



Le Choix
Citoyens pour
une mort choisie

GUIDE PRATIQUE

www.choisirmafindevie.org



Dans ce guide pratique, vous trouverez des informations, des liens vers des sites internet ainsi que des documents divers qui vous permettront d'approfondir votre connaissance de sujets tels que les directives anticipées, la personne de confiance, les soins palliatifs, ce que la loi actuelle permet et ne permet pas, et d'autres choses encore.

Dernière mise à jour le 17 septembre 2021

	SUJETS TRAITÉS	PAGE
1.	Je réfléchis à ce que je voudrais que soit ma fin de vie	<u>3</u>
2.	Les grands principes qui doivent gouverner la fin de vie	<u>4</u>
3.	Quels sont mes droits en vertu de la loi actuelle ?	<u>7</u>
4.	J'en discute avec mes proches	<u>13</u>
5.	J'en discute avec mon médecin traitant	<u>14</u>
6.	Ce que je veux et ne veux pas	<u>15</u>
7.	Je rédige mes directives anticipées	<u>17</u>
8.	Je nomme ma personne de confiance	<u>20</u>
9	Mon médecin et moi ne sommes pas d'accord. Que faire ?	<u>21</u>

1. Je réfléchis à ce que je voudrais que soit ma fin de vie

Avant toute chose, vous devez prendre le temps de réfléchir à votre fin de vie et voici quelques éléments qui permettront d'éclairer votre réflexion.

Qu'est-ce qui est important pour moi ?	Prioritaire	Important	Pas important
Préserver ma qualité de vie			
Conserver mon autonomie			
Ne pas être handicapé physiquement (notamment les problèmes liés à la mobilité et aux cinq sens)			
Ne pas être handicapé mentalement			
Demeurer lucide et apte à prendre des décisions			
Pouvoir communiquer avec mon entourage			
Eviter que mes proches soient témoins de mes souffrances afin qu'ils puissent me voir partir			

sereinement			
Ne pas souffrir et être confortable, même si cela entraîne une perte de lucidité			
Laisser ma mort survenir rapidement, sans subir une fin de vie inutilement prolongée			
Vivre le plus longtemps possible, même si cela entraîne des souffrances et une absence d'autonomie			
Faire respecter mes convictions religieuses ou éthiques			
Autres priorités			

2. Sur quels grands principes les décisions concernant la fin de vie doivent-elles s'appuyer ?

<p>1. C'est de vous qu'il s'agit et de personne d'autre</p>	<p>La loi actuelle dit clairement que lorsque votre médecin vous propose un traitement, il a le devoir de vous expliquer en quoi celui-ci consiste et que vous pouvez demander l'avis d'autres médecins avant de prendre votre décision. La loi stipule que le médecin doit recueillir votre consentement et que vous avez le droit de refuser tout traitement que vous ne souhaitez pas entamer ou poursuivre.</p> <p>Assurez-vous que vos proches, et plus particulièrement votre personne de confiance, veilleront à ce que vos droits soient respectés si jamais vous n'êtes plus en mesure de vous exprimer.</p> <p>Si certains médecins vivent l'approche de la mort d'un malade comme un échec, beaucoup d'autres hésitent à intervenir par peur des risques judiciaires. Depuis le code de déontologie de 1986, les médecins ont le devoir de ne pas poursuivre les traitements si ceux-ci représentent un acharnement thérapeutique, ce que l'on appelle aujourd'hui une "obstination déraisonnable".</p> <p>Les textes de loi actuels acceptent la limitation et l'arrêt des traitements en cas de maladie incurable, ainsi que la sédation profonde et continue jusqu'au décès, mais ils ne prennent pas en compte la demande des malades qui souhaitent bénéficier d'une aide active à mourir.</p>
---	---

