

# CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

## (Nouvelle partie Législative)

Première partie : *Protection générale de la santé*

Livre I<sup>er</sup> : *Protection des personnes en matière de santé*

Titre I<sup>er</sup> : *Droits des personnes malades et des usagers du système de santé*

Chapitre préliminaire : *Droits de la personne* (Articles L1110-1 à L1110-11)

### Article L. 1110-5

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 3, J. O. du 5 mars 2002)

(Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 art. 1, art. 2<sup>1</sup>, J. O. du 23 avril 2005)

(Proposition de loi AN, n° 486, Art. 1<sup>2</sup> ; AN n° 592, Art 1<sup>3</sup> ; Sénat n° 30, Art 1<sup>4</sup>, **CMP AN n° 3402/Sénat n° 307<sup>5</sup>**)

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, **sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins curatifs et palliatifs** les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire **et le meilleur apaisement possible de la souffrance** 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. **Ces dispositions s'appliquent sans préjudice ni de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produits de santé, ni de l'application du titre II du présent livre.**

Toute personne a **le droit d'avoir une fin de vie digne et apaisée et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance**. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté.

**La formation initiale et continue des médecins, des pharmaciens, des infirmiers, des aides-soignants, et des aides à domicile et des psychologues cliniciens comporte un enseignement sur les soins palliatifs.**<sup>6</sup>

### Article L. 1110-5-1

(Proposition de loi AN n° 486, Art. 2 ; AN n° 592, Art. 2 ; Sénat n° 30, Art. 2, **CMP AN n° 3402/Sénat n° 307**)

Les actes mentionnés à l'article L.1110-5 ne doivent **pas** être ~~ni~~ **mis en œuvre, ni** ou poursuivis **lorsqu'ils résultent** d'une obstination déraisonnable. **Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont** d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils **peuvent être** suspendus ou ne pas être entrepris **conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale** définie par voie réglementaire.

**La nutrition et l'hydratation artificielle constituent des traitements qui peuvent être arrêtés conformément au premier alinéa du présent article.**

**Lorsque les actes mentionnés aux deux premiers alinéas du présent article sont suspendus ou ne sont pas entrepris, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.**

<sup>1</sup> En gras : les éléments nouveaux apportés par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (NOR: SANX0407815L) J.O. n° 95 du 23 avril 2005 page 7089 et suiv.

<sup>2</sup> En rouge : Assemblée Nationale, Proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, Texte Adopté (« Petite loi ») n° 486, le 17 mars 2015, après les discussions en séance publique des 10, 11 et 17 mars 2015.

<sup>3</sup> En gras et vert : Assemblée Nationale, Proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, Texte Adopté (« Petite loi ») n° 592, le 6 octobre 2015, après les discussions en séance publique des 5 et 6 octobre 2015.

<sup>4</sup> Le vert apparaît dans le texte lorsque la 2<sup>e</sup> lecture à l'AN apporte des modifications : cf. Art. L. 1111-6, L 1111-11.

<sup>4</sup> En gras et bleu : Sénat, Proposition de loi n° 30 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, Texte Adopté (« Petite loi ») n° 30, le 29 octobre 2015, après discussion en séance publique le 29 octobre 2015.

<sup>5</sup> En surligné jaune, Commission Mixte Paritaire du 19 janvier 2016, AN n° 3402/ Sénat n° 307. Adoptée par l'AN (n° 665) et le Sénat (n° 72) le 27 janvier 2016.

LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

<sup>6</sup> Étrangement, cet alinéa si important quant à la formation est absent de la présentation faite par le site Legifrance.

### Article L. 1110-5-2

(Proposition de loi AN n° 486, Art. 3 ; AN, n° 592, Art. 3 ; Sénat n° 30, Art. 3, CMP AN n° 3402/Sénat n° 307)

À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, 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 atteint d'une affection grave et incurable, et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

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.

Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies.

À la demande du patient, la sédation profonde et continue peut être mise en œuvre à son domicile, dans un établissement de santé ou un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

L'ensemble de la procédure suivie est inscrite au dossier médical du patient.

### Article L. 1110-5-3

(AN, Proposition de loi n° 486, Art. 4 & AN, Proposition de loi n° 592, Art. 4)

Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.

Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrèger la vie. Il doit en informer le malade, sans préjudice du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

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.

**Section 1 : Principes généraux** (Articles L1111-1 à L1111-9)

**Article L. 1111-4**

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 9 et 11, J. O. du 5 mars 2002)

(Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 art. 3, art. 4, art. 5, art. 10 II, J. O. du 23 avril 2005 rectificatif JORF 20 mai 2005)  
(Proposition de loi AN n° 486, Art. 5 & AN ; AN n° 592, Art. 5 ; Sénat n° 30, Art. 5, **CMP AN n° 3402/Sénat n° 307**)

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

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, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. ¶ Elle peut faire 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 palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

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 mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 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.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

**Article L. 1111-6**

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11, J. O. du 5 mars 2002)

(Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 art. 10 II, J. O. du 23 avril 2005)

(Proposition de loi AN n° 486, Art. 9 ; AN n° 592, Art. 9 ; Sénat n° 30 Art. 9, **CMP AN n° 3402/Sénat n° 307**)

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.

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.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

**Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la**

possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre I<sup>er</sup> du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

## Section 2 : Expression de la volonté **des malades refusant un traitement** et des malades en fin de vie (Articles L1111-10 à L1111-13)

(AN, Proposition de loi n° 486, Art. 7 & AN, Proposition de loi n° 592, Art. 7)

### Article L. 1111-11

(inséré par Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 art. 7 et art. 10 I, J. O. du 23 avril 2005)

(Proposition de loi AN n° 486, Art. 8 ; AN n° 592, Art. 8 ; Sénat n° 30, Art. 8, **CMP AN n° 3402/Sénat n° 307**)

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 et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle unique 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 les rédige.

Les directives anticipées 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 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.

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Les directives anticipées sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre I<sup>er</sup> du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

### Article L. 1111-12

(inséré par Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 art. 8 et art. 10 I, J. O. du 23 avril 2005)

(Proposition de loi AN n° 486, Art. 10 ; AN n° 592, Art. 10 ; Sénat n° 30, Art. 10, **CMP AN n° 3402/Sénat n° 307**)

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 mentionnées à l'article L. 1111-11, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches.