

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

(Nouvelle partie Législative)

Première partie : Protection générale de la santé

Livre I^{er} : Protection des personnes en matière de santé

Titre I^{er} : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé¹

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

Article L1110-5

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 3, J. O. du 5 mars 2002²)

(Loi n° 2005-370 du 1 avril 2005 art. 1, art. 2³, J. O. du 23 avril 2005)

(Proposition de loi AN, n° 486, Art. 1⁴ ; AN n° 592, Art 1⁵ ; Sénat n° 30, Art 1⁶, CMP AN n° 3402/Sénat n° 307⁷)⁸

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 palliatifs⁹.

Article L1110-5-1

(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)

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024, Art 1^{er}, 1^{er} alinéa¹⁰

Les actes mentionnés à l'article L.1110-5 ne doivent pas être ni mis en œuvre, ni poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable¹¹. 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 artificielles 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 des soins palliatifs.**

¹ Base : Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, J.O. 10 juin 1999 (Kouchner 1).

² Base : Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, art. 3, J. O. du 5 mars 2002 (Kouchner 2).
Le Code de la santé Publique (CSP), créé en 1953, a été complètement refondu en 2000 adoptant une nouvelle codification numérique.

³ 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 (loi Leonetti, NOR : SANX0407815L) J.O. n° 95 du 23 avril 2005.

⁴ En rouge et gras : 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.

⁵ 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.

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

⁶ 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.

⁷ 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, JORF n° 0028 du 3 février 2016 (Loi Claeys-Leonetti).

⁸ Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique.

⁹ Cet alinéa a été adopté par le Parlement mais ne se trouve pas dans le Code de la santé Publique. Pourquoi ?

¹⁰ Projet de loi AN n° 2462, 10 avril 2024, relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, présenté par le Gouvernement.

¹¹ Cf. Art. 37 du Code de déontologie médicale (Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 : « Art. R4127 : En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations et thérapeutiques. »

Article L1110-5-2

(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 L1110-5-3

(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.

Article L1110-8

Modifié par **LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. 175**
Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024, Art 1^{er}, 2^e alinéa

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins d'accompagnement au sens de l'article L. 1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

Article L1110-9

(Texte dans Loi n° 99-477 du 9 juin 1999, Art. 1^{er}A > Article créé par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 9)
Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024, Art 1^{er}, 3^e alinéa

Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins d'accompagnement, dont des soins palliatifs.

Article L1110-10

(Texte dans Loi n° 99-477 du 9 juin 1999, Art. 1^{er}B > Article créé par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 9)

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024, Art 1^{er}, 4^e alinéa¹²

Les soins d'accompagnement mettent en œuvre le droit fondamental à la protection de la santé mentionné à l'article L. 1110-1. Ils ont pour objet, à l'initiative et sous la conduite des médecins et des professionnels de l'équipe de soins d'offrir une prise en charge globale de la personne malade afin de préserver sa dignité, sa qualité de vie et son bien-être.

Dans le respect de la volonté de la personne, ils anticipent, évaluent et procurent, dès le début de la maladie puis de façon renouvelée :

1° Une réponse aux besoins physiques, dont le traitement de la douleur, ainsi qu'aux besoins psychologiques et sociaux de la personne malade ;

2° Des soins palliatifs, délivrés de façon active et continue, destinés à soulager sa douleur et à apaiser sa souffrance psychique ;

3° Un soutien à l'entourage de la personne malade.

Ils sont pratiqués par une équipe pluridisciplinaire. Ils sont prodigués quel que soit le lieu de résidence ou de soins de la personne malade.

Article L1110-10-1

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024, Art 3

Dès l'annonce du diagnostic d'une affection grave, le médecin ou un professionnel de santé de l'équipe de soins propose au patient, à l'issue d'échanges au cours desquels celui-ci peut être assisté de personnes de son choix, la formalisation d'un plan personnalisé d'accompagnement. Ce plan est élaboré à partir des besoins et des préférences du patient et évolue avec ceux-ci. Il est dédié à l'anticipation, à la coordination et au suivi des prises en charge sanitaire, psychologique, sociale et médico-sociale et comporte un volet relatif à la prise en charge de la douleur. Il est utilisé par les professionnels qui interviennent auprès du patient et qui, s'il y a lieu, le complètent, en lien avec ce dernier.

