



1. *Les directives anticipées*

La loi Léonetti du 22 avril 2005 a introduit en droit français les **directives anticipées**. Ces directives anticipées sont prises en considération pour toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté chez qui est envisagé l'arrêt ou la limitation d'un traitement inutile ou le maintien artificiel de la vie. Elles permettent au patient de garder un contrôle sur sa fin de vie.

Les directives anticipées sont **valables pour une durée de trois ans**. Elles doivent avoir été établies moins de trois ans avant le jour où la personne se trouve hors d'état d'exprimer sa volonté. Les directives anticipées **doivent être renouvelées tous les trois ans**. Elles sont **modifiables et révocables librement à tout moment**. Toute modification fait courir une nouvelle période de trois ans.

Pour être **valides** les directives anticipées doivent être rédigées en respectant les règles suivantes :

Si la personne peut rédiger elle-même ses directives anticipées :

- elles sont écrites, datées et signées par leur auteur,
- l'auteur doit s'identifier en indiquant ses prénom, nom, date et lieu de naissance.

L'auteur peut demander au médecin auquel il confie ses directives anticipées d'établir une attestation certifiant qu'il est en état d'exprimer sa volonté lors de la remise de ces directives.

Si la personne ne peut pas rédiger elle-même ses directives anticipées :

- La personne de confiance ou une autre personne peut rédiger les directives pour l'auteur.
- Deux témoins (la personne de confiance si elle est désignée et/ou d'autres personnes librement choisies) doivent attester que les directives sont l'expression de la volonté de l'auteur.
- Ces deux témoins indiquent leur nom et qualité.
- L'attestation est jointe aux directives.
- L'auteur des directives doit être identifié par ses prénom, nom, date et lieu de naissance.

Les directives anticipées doivent être **facilement accessibles** pour le médecin qui devra en tenir compte.

Elles peuvent être conservées en plusieurs exemplaires à différents endroits :

- par l'auteur lui-même
- dans le dossier médical du médecin libéral (médecin traitant ou autre médecin)
- dans le dossier médical de l'hôpital
- par la personne de confiance
- par un membre de la famille
- par un proche

Si les directives anticipées ne sont pas conservées dans un dossier médical, il est obligatoire d'indiquer dans ce dossier leur existence et les coordonnées de la personne qui les détient. Lorsqu'une personne est hospitalisée, elle peut signaler qu'elle a écrit des directives anticipées et faire inscrire les coordonnées de la personne qui les détient dans son dossier médical.

Lorsqu'un médecin **envisage une limitation ou un arrêt de traitement, il doit vérifier** si la personne concernée **a écrit des directives anticipées** en consultant le dossier médical en sa possession, ou le service d'admission de l'hôpital, la personne de confiance, la famille, les proches, le médecin traitant ou le médecin qui a adressé la personne à l'hôpital. Il doit aussi s'assurer que ces directives sont conformes à la loi.

2. La personne de confiance

Loi du 4 mars 2002 + Art. L1111-6 – *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 la personne elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. 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."*

Lors de toute hospitalisation dans un 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.

Lorsque le patient est placé sous tutelle, il n'a pas la possibilité de désigner une personne de confiance. Néanmoins, si une personne de confiance avait été désignée préalablement à la mise sous tutelle, le juge des tutelles peut confirmer ou révoquer sa désignation. Les parents d'un mineur ne peuvent pas nommer une personne de confiance en son nom, mais ils peuvent décider qui, en dehors d'eux, peut accompagner le mineur, au titre de leur autorité parentale. La désignation de la personne de confiance n'est pas une obligation mais un droit pour le patient.

La loi n'indique pas qui peut être « personne de confiance », elle mentionne seulement des possibilités : parent, proche ou médecin traitant. La personne sollicitée pour être personne de confiance peut refuser ce rôle. Il n'existe pas de délai pour l'entrée en fonction de la personne de confiance (la loi ne précise rien à ce sujet).

La désignation de la personne de confiance doit se faire par écrit mais pas nécessairement avec un formulaire officiel, un papier libre suffit. Les établissements de santé ont tout intérêt à élaborer un formulaire de désignation daté et signé, dont on peut garder la trace, à insérer dans le dossier médical. La révocation de la personne de confiance peut se faire oralement ou par écrit, elle peut être faite à tout moment. Il est cependant conseillé de noter la révocation dans le dossier afin de faciliter la continuité des soins. Il ne peut y avoir qu'une seule personne de confiance à la fois.

Une personne de confiance a un rôle consultatif (et non décisionnel) quand le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire (Par exemple une personne dans le coma). Cela ne comprend pas les situations où le malade a des difficultés de communication ou d'expression pour lesquelles il y a une obligation déontologique de tout mettre en œuvre pour que les personnes concernées puissent exprimer leur volonté.

L'avis de la personne de confiance doit être pris en compte par les professionnels de santé mais ne leur est pas opposable.

La personne de confiance ne peut décider (consentir ou refuser) à la place de l'intéressé. Elle n'est pas titulaire du droit d'être informée sur l'état de santé du patient, ni ne dispose d'un droit d'accès à ses informations de santé (dossier médical).

La personne de confiance a un rôle d'accompagnement du malade dans ses démarches et entretiens médicaux pour l'aider dans ses décisions.

La personne de confiance n'accompagne pas nécessairement le patient dans toutes ses démarches, seulement celles où ce dernier le souhaite (par exemple lors d'examen cliniques, le patient a le droit de refuser la présence de la personne de confiance afin de préserver son intimité).

Et le secret professionnel ?

En prévoyant explicitement la présence de la personne de confiance aux entretiens médicaux, la loi prévoit une dérogation au secret professionnel. Le médecin ne peut donc pas refuser la présence de la personne de confiance sur cette base.

En revanche, rien n'interdit à ce qu'une partie de l'entretien se déroule seulement entre le médecin et le patient.

Dans le cadre des soins palliatifs, les personnels de santé en soins palliatifs sont particulièrement concernés par l'introduction de ce nouveau tiers dans l'entourage du patient en fin de vie.

3. Article 37 (article R.4127-37 du CSP) Soulagement des souffrances - Limitation ou arrêt des traitements

I. - En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie.

II. - « Dans les cas prévus au cinquième alinéa de l'article L. 1111-4 et au premier alinéa de l'article L. 1111-13, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en œuvre une procédure collégiale. Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient présentées par l'un des détenteurs de celles-ci mentionnés à l'article R. 1111-19 ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Les détenteurs des directives anticipées du patient, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant, l'un des proches sont informés, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale. » ;

« La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.

« La décision de limitation ou d'arrêt de traitement prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches.

« Lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre, selon les cas, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

« La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. »

« La personne de confiance, si elle a été désignée, la famille ou, à défaut, l'un des proches du patient sont informés de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. »

« III. - Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé en application de l'article L. 1110-5 et des articles L. 1111-4 ou L. 1111-13, dans les conditions prévues aux I et II du présent article, le médecin, même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne selon les principes et dans les conditions énoncés à l'article R. 4127-38. Il veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire. »

4. Plus d'informations

http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/MEDECINS_Special_fin_de_vie_2013.pdf

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-personne-de-confiance-1037>