<h2>2. Vos valeurs personnelles</h2>	<p>Vous seul(e) avez le droit de décider de votre fin de vie selon vos valeurs, vos convictions religieuses et votre éthique personnelle. Théoriquement, personne ne devrait avoir le pouvoir de vous imposer ses vues ou d'exercer sur vous des pressions dans le but de vous faire changer d'avis. Vous devriez avoir le droit de refuser les décisions de personnes qui n'appliquent pas ce que vous avez souhaité.</p> <p>Malheureusement la loi actuelle ne tient pas compte de certains souhaits que vous pouvez exprimer. Elle refuse en particulier tout désir de bénéficier d'une aide active à mourir.</p>
<h2>3. Votre droit à l'autonomie</h2>	<p>Ce n'est pas parce que vous êtes malade que vous n'êtes plus en mesure de prendre des décisions. Vos proches ne doivent pas se substituer à vous tant que vous êtes en mesure d'assumer vos choix.</p> <p>S'il arrive un moment où vous n'êtes plus en mesure de prendre vous-même les décisions concernant la fin de votre vie, votre personne de confiance prendra le relais en s'appuyant sur vos directives anticipées.</p>
<h2>4. La gestion de la douleur et des autres symptômes de la maladie</h2>	<p>Vous êtes seul(e) juge de votre niveau de tolérance à la douleur, à la souffrance psychologique, au handicap et à la dépendance. Cette tolérance varie d'une personne à l'autre.</p> <p>Depuis la loi de 2002, les médecins ont l'obligation de soulager la douleur. Le bon dosage des médicaments antidouleur est celui qui vous soulage. C'est un objectif prioritaire. Néanmoins, il faut savoir que la morphine et ses dérivés ne sont pas des médicaments miracles. S'ils sont de bons traitements contre la douleur, celle-ci peut varier d'un jour à l'autre, même avec la même dose de morphine. De plus les produits morphiniques ne sont pas dépourvus d'effets secondaires qui peuvent imposer une réduction des posologies.</p> <p>En cas de maladie grave et incurable, les soignants ont le devoir de soulager votre douleur même si cela doit abrégé votre vie ainsi que le précise la loi. Si vous n'obtenez pas ce soulagement, demandez qu'un autre médecin vous prenne en charge ou à être déplacé vers un autre centre de soins. C'est votre droit.</p>

5. Votre consentement éclairé	Pour pouvoir prendre les meilleures décisions possibles, il est indispensable que vous ayez accès à toute l'information concernant votre état et les traitements possibles. Pour ne rien oublier d'essentiel, il vous sera utile de vous référer à la page du Guide pratique intitulée " Les questions à poser au médecin ".
6. Vous avez le droit de changer d'avis	Au fur et à mesure que la maladie progresse, il se peut que votre perception de votre état se modifie. Si vous changez d'avis, et que, par exemple, vous ne souhaitez plus poursuivre un traitement de chimiothérapie, c'est votre droit le plus strict et votre volonté doit impérativement être prise en compte par les médecins qui vous soignent.

3. Quels sont mes droits en vertu de la loi actuelle ?

A) Le droit à une fin digne

« Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. »

(Article L1110-5)

B) Le droit à l'information

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, ainsi que sur les autres solutions possibles, et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. (Article L1111-2)

C) Le droit de refuser un traitement jugé déraisonnable

« Les actes de prévention, d'investigation, ou de traitements et de soins ne doivent être ni mis en œuvre, ni poursuivis lorsqu'ils résultent d'une **obstination déraisonnable**, c'est-à-dire lorsqu'ils apparaissent inutiles ou disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. » (Art. L. 1110-5-1.)

« Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas subir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin. » (Article L1111-4)

« Le médecin 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, celle-ci doit **réitérer sa décision** dans un délai raisonnable. »

D) Le droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès (Art. L. 1110-5-2)

Que dit la loi :

« À la demande du patient, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

1° Lorsque le patient est atteint d'une affection **grave et incurable** et que le **pronostic vital est engagé à court terme**, et qu'il présente une **souffrance réfractaire au traitement**.

2° Lorsque la **décision du patient** atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et **est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable**.

Elle est mise en œuvre selon la **procédure collégiale** qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application sont réunies.