¹² Remplace l'ancien Article L1110-10 qui donnait une définition des Soins palliatifs.

(Texte dans Loi n° 99-477 du 9 juin 1999, Art. 1^{er}B > Article 1110-10 créé par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 9)

« Les soins d'accompagnement 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. »

Si le nouveau projet de loi est adopté, les soins palliatifs ne seront plus définis.

Article L1111-2

Modifié par Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 - art. 1

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024, Art 1^{er}, 5^e alinéa

I. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes 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. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile, notamment les soins d'accompagnement mentionnés à l'article L. 1110-10. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

II. - Les droits des mineurs mentionnés au présent article sont exercés par les personnes titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur, qui reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1. Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité.

III. - L'information prévue au présent article est délivrée aux personnes majeures protégées au titre des dispositions du chapitre II du titre XI du livre I^{er} du code civil d'une manière adaptée à leur capacité de compréhension. Cette information est également délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne. Elle peut être délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec assistance à la personne si le majeur protégé y consent expressément.

IV. - Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie.

Article L1111-4

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024, Art 1^{er}, 6^e alinéa

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 des soins palliatifs mentionnés.

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 mentionné au quatrième alinéa du mineur, le cas échéant sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Le consentement, mentionné au quatrième alinéa, de la personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit être obtenu si elle est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection. Lorsque cette condition n'est pas remplie, il appartient à la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne de donner son autorisation en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée. Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision.

Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur si le patient est un mineur, ou par la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur protégé, 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 L1111-6

Ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides

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 ou dans un hôpital des armées ou à l'Institution nationale des invalides, 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 protection juridique avec représentation relative à la personne tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre I^{er} 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 L1111-11

(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)

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024, Art 4

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. La personne qui bénéficie d'un plan personnalisé d'accompagnement selon les modalités prévues à l'article L. 1110-10-1 peut l'annexer à ses directives anticipées.

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 peuvent notamment être conservées dans le dossier médical partagé mentionné à l'article L. 1111-14. Lorsque tel est le cas, leur existence est régulièrement rappelée à leur auteur dans l'espace numérique de santé mentionné à l'article L. 1111-13-1.

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^{er} 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 L1111-12

(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.

Section 3 : Espace numérique de santé, dossier médical et dossier pharmaceutique¹³ (Articles L1111-13 à L1111-24)

Article L1111-13

Version en vigueur depuis le 01 janvier 2022

LOI n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique (dite loi ASAP)¹⁴ art. 98,1a

Le dossier médical partagé mentionné à l'article L. 1111-14 est intégré à l'espace numérique de santé dont il constitue l'une des composantes.

Article L1111-13-1

LOI n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique, art. 98 (V)(dite Loi ASAP)

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024, Art 4

I.-L'espace numérique de santé est ouvert automatiquement, sauf opposition de la personne ou de son représentant légal. La personne ou son représentant légal est informé de l'ouverture de l'espace numérique de santé, des conditions de fonctionnement de cet espace, de ses responsabilités en tant que gestionnaire de données de santé dans un espace numérique et des modalités de sa clôture en application du 3° du IV. La personne concernée ou son représentant légal est également informé des modalités d'exercice de son droit d'opposition préalablement à l'ouverture de l'espace numérique de santé.

Chaque titulaire dispose gratuitement de son espace numérique de santé.

Pour chaque titulaire, l'identifiant de son espace numérique de santé est l'identifiant national de santé mentionné à l'article L. 1111-8-1 lorsqu'il dispose d'un tel identifiant. Pour le bénéficiaire de l'aide médicale de l'État mentionnée à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, l'identifiant de son espace numérique de santé est créé selon des modalités précisées par le décret en Conseil d'État mentionné au V du présent article.

