnes questions. A chacun sa réponse ensuite.</i></p> <p>« Elles s'imposent au médecin, pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation. OK</p> <p><i>Si les directives anticipées sont contraires à l'éthique personnelle du médecin en charge du malade, le médecin peut se délier de l'obligation de les respecter, il doit alors transmettre le patient à un confrère qui les accepte et motiver sa décision qui est inscrite dans le dossier médical.</i></p> <p>« Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'information des patients, de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Leur accès est facilité par une mention inscrite sur la carte vitale. » OK</p>
<p>Article 9 Personne de confiance</p> <p>I. – Après l'article L. 1111-11, il est inséré un article L. 1111-11-1 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 1111-11-1. – Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance, qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle témoigne de l'expression de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.</i></p> <p>« Lors de toute hospitalisation dans un</p>	<p>Article 9 Personne de confiance</p> <p>là encore, après 7 ans d'expérience, il me semble qu'il faut modifier ce texte:</p> <p>la personne de confiance ne peut pas être choisie au hasard, elle doit être désintéressée et pas trop proche pour éviter trop d'émotivité.</p> <p>la personne de confiance doit être apte à remplacer le patient dans les discussions avec les médecins, elle doit être mandatée pour prendre les décisions à la place du patient incapable de s'exprimer.</p> <p>I. – Après l'article L. 1111-11, il est inséré un article L. 1111-11-1 ainsi rédigé :</p> <p>je propose :</p> <p>« <i>Art. L. 1111-11-1. – Toute personne majeure peut désigner pour une durée illimitée (sauf désignation contraire) ou limitée (en cas</i></p>

<p>établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l’alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l’hospitalisation, à moins que le malade n’en dispose autrement.</p> <p>« Les dispositions du présent article ne s’appliquent pas lorsqu’une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci. » ;</p> <p>II. – L’article L. 1111-6 est abrogé.</p>	<p>d’hospitalisation prévue) une personne de confiance qui doit être une personne désintéressée et par la survie et par la mort du patient.</p> <p>La personne de confiance peut accompagner le patient à sa demande dans les discussions médicales.</p> <p>Elle doit être mandatée pour remplacer le patient qui ne peut plus s’exprimer auprès des médecins pour discussion sur la situation de santé (incurable ou non) du malade, selon les directives anticipées. Elle doit donc avoir accès à son dossier médical.</p> <p>Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment.</p> <p>Le patient peut prévoir une personne de confiance remplaçante au cas où la première désignée ferait défaut.</p> <p>« Les dispositions du présent article ne s’appliquent pas lorsqu’une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci. » ;</p> <p>II. – L’article L. 1111-6 est abrogé.</p>
<p>Article 10 Hiérarchie des modes d’expression de la volonté du patient</p> <p>L’article L. 1111-12 est ainsi rédigé :</p> <p>« Lorsqu’une personne, en phase avancée ou terminale d’une affection grave et incurable, quelle qu’en soit la cause, est hors d’état d’exprimer sa volonté, le médecin a l’obligation de s’enquérir de l’expression de la volonté exprimée par le patient. En l’absence de directives anticipées, il recueille le témoignage de la personne de confiance et à défaut de tout autre témoignage de la famille ou des proches.</p> <p>« S’agissant des mineurs, les titulaires de l’autorité parentale sont réputés être personnes de confiance. »</p>	<p>OK</p>
<p>Article 11 Abrogation de l’article L.1111-13 du code de la santé publique</p>	<p>OK</p>

L'article [L.1111-13](#) est abrogé.

[[Article L. 1111-13 :

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance visée à l'article [L. 1111-6](#), la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical.

Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article [L. 1110-10](#).]]

je viens de répondre à tous les articles 1 par 1

mais de façon générale, **la loi dont il s'agit pose très mal le problème:**

il s'agit de définir les droits des usagers du système de santé et les devoirs des médecins en fonction de ces droits, que l'utilisateur soit très malade ou non, d'une maladie ou de poly-pathologies variées, que l'utilisateur soit guérissable ou non, que ses handicaps venant de maladie, vieillesse, ou accident, soient acceptables par lui ou non.

la loi ne devrait pas distinguer les malades les uns des autres, car quand commence la fin de la vie? nul ne le sait précisément. **et faut-il garder ce tabou de la mort qui la met à l'écart de la vie?** je ne le pense pas:

ne pas mettre les citoyens dans des cases me paraît essentiel, il y va du respect dû à tout être humain.

La fin de la vie peut se passer très bien ou moins bien et même très mal avec des souffrances importantes, morales sinon physiques, et incurables.

Elle peut s'étaler sur plusieurs semaines, mois voire années.

Il est plus facile de la définir après la mort qu'avant.

L'agonie est mieux définie: une personne grabataire dont on sait que la mort est très proche (quelques jours). **Est-elle obligatoire, avec son cortège de souffrances connues?** ou peut-on demander à passer outre, par mort volontaire dès son début? pour moi, oui, d'autres préféreront la sédation continue, et encore d'autres accepteront ce passage en souffrance.

la loi doit définir d'abord les droits de tous les usagers du système de santé: être respectés dans leurs volontés et leur éthique quant à leur vie, leur santé, leur mort.

il est bien évident que nous n'avons pas tous les mêmes, ni entre citoyens, ni entre médecins et soignants.

et il faut respecter tout le monde, donc permettre à des médecins réticents à suivre les volontés d'une personne à la confier à un collègue qui partage ou du moins peut agir dans le respect des idées du patient (droit de réserve).