



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

réglementation

Question écrite n° 18831

Texte de la question

M. Jacques Bascou attire l'attention de Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports sur l'évolution du cadre législatif et réglementaire réclamée par nombre de nos concitoyens soucieux de finir leur vie conformément à leurs conceptions personnelles de dignité et de liberté. La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie a vu la reconnaissance pour les actes médicaux de la notion d'obstination déraisonnable et du droit des personnes à l'expression de leur volonté relative à leur fin de vie par les directives anticipées. Cependant la loi n'a pas permis d'assurer le respect effectif de cette volonté ni de la légalité d'une assistance active à mourir en réponse aux demandes des patients en phase avancée ou terminale d'une affection ou placés dans un état de dépendance qu'ils estiment ou ont estimé par leurs directives anticipées incompatible avec leur dignité. Il lui demande si une évaluation des effets de cette loi est envisagée par le Gouvernement, en vue d'une éventuelle évolution législative et réglementaire sur la fin de vie.

Texte de la réponse

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie résulte d'une initiative parlementaire. Elle est le fruit d'un long travail de consensus réalisé par la mission parlementaire présidée par M. Jean Leonetti. La loi consacre le principe déontologique du refus de « l'obstination déraisonnable », définie selon trois critères alternatifs : l'inutilité des traitements, la disproportion de ceux-ci au regard du bénéfice pour le malade, une finalité exclusivement tournée vers le maintien artificiel de la vie. De ce principe découlent, d'une part, le droit pour la personne malade au refus de tout traitement et, d'autre part, lorsque la personne ne peut pas elle-même exprimer sa volonté, la possibilité, dans le cadre d'une procédure collégiale, d'une décision médicale de limitation ou d'arrêt des traitements. De plus, la possibilité d'établir des directives anticipées permet à toute personne majeure de faire valoir ses intentions quant à sa fin de vie avant de ne plus être en état de le faire. L'équilibre global du texte repose sur le développement en parallèle des soins palliatifs. La loi s'inscrit dans le cadre préétabli des principes posés par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. Elle comporte non seulement des dispositions spécifiques aux situations de fin de vie, définies comme « la phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable », mais également des dispositions applicables à toute situation de soins. La loi, dans son approche consensuelle, prend position en faveur du « laisser mourir », mais refuse « l'aide active à mourir » ; elle ne se limite cependant pas à la seule phase terminale de maladies graves et incurables, mais couvre l'ensemble des situations concernées par une décision de limitation ou d'arrêt de traitement, tous les traitements, quels qu'ils soient, étant par ailleurs concernés, y compris les soins de suppléance vitale. La loi prend en effet en considération l'ensemble des situations, que la personne soit ou non en état d'exprimer sa volonté. Lorsque la personne malade est consciente, et alors même qu'elle n'est pas en fin de vie au sens de la loi, son refus de tout traitement, à condition d'être réitéré et après consultation éventuelle d'un autre praticien, s'impose au médecin même lorsqu'il y a un risque pour la vie. Toutefois, c'est en situation de fin de vie que le droit au refus de traitement s'exerce pleinement dans la mesure où il s'impose sans la consultation d'un autre médecin, ni délai de réflexion, ni procédure collégiale. Le médecin doit alors respecter la volonté de la personne tout en l'informant des conséquences de son choix. Lorsque la personne n'est pas en

mesure d'exprimer sa volonté, dans toutes les situations, état chronique ou fin de vie, la décision médicale d'arrêt ou de limitation de traitement s'exerce dans le cadre d'une procédure collégiale définie dans le code de déontologie médicale et après consultation des directives anticipées de la personne, de la personne de confiance, de la famille ou des proches. Le médecin forge sa décision au vu de l'ensemble de ces éléments. Afin d'assurer la transparence de toute décision d'arrêt ou de limitation de traitement, celle-ci doit être inscrite dans le dossier médical du malade. Dans tous les cas, la personne conserve tous ses droits d'accès aux soins palliatifs. Enfin, le législateur réaffirme la priorité accordée à la lutte contre la douleur. Il n'a pas hésité, en outre, dans les situations de fin de vie, à consacrer le principe dit du « double effet » en autorisant le médecin à accéder à la demande du malade d'être soulagé même au risque d'abrégé sa vie, après information du malade, de la personne de confiance lorsqu'elle est désignée, de ses proches et de sa famille. Pour l'avenir, le rapport annuel du Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de fin de vie doit conduire à progresser encore dans le développement des soins palliatifs et dans l'évaluation de la mise en oeuvre de la loi du 22 avril 2005. L'actualité récente incite cependant le Gouvernement à reprendre dès à présent la réflexion sur le très délicat sujet de la fin de vie et sur les demandes d'euthanasie exprimées même à titre très exceptionnel. C'est la raison pour laquelle le Premier ministre vient de charger M. Jean Leonetti d'une évaluation et d'une réflexion sur le dispositif élaboré en 2005.

Données clés

Auteur : [M. Jacques Bascou](#)

Circonscription : Aude (2^e circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 18831

Rubrique : Santé

Ministère interrogé : Santé, jeunesse et sports

Ministère attributaire : Santé, jeunesse, sports et vie associative

Date(s) clé(e)s

Question publiée le : 11 mars 2008, page 2029

Réponse publiée le : 24 juin 2008, page 5446