II.-L'espace numérique de santé est accessible en ligne à son titulaire, ou au représentant légal de celui-ci, dûment identifié et authentifié. Il permet au titulaire d'accéder à :

1° Ses données administratives ;

2° Son dossier médical partagé ;

3° Ses constantes de santé éventuellement produites par des applications ou des objets connectés référencés en application du III ou toute autre donnée de santé utile à la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins ;

4° L'ensemble des données relatives au remboursement de ses dépenses de santé ;

5° Des outils permettant des échanges sécurisés avec les acteurs du système de santé, dont une messagerie de santé sécurisée permettant à son titulaire d'échanger avec les professionnels et établissements de santé et des outils permettant d'accéder à des services de télésanté ;

6° Tout service numérique, notamment des services développés pour favoriser la prévention et fluidifier les parcours, les services de retour à domicile, les services procurant une aide à l'orientation et à l'évaluation de la qualité des soins, les services visant à informer les usagers sur l'offre de soins et sur les droits auxquels ils peuvent prétendre ainsi que toute application numérique de santé référencés en application du même III ;

7° Le cas échéant, les données relatives à l'accueil et l'accompagnement assurés par les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

III.-Pour être référencés et intégrables dans l'espace numérique de santé, les services et outils numériques mentionnés aux 2° à 7° du II du présent article, qu'ils soient développés par des acteurs publics ou privés, respectent les référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par le groupement mentionné à l'article L. 1111-

¹³ Tout le texte encadré en orange a été inséré par la LOI n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique (dite loi ASAP).

¹⁴ Présentation par *Les Petites Affiches*, LPA 20 jan. 2021, n° 158n5, p.10, Actu-Juridique.fr (Cons. const., 7 déc. 2020, n° 2020-1525) : « La loi d'accélération et de simplification de l'action publique, dite loi ASAP, a été définitivement adoptée le 28 octobre 2020. Dans sa décision du 3 décembre 2020, le Conseil constitutionnel a validé les dispositions clés de cette loi, mais a censuré 26 articles qui ont le caractère de « cavaliers législatifs ». Le troisième titre de ce texte législatif rassemble des dispositions venant simplifier les procédures applicables aux entreprises. Il cherche à accélérer les implantations et extensions industrielles. Il s'agit selon le gouvernement « de sécuriser les porteurs de projets sur la réglementation qui leur est applicable et de ramener les délais d'instruction des projets aux standards européens en ajustant l'intensité des consultations effectuées aux enjeux de chaque projet, ce qui permet de gagner plusieurs mois dans la réalisation des investissements ».

Titre I^{er} : DISPOSITIONS RELATIVES À LA SUPPRESSION DE COMMISSIONS ADMINISTRATIVES (Articles 1 à 24)

Titre II : DISPOSITIONS RELATIVES À LA DÉCONCENTRATION DE DÉCISIONS ADMINISTRATIVES INDIVIDUELLES (Articles 25 à 33)

Titre III : DISPOSITIONS RELATIVES À LA SIMPLIFICATION DES PROCÉDURES APPLICABLES AUX ENTREPRISES (Articles 34 à 66)

Titre IV : DIVERSES DISPOSITIONS DE SIMPLIFICATION (Articles 67 à 139)

Titre V : DISPOSITIONS PORTANT SUPPRESSION DE SURTRANSPOSITIONS DE DIRECTIVES EUROPÉENNES EN DROIT FRANÇAIS ET DIVERSES DISPOSITIONS (Articles 140 à 149)

24, les référentiels d'engagement éthique ainsi que les labels et normes imposés dans l'espace numérique de santé mentionnés à l'article L. 1111-13-2. Ces référentiels, labels et normes tiennent compte de la mise en œuvre par les services et outils numériques de mesures en faveur des personnes rencontrant des difficultés dans l'accès à internet et dans l'utilisation des outils informatiques et numériques.

Les services et outils numériques référencés ne peuvent accéder aux données de l'espace numérique de santé du titulaire qu'avec l'accord exprès de celui-ci, dûment informé des finalités et des modalités de cet accès lors de l'installation de ces services et outils, et qu'à des fins de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, pour une durée de conservation strictement proportionnée à ces finalités.

IV¹⁵.- Le titulaire de l'espace numérique de santé en est le gestionnaire et utilisateur. Il peut autoriser la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, un parent ou un proche à accéder à son espace numérique de santé et à y effectuer pour son compte toute action. Cette autorisation est révocable à tout moment. Lorsque le titulaire de l'espace numérique de santé est un mineur, ses représentants légaux sont gestionnaires et utilisateurs de l'espace numérique de santé. Ils ne peuvent déléguer ce rôle à un tiers.

Lorsque le titulaire de l'espace numérique de santé est une personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, la personne en charge de la mesure de protection dispose, au même titre que le titulaire, d'un accès à l'espace numérique de santé, à l'exclusion de tout autre tiers. Lorsque le titulaire n'est pas apte à exprimer sa volonté, la personne chargée de la mesure de protection peut le gérer pour son compte, en tenant compte de son avis.

À tout moment, le gestionnaire de l'espace numérique de santé peut décider :

1° Sans préjudice des dispositions qui régissent l'accès des professionnels de santé au dossier médical partagé prévues aux articles L. 1111-16, L. 1111-17 et L. 1111-18, de proposer un accès temporaire ou permanent à son espace numérique de santé à un établissement de santé, à un professionnel de santé, aux membres d'une équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12 ou à tout autre professionnel participant à sa prise en charge en application de l'article L. 1110-4, ou de mettre fin à un tel accès ;

2° D'extraire des données de l'espace numérique de santé en application des dispositions relatives au droit d'accès et à la portabilité des données prévues par le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ;

3° De clôturer son espace numérique de santé. Le décès du titulaire entraîne la clôture de son espace numérique de santé.

A compter de la clôture de l'espace numérique de santé, faute de demande expresse de destruction de son contenu par son titulaire ou le représentant légal de celui-ci, ledit contenu est archivé pendant dix ans, période pendant laquelle il reste accessible à son titulaire, son représentant légal, ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans les conditions et limites prévues au V de l'article L. 1110-4.

La communication de tout ou partie des données de l'espace numérique de santé ne peut être exigée du titulaire de cet espace lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé et lors de la conclusion ou de l'application de tout autre contrat, à l'exception des contrats relatifs aux services et outils numériques référencés en application du III du présent article.

Une personne mineure peut s'opposer à la saisie dans son espace numérique de santé, dans un ou plusieurs éléments énoncés aux 1° à 7° du II du présent article ou dans son dossier pharmaceutique de toute donnée relative aux prises en charge réalisées dans les conditions prévues aux articles L. 1111-5, L. 1111-5-1, L. 2212-7 et L. 6211-3-1 ou relative au remboursement desdites prises en charge et des produits de santé prescrits ou administrés.

V.-Les conditions et les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

¹⁵ Actuel début du § IV que remplace la partie surlignée en rouge :

« IV.-Le titulaire ou son représentant légal est le seul gestionnaire et utilisateur.

À tout moment, il peut décider :

1° De proposer »

Article L1111-14

Modifié par Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 - art. 6

Modifié par *LOI n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique, art. 98 (V)(dite Loi ASAP)*

Modifié par Ordonnance n° 2021-581 du 12 mai 2021 - art. 1

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024, Art 4

Afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins, chaque personne dispose, dans les conditions et sous les garanties prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1470-5 et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical partagé.

L'ouverture automatique de l'espace numérique de santé, dans les conditions prévues aux I et V de l'article L. 1111-13-1 qui prévoient la possibilité pour la personne ou son représentant légal de s'y opposer, emporte la création automatique du dossier médical partagé.

Tout dossier médical partagé déjà ouvert à la date d'ouverture de l'espace numérique de santé mentionné au même article L. 1111-13-1 est automatiquement intégré à cet espace. L'opposition, par le titulaire du dossier médical partagé ou son représentant légal, à l'ouverture de son espace numérique de santé n'emporte pas la clôture du dossier médical partagé existant durant une période transitoire dont les modalités sont définies par le décret prévu à l'article L. 1111-21. A l'issue de cette période transitoire, l'espace numérique de santé est ouvert automatiquement, sauf confirmation de l'opposition de la personne ou de son représentant légal. Cette nouvelle opposition donne lieu à la clôture du dossier médical partagé.

~~Si le patient est une personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, l'opposition prévue aux troisième et quatrième alinéas du présent article peut également être formulée par la personne chargée de cette mesure, qui tient compte de l'avis du patient.~~

~~La Caisse nationale de l'assurance maladie assure la conception, la mise en œuvre et l'administration du dossier médical partagé, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Elle participe également à la conception, à la mise en œuvre et à l'administration d'un système de communication sécurisée permettant l'échange d'informations entre les professionnels de santé.¹⁶~~

Ce dossier médical partagé est créé auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel dans le respect de l'article L. 1111-8.