À la demande du patient, la sédation profonde et continue peut être mise en œuvre à son domicile, ou dans un établissement de santé ou un établissement spécialisé. »

Remarques de l'association :

Si l'intitulé de la loi *Sédation profonde et continue jusqu'au décès* a pu faire espérer une solution plus humaine que la loi Leonetti de 2005, les indications limitées en ont réduit considérablement la portée. Quant à la méthodologie proposée par la Haute Autorité de Santé, elle est hautement discutable.

En effet, selon la loi Claeys-Leonetti de 2016 :

- A) Il faut être au stade pré-mortem et subir des souffrances incontrôlables pour pouvoir en bénéficier. Pourquoi attendre cette situation critique et insupportable pour le malade et sa famille ?
- B) De plus il est fallacieux de considérer la nutrition et l'hydratation comme des traitements. Déshydrater un malade engendre des souffrances supplémentaires mal évaluées : soif, sécheresse de la bouche, encombrement bronchique... Ce recours à la déshydratation est pour beaucoup de médecins anti-éthique. Il prolonge inutilement l'agonie.

Nous réclamons :

- a) que les malades atteints de maladie grave et incurable puissent bénéficier de la sédation profonde et continue jusqu'au décès ou de l'aide médicale à mourir, selon leur désir, **même si leur maladie n'est pas arrivée au stade avancé ou terminal, même s'ils ne présentent pas de souffrances incontrôlables ;**
- b) **que l'intensité des souffrances physiques et psychologiques soit appréciée par le patient et non par un tiers ;**
- c) **que l'on ne pratique pas de déshydratation, méthode injustifiée, cruelle,** qui ajoute des souffrances supplémentaires aux souffrances existantes. Pour réduire l'agonie, nous demandons que le médecin augmente les doses de morphiniques et de sédatifs, car il ne sert à rien de faire vivre un corps plus ou moins déconnecté de sa pensée.

E) Le droit de ne pas souffrir

« Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. » (Art. L. 1110-5-3)

Même si ces traitements risquent d'abrégé sa vie. Auparavant, le médecin **doit en informer le malade, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches du malade.** La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

F) Le droit à être soigné(e) à domicile

« Toute personne est informée par les professionnels de santé de **la possibilité d'être prise en charge à domicile**, dès lors que son état le permet. »

G) Le droit aux soins palliatifs (voir la fiche sur le site dans « Documents »)

Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. » **(Article L1110-9)**

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire **en institution ou à domicile**. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. (Voir la fiche sur le site dans « Documents ».)

Remarques de l'association :

Basée initialement sur une idée humaniste, la philosophie des soins palliatifs développée par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), a pris des positions sectaires s'opposant systématiquement à toute aide médicale à mourir.

Soins palliatifs et aide active à mourir devraient être complémentaires, comme en Belgique. Au malade de choisir.

De plus, si les soins palliatifs sont possibles à domicile, il est souvent difficile pour un malade d'obtenir la sédation profonde et continue à domicile du fait des conditions actuelles du protocole qui exige une organisation lourde.

H) Le droit de rédiger des Directives anticipées (Voir la fiche sur le site dans « Documents »)

Ce que dit la loi :

« 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 **expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie** en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux. À tout moment, **elles sont révisables et révocables.** »

« **Les directives anticipées s'imposent au médecin**, pour toute décision d'investigation, d'actes, d'intervention ou de traitement, **sauf en cas d'urgence vitale** pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation **et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.**

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non-conformes à la situation médicale du patient, est prise **à l'issue d'une procédure collégiale** définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches. » **(Article L1111-11)**

Remarques de l'association :

Il est souhaitable que vous rédigiez vos directives anticipées de la façon la plus libre possible, cela renseignera le médecin en charge de votre maladie. Néanmoins il faut savoir que les Directives anticipées ne sont applicables que si elles entrent dans le cadre restrictif de la loi. **En pratique, elles restent consultatives pour la demande d'une aide médicale à mourir.**

J) Le droit d'être représenté(e) par une personne de confiance (Voir la fiche sur le site dans « Documents »)

« 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 rend compte de la volonté de la

personne. **Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.** Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est **révisable et révocable à tout moment.** » (Article L1111-6)

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté **la procédure collégiale** et **les directives anticipées** ou, à défaut, sans que **la personne de confiance**, ou, **à défaut, la famille ou les proches**, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Remarques de l'association :

S'il est prévu que la personne de confiance soit consultée dans le cadre d'une direction collégiale avant de prendre la décision d'une sédation profonde et continue, **elle ne participe pas à la décision finale.**

Si vous souhaitez en savoir davantage sur les textes légaux en la matière, vous trouverez les articles de la loi directement sur le site de Légifrance en cliquant sur :

[L'article L1111-11](#) du code de la santé publique sur les directives anticipées

[L'article L 1111-4](#) du code de la santé publique sur la limitation et l'arrêt du traitement

Le texte du [décret numéro 2016 - 1067](#) daté du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées, exposant comment fonctionnent les indications que nous venons de vous donner

Le texte du décret numéro 2016 - 1066 daté du 3 août 2016 concernant les procédures collégiales et la sédation profonde et continue.

4. J'en discute avec mes proches

Comment aborder le sujet de la fin de vie avec vos proches ?

N'attendez pas qu'il soit trop tard. Même si vous êtes encore jeune et en bonne santé, vous n'êtes pas à l'abri d'un accident.

Assurez-vous que cette conversation ait lieu dans le calme et la sérénité.

Une franchise totale de votre part est essentielle. Vous devez dire clairement ce que vous voulez pour qu'aucun doute ne puisse subsister dans l'esprit de ceux qui pourraient un jour être appelés à parler en votre nom, si vous n'étiez plus en mesure de le faire.

Lorsque vous aurez une vision claire de vos priorités, vous serez alors en mesure de les partager avec vos proches et de leur demander leur soutien.

Si, après avoir clairement expliqué quelles sont vos priorités, certains de vos proches ne partagent pas vos choix, il vous faudra peut-être leur rappeler calmement que vous êtes la seule personne habilitée à prendre les décisions concernant votre fin de vie et leur demander de respecter celles-ci.

Votre objectif est d'obtenir leur engagement inconditionnel. Que cela soit le cas ou non, assurez-vous de rédiger des directives anticipées claires et précises.

5. J'en discute avec mon médecin traitant

Il est essentiel que vous abordiez sans tarder le sujet de la fin de vie avec votre médecin traitant car celui-ci jouera un rôle essentiel si votre vie est un jour menacée par une maladie ou un accident grave.

Si vous ne l'avez pas encore fait, profitez d'une prochaine consultation pour lui demander un rendez-vous pour aborder le sujet.

Pour préparer cet entretien, il vaudrait mieux que vous ayez rédigé la liste de vos priorités : dites-lui ce qui rendrait votre vie insupportable dans l'éventualité où vous seriez atteint d'une maladie grave et incurable, ou victime d'un accident qui vous priverait d'une partie ou de la totalité de votre autonomie. Exprimez clairement ce que vous voudriez que l'on fasse pour mettre un terme à vos souffrances. Lors de ce rendez-vous, n'oubliez pas de vous munir de tous les documents dont vous pourriez avoir besoin pour discuter sereinement avec votre médecin. Et notamment, n'oubliez pas vos directives anticipées si vous les avez déjà rédigées pour en reparler avec lui si besoin, ainsi que le nom et les coordonnées de votre personne de confiance.

Demandez-lui ensuite de vous dire s'il partage, ou pas, votre point de vue. Assurez-vous également qu'il est prêt à s'engager formellement à respecter celles-ci.

S'il refuse cet engagement, mettez-vous sans tarder à la recherche d'un médecin qui partage votre vision de la fin de vie.

6. Ce que je veux et ce que je ne veux pas

Pendant que vous êtes en mesure de le faire, il pourrait être judicieux de réfléchir aux thérapies qui pourraient prolonger votre vie et de vous demander de savoir si vous voudriez, ou pas, qu'elles soient entreprises si vous étiez dans un état grave et ne pouviez plus vous exprimer de vive voix.

Le document qui suit devrait être attaché à vos directives anticipées après que vous l'aurez daté et signé. Votre médecin traitant et votre personne de confiance devraient également en recevoir une copie.