L'adhésion aux conventions nationales régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé, prévues à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, et son maintien sont subordonnés à la consultation ou à la mise à jour du dossier médical partagé de la personne prise en charge par le médecin.

Les dispositions de l'alinéa précédent sont applicables dès que l'utilisation du dossier médical partagé est possible sur l'ensemble des territoires auxquels s'applique la présente section.

¹⁶ Paragraphe supprimé par le projet de loi n° 2462.

TITRE II AIDE À MOURIR¹⁷

Chapitre I^{er} Définition

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024 Article 5

- 1 L'aide à mourir consiste à autoriser et à accompagner la mise à disposition, à une personne qui en a exprimé la demande, d'une substance létale, dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles 6 à 11, afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est pas en mesure physiquement d'y procéder, se la fasse administrer par un médecin, un infirmier ou une personne volontaire qu'elle désigne.
- 2 L'aide à mourir est un acte autorisé par la loi au sens de l'article 122-4 du code pénal¹⁸.

Chapitre II Conditions d'accès

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024 Article 6

- 1 Pour accéder à l'aide à mourir, une personne doit répondre aux conditions suivantes :
- 2 1° Être âgée d'au moins 18 ans ;
- 3 2° Être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France ;
- 4 3° Être atteinte d'une affection grave et incurable engageant son pronostic vital à court ou moyen terme ;
- 5 4° Présenter une souffrance physique ou psychologique liée à cette affection qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable lorsque la personne ne reçoit pas ou a choisi d'arrêter de recevoir des traitements ;
- 6 5° Être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée.

Chapitre III Procédure

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024 Article 7

- 1 I. – La personne qui souhaite accéder à l'aide à mourir en fait la demande expresse à un médecin en activité qui n'est ni un parent, ni un allié, ni le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, ni un ayant droit de la personne.
- 2 La personne ne peut présenter simultanément plusieurs demandes.
- 3 La personne qui fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne l'indique au médecin.
- 4 II. – Le médecin :
- 5 1° Informe la personne sur son état de santé, les perspectives de son évolution, les traitements et les dispositifs d'accompagnement disponibles ;
- 6 2° Propose à la personne de bénéficier des soins palliatifs¹⁹ définis à l'article L. 1110-10 du code de la santé publique et s'assure, le cas échéant, qu'elle puisse y accéder ;
- 7 3° Indique à la personne qu'elle peut renoncer, à tout moment, à sa demande ;
- 8 4° Explique à la personne les conditions d'accès à l'aide à mourir et sa mise en œuvre.

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024 Article 8

- 1 I. – Le médecin mentionné à l'article 7 vérifie que la personne remplit les conditions prévues à l'article 6.
- 2 Les personnes dont une maladie psychiatrique altère gravement le discernement lors de la démarche de demande d'aide à mourir ne peuvent pas être regardées comme manifestant une volonté libre et éclairée.
- 3 II. – Pour procéder à l'appréciation des conditions mentionnées aux 3° à 5° de l'article 6, le médecin :
- 4 1° Recueille l'avis :
- 5 a) D'un médecin qui remplit les conditions du premier alinéa de l'article 7 et qui n'intervient pas auprès de la personne, spécialiste de la pathologie de celle-ci si lui-même ne l'est pas. Ce médecin a accès au dossier médical de la personne et il peut examiner la personne avant de rendre son avis ;
- 6 b) D'un auxiliaire médical ou d'un aide-soignant qui intervient auprès de la personne ou, à défaut, d'un autre auxiliaire médical ;
- 7 2° Peut également recueillir l'avis d'autres professionnels, notamment de psychologues, infirmiers ou aides-soignants, qui interviennent auprès de la personne ;

¹⁷ Tout le texte encadré en rouge est nouveau.

¹⁸ Code pénal : Livre I^{er}, Titre II : De la responsabilité pénale (Articles 121-1 à 122-9)

Chapitre II : Des causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité (Articles 122-1 à 122-9)

Article 122-4 Version en vigueur depuis le 01 mars 1994 :

« N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires.

N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte commandé par l'autorité légitime, sauf si cet acte est manifestement illégal. ».

¹⁹ Étrange puisque l'article L 1110-10 supprime l'expression "soins palliatifs".

- 8 3° Lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne, informe la personne chargée de la mesure de protection et tient compte des observations qu'elle formule le cas échéant.
- 9 III. – Le médecin se prononce dans un délai maximal de quinze jours suivant la demande et notifie sa décision motivée à la personne. Il en informe, le cas échéant, la personne en charge d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne.
- 10 IV. – Après un délai de réflexion qui ne peut être inférieur à deux jours à compter de la notification de la décision mentionnée au III, la personne confirme auprès du médecin qu'elle demande l'administration de la substance létale.
- 11 En l'absence de confirmation dans un délai de trois mois à compter de la notification, le médecin évalue à nouveau le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté en mettant en œuvre, si besoin, la procédure définie au II.
- 12 V. – Lorsque la personne a confirmé sa volonté, le médecin mentionné à l'article 7 l'informe sur les modalités d'administration et d'action de la substance létale.
Il détermine, avec la personne, le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner pour l'administration de la substance létale.
- 13 VI. – Le médecin mentionné à l'article 7 prescrit la substance létale conformément aux recommandations prévues au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.
Il adresse cette prescription à l'une des pharmacies à usage intérieur désignées par l'arrêté du ministre chargé de la santé mentionné au second alinéa du 1° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique.

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024 Article 9

- 1 I. – Avec le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner, la personne convient de la date à laquelle elle souhaite procéder à l'administration de la substance létale.
- 2 Si la date retenue est postérieure à un délai de trois mois à compter de la notification de la décision mentionnée au III de l'article 8, le médecin mentionné à l'article 7 évalue à nouveau, à l'approche de cette date, le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté de la personne selon les modalités prévues au second alinéa du IV de l'article 8.
- 3 II. – Dans des conditions convenues avec le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner, l'administration de la substance létale peut être effectuée, à la demande de la personne, en dehors de son domicile.
- 4 Elle peut être accompagnée par les personnes de son choix pendant l'administration de la substance létale.

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024 Article 10

- 1 Lorsque la date est fixée, la pharmacie à usage intérieur mentionnée au second alinéa du VI de l'article 8 réalise la préparation magistrale létale et la transmet à la pharmacie d'officine désignée par le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne. La pharmacie d'officine délivre la préparation magistrale létale au médecin ou à l'infirmier.
- 2 Lorsque la personne est admise ou hébergée dans un établissement qui est doté d'une pharmacie à usage intérieur, cette dernière remplit les missions de la pharmacie d'officine prévues dans le présent article.

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024 Article 11

- 1 I. – Le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne :
- 2 1° Vérifie que la personne confirme qu'elle veut procéder à l'administration ;
- 3 2° Prépare, le cas échéant, l'administration de la substance létale ;
- 4 3° Assure la surveillance de l'administration de la substance létale.
- 5 II. – Si la personne qui a confirmé sa volonté demande un report de l'administration de la substance létale, le professionnel de santé suspend la procédure et convient d'une nouvelle date dans les conditions prévues à l'article 9.
- 6 III. – L'administration de la substance létale est effectuée par la personne elle-même.
- 7 Lorsque celle-ci n'est pas en mesure d'y procéder physiquement, l'administration est effectuée, à sa demande, soit par une personne volontaire qu'elle désigne lorsqu'aucune contrainte n'y fait obstacle, soit par le professionnel de santé présent.
- 8 Lorsqu'il n'administre pas la substance létale, la présence du professionnel de santé aux côtés de la personne n'est pas obligatoire. Il doit toutefois se trouver à une proximité suffisante pour pouvoir

intervenir en cas de difficulté, conformément aux recommandations prévues au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale²⁰.

9 IV. – Le certificat attestant le décès est établi dans les conditions prévues à l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales.

10 V. – Le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne rapporte à la pharmacie d'officine mentionnée à l'article 10 la préparation magistrale létale lorsque cette dernière n'a pas été utilisée ou ne l'a été que partiellement.

11 Les produits ainsi collectés par l'officine sont détruits dans des conditions sécurisées conformément à l'article L. 4211-2 du code de la santé publique.

Le professionnel de santé mentionné au premier alinéa dresse un compte-rendu de la mise en œuvre des actes prévus aux I à III du présent article.