Vous avez le droit de changer d'avis à tout moment et votre volonté reste prioritaire. Si vous n'êtes plus en mesure de l'exprimer verbalement, vos directives anticipées devront être défendues par votre personne de confiance et prises en compte par les médecins.

Thérapies spécifiques ou décisions concernant ma fin de vie	OUI	NON	JE NE SAIS PAS
<ul style="list-style-type: none"> Être branché à un appareil de ventilation artificielle si je ne peux plus respirer seul : 			
- par intubation (tube insérée dans la trachée par la bouche)			
- par une ouverture pratiquée dans la trachée sous le larynx dans laquelle est insérée une canule (trachéotomie) .			
<ul style="list-style-type: none"> Être réanimé par des électrochocs si mon cœur cesse de battre. 			
<ul style="list-style-type: none"> Être nourri artificiellement au moyen d'une sonde gastrique, si je ne peux plus me nourrir : 			
- par voie nasale			

• Être hydraté artificiellement si je ne peux plus boire.			
• Être mis sous dialyse si mes reins cessent de fonctionner temporairement ou de façon permanente :			
- dialyse péritonéale, qui utilise le péritoine pour filtrer le sang, et qui a l'avantage de pouvoir se pratiquer à la maison, ou			

- hémodialyse, qui utilise un circuit extérieur et fait passer le sang par un dialyseur.			
• Être maintenu dans un coma prolongé sans espoir de réveil.			
• Mourir à l'hôpital ou finir ma vie à la maison.			
Autres thérapeutiques :			

7. Vos directives anticipées

Quand seront-elles nécessaires ?

Les médecins doivent obtenir votre consentement chaque fois que nécessaire, au fur et à mesure de l'évolution de votre état.

Vous êtes très nombreux à ne PAS avoir rédigé vos directives anticipées.

Si c'est votre cas, peut-être pensez-vous: « quelle importance puisque l'équipe médicale peut les ignorer ? »

Vous avez en partie raison , mais elles restent essentielles parce qu'elles :

- constituent un document important qui précise aux médecins, aux autres membres de l'équipe soignante ainsi qu'aux membres de votre famille quels sont les traitements que vous acceptez de recevoir et ceux que vous refusez. Elles limiteront la marge de manœuvre de l'équipe médicale qui devra respecter votre volonté clairement exprimée.
- permettront à vos proches de préciser vos volontés en ce qui concerne votre fin de vie, si vous n'êtes plus en mesure de les exprimer de vive voix. Elles-permettront d'éviter des conflits intrafamiliaux qui peuvent parfois aller jusqu'à des recours devant les tribunaux.

Une fois rédigées, rangez le document original dans un endroit accessible à vos proches ; **remettez en un exemplaire à vos proches, à votre personne de confiance et à votre médecin** traitant et ayez-en toujours un exemplaire de vos directives avec votre carte Vitale, de manière à ce qu'elles soient rapidement accessibles au personnel soignant.

Il n'est pas facile, lorsqu'on est en bonne santé, de penser à la mort, à sa mort, de s'imaginer gravement accidenté, dans un état comateux, ou atteint d'une maladie incurable et terminale à un stade avancé.

Préféreriez-vous qu'en l'absence de directives anticipées précises, vous soient imposés des traitements qui ne feraient que prolonger artificiellement votre vie ou encore être connecté indéfiniment à des appareils qui remplaceraient vos organes défaillants, tels qu'un appareil d'assistance respiratoire ou une sonde d'alimentation ?

Rappelons que le médecin chargé de votre dossier est le seul qui puisse prendre la décision définitive après la procédure collégiale. Si, par exemple, le médecin chargé de votre dossier estimait que tout n'a pas encore été tenté et qu'il préfère de ne pas interrompre le traitement, vous pourriez être voué à une mort lente, cloué sur un lit d'hôpital dans un service de soins palliatifs pendant des semaines, des mois, voire des années. Et souhaiteriez-vous faire vivre ce calvaire à vos proches ?