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024 **Article 12**

1 I. – Il est mis fin à la procédure :

2 1° Si la personne informe le médecin mentionné à l'article 7, ou le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner, qu'elle renonce à l'aide à mourir ;

3 2° Si le médecin mentionné à l'article 7 prend connaissance, postérieurement à sa décision, d'éléments d'information le conduisant à considérer que les conditions mentionnées à l'article 8 n'étaient pas remplies ou cessent de l'être ;

4 3° Si la personne refuse l'administration de la substance létale.

5 II. – Toute nouvelle demande doit être présentée selon les modalités prévues à l'article 7.

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024 **Article 13**

Chacun des actes mentionnés au présent chapitre donne lieu à un enregistrement, par les professionnels concernés, dans un système d'information.

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024 **Article 14**

La décision du médecin se prononçant sur la demande d'aide à mourir ne peut être contestée que par la personne ayant formé cette demande, devant la juridiction administrative, selon les dispositions de droit commun.

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024 **Article 15**

1 Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent chapitre, notamment :

2 1° Les modalités d'information de la personne qui demande l'aide à mourir ;

3 2° La forme et le contenu de la demande mentionnée à l'article 7 et de sa confirmation mentionnée au IV de l'article 8 ;

4 3° La procédure de vérification des conditions prévues à l'article 6 et de recueil des avis mentionnés au II de l'article 8.

Chapitre IV **Clause de conscience**

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024 **Article 16**

1 I. – Les professionnels de santé mentionnés à l'article 7, ainsi qu'aux I à V et au premier alinéa du VI de l'article 8 ne sont pas tenus de concourir à la mise en œuvre des dispositions prévues aux chapitres II et III.

2 Le professionnel de santé qui ne souhaite pas participer à la mise en œuvre de ces dispositions doit informer, sans délai, la personne de son refus et lui communiquer le nom de professionnels de santé susceptibles d'y participer.

3 II. – Lorsqu'une personne est admise dans un établissement de santé ou hébergée dans un établissement ou service mentionné à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, le responsable de l'établissement ou du service est tenu d'y permettre :

4 1° L'intervention des professionnels de santé mentionnés aux articles 7 et 8 ;

5 2° L'accès des personnes mentionnées au II de l'article 9.

6 III. – Les professionnels de santé qui sont disposés à participer à la mise en œuvre des dispositions du chapitre III peuvent se déclarer auprès de la commission mentionnée à l'article 17.

²⁰ Cf. art. 18, p. 12 du présent document.

- 1 I. – Une commission de contrôle et d'évaluation, placée auprès du ministre chargé de la santé, assure :
- 2 1° Le contrôle, à partir notamment des données enregistrées dans le système d'information mentionné à l'article 13, du respect, pour chaque procédure d'aide à mourir, des conditions prévues aux chapitres II et III du présent titre ;
- 3 2° Le suivi et l'évaluation de l'application du présent titre afin d'en informer annuellement le Gouvernement et le Parlement et de leur proposer des recommandations ;
- 4 3° L'enregistrement, au sein d'un registre accessible aux seuls médecins, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, des déclarations des professionnels de santé mentionnées au III de l'article 16.
- 5 Lorsqu'à l'issue du contrôle mentionné au 1°, la commission estime que des faits commis à l'occasion de la mise en œuvre, par des professionnels de santé, des dispositions des chapitres II et III du présent titre sont susceptibles de constituer un manquement aux règles déontologiques ou professionnelles, elle peut saisir la chambre disciplinaire de l'ordre compétent.
- 6 II. – La commission est responsable du système d'information mentionné à l'article 13.
- 7 Nonobstant les dispositions de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, les données enregistrées dans ce système d'information sont traitées et partagées dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, aux seules fins d'assurer le suivi, le contrôle et l'évaluation des dispositions prévues au présent titre.
- 8 III. – Nonobstant les dispositions de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, les médecins membres de la commission peuvent accéder, dans la mesure strictement nécessaire à leur mission, au dossier médical de la personne ayant procédé ou fait procéder à l'administration de la substance létale.
- 9 La composition de la commission et ses règles de fonctionnement propres à garantir son indépendance et son impartialité, ainsi que les modalités d'examen, pour chaque personne ayant demandé l'aide à mourir, du respect des conditions prévues aux chapitres II et III du présent titre, sont déterminées par décret en Conseil d'État.