Cela pourrait être pire encore si vous deviez vivre tout cela en pleine conscience, mais ne plus être en capacité de communiquer et de dire **STOP !**

Cela n'arrive pas qu'aux autres et que ce n'est pas parce qu'on est jeune qu'on est à l'abri d'un drame comme celui de Vincent Lambert, tétraplégique, victime d'un accident de voiture. En l'absence de directives anticipées, la famille s'est déchirée pendant plus de 10 ans.

Vous trouverez sur notre site dans la rubrique « Documents » un formulaire type de Directives anticipées que vous pourrez télécharger pour l'adapter et/ou le compléter

Vous pouvez modifier ou révoquer vos directives anticipées à tout moment si vous avez changé d'avis, mais si ce n'est pas le cas, il n'est plus nécessaire de les mettre à jour tous les trois ans. **Elles restent désormais valables indéfiniment.**

[1] État pauci-relationnel : Un patient en état pauci-relationnel est dans un état de conscience minimale. Cela veut dire qu'il a une certaine conscience de lui-même et de son environnement, à la différence d'un état végétatif.

Conservez un exemplaire de vos directives attaché à **votre carte d'identité et à votre carte Vitale** pour qu'en cas d'urgence, elles soient immédiatement accessibles à l'équipe médicale.

8. Votre personne de confiance

Pourquoi faut-il nommer une personne de confiance ?

Si vous n'êtes plus en mesure d'exprimer oralement ou par tout autre moyen ce que vous voulez et ne voulez pas qu'il soit fait pour prolonger votre vie, c'est votre personne de confiance qui aura priorité sur tous vos proches pour témoigner de ce que vous voulez. Elle n'aura pas le pouvoir de décider à votre place, mais les médecins en charge de votre dossier auront l'obligation légale de la consulter, et les informations qu'elle leur communiquera seront prépondérantes lorsque sera mise en place une procédure collégiale pour réfléchir à ce qu'il convient de faire.

Comment choisir sa personne de confiance ?

Le choix de cette personne est capital. Cette décision ne peut pas être prise à la légère car votre personne de confiance sera votre porte-parole si vous ne pouvez plus vous exprimer.

Avant de la choisir, réfléchissez à ce que sont vos rapports avec cette personne, à son degré d'empathie face à la fin de vie. Connaissez-vous son opinion ? Si vous doutez qu'elle partage la votre, essayez d'approfondir son point de vue au cours de plusieurs entretiens afin que vous n'ayez plus aucun doute que cette personne défendra vigoureusement vos droits.

9. Si votre médecin et vous n'êtes pas d'accord, que pouvez-vous faire ?

Il se peut par exemple, qu'en raison de sa formation, il soit plus prudent dans sa vision de la fin de vie mais qu'il soit quand même prêt à respecter vos demandes, le moment venu.

Si vous réussissez à obtenir son engagement de respecter vos demandes sans s'y opposer, et si vous avez toute confiance en lui, vous pouvez poursuivre cette relation. Si vous n'en êtes pas certain, il vaut mieux vous mettre à la recherche d'un médecin qui acceptera vos choix.

Mais **le risque juridique qu'encourent aujourd'hui les médecins ne favorise pas leur engagement**. Si votre médecin refusait votre mise sous sédation profonde et continue, vous n'auriez d'autre choix que d'aller mourir ailleurs, à l'étranger, faute de loi autorisant **l'aide au suicide ou l'aide médicale à mourir** en France ?

Vous serez obligé de chercher une solution à l'étranger, jusqu'à ce que nous obtenions enfin en France une loi autorisant l'Aide active à mourir, c'est-à-dire l'aide médicale à mourir (avec participation directe du médecin) comme en Belgique, aux Pays-Bas, en Espagne, au Portugal... ou le suicide assisté (avec participation d'une association) comme en Suisse, dans l'Orégon et dans dix autres états américains... Beaucoup de pays actuellement évoluent positivement et votent des lois destinées à respecter le Choix du malade.

Pourquoi pas nous ? (Voir fiche actualités internationales sur le site)

Voilà les raisons de notre association et de notre combat. N'hésitez pas à nous rejoindre. Ce combat est le votre.