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024 Article 18

- 1 I. – Après le 22° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 23° ainsi rédigé :
- 2 « 23° Élaborer des recommandations de bonne pratique portant sur les substances létales susceptibles d'être utilisées pour l'aide à mourir définie à l'article 5 de la loi n° du . et sur les conditions de leur utilisation, en tenant compte notamment des comptes-rendus mentionnés au V de l'article 11 de cette loi. »
- 3 II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- 4 1° Le 1° de l'article L. 5121-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- 5 « Est qualifiée de létale une préparation magistrale utilisée pour l'aide à mourir définie à l'article 5 de la loi n° du , qui est préparée, dans le respect des recommandations mentionnées au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, par l'une des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire désignées par arrêté du ministre chargé de la santé, et délivrée dans les conditions mentionnées à l'article L. 5132-8 du présent code. » ;
- 6 2° À la fin du premier alinéa de l'article L. 5121-14-3, les mots : « ou de son autorisation d'importation parallèle mentionnée à l'article L. 5121-17 ou de son autorisation mentionnée à l'article L. 5121-15 » sont remplacés par les mots : « , de son autorisation mentionnée à l'article L. 5121-15 ou des recommandations mentionnées au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. » ;
- 7 3° Après le 6° de l'article L. 5126-6, il est ajouté un 7° ainsi rédigé :
- 8 « 7° Les pharmacies à usage intérieur mentionnées au deuxième alinéa du 1° de l'article L. 5121-1 peuvent transmettre les préparations magistrales létales définies à cet article aux pharmacies d'officine ou aux pharmacies à usage intérieur chargées de leur délivrance, mentionnées à l'article 10 de la loi n° du » ;
- 9 4° Le premier alinéa du II de l'article L. 5311-1 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par exception, sur demande du ministre chargé de la santé, elle peut également procéder à l'évaluation des produits de santé destinés à être utilisés pour l'aide à mourir définie à l'article 5 de la loi n° du ».

Chapitre VI Dispositions diverses

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024 Article 19

1 I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

2 1° À l'article L. 160-8, il est rétabli un 3° ainsi rédigé :

3 « 3° La couverture des frais afférents à la mise en œuvre des dispositions du titre II de la loi n° du . » ;

4 2° Après le 31° de l'article L. 160-14, il est inséré un 32° ainsi rédigé :

5 « 32° Pour les frais afférents à la mise en œuvre des dispositions du titre II de la loi n° du » ;

6 3° Le premier alinéa de l'article L. 160-15 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle n'est pas non plus exigée pour les frais prévus au 3° de l'article L. 160-8. »

7 I. – Un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe :

8 1° Les prix de cession des préparations magistrales létales mentionnées au 1° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique couvrant les frais de leur réalisation, de leur acheminement et de leur délivrance ;

9 2° Les tarifs des honoraires ou rémunérations forfaitaires des professionnels de santé pour les missions réalisées dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions du présent titre. Ces honoraires ne peuvent donner lieu à dépassement.

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024 Article 20

1 I. – L'article L. 132-7 du code des assurances est complété par un alinéa ainsi rédigé :

2 « L'assurance en cas de décès doit couvrir le décès en cas de mise en œuvre de l'aide à mourir prévue à l'article 5 de la loi n° du ».

3 II. – L'article L. 223-9 du code de la mutualité est complété par un alinéa ainsi rédigé :

4 « L'assurance en cas de décès doit couvrir le risque de décès en cas de mise en œuvre de l'aide à mourir prévue à l'article 5 de la loi n° du ».

5 III. – Le présent article s'applique aux contrats en cours au jour de l'entrée en vigueur de la présente loi.

Projet de loi AN n° 2462 présenté par le Gouvernement, le 10 avril 2024 Article 21

1 Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est habilité à prendre par ordonnance, dans un délai de douze mois à compter de la publication de la présente loi, les mesures relevant du domaine de la loi permettant :

2 1° D'étendre et d'adapter en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et à Wallis-et-Futuna, les dispositions de la présente loi ainsi que, le cas échéant, les dispositions d'autres codes et lois nécessaires à son application, en tant qu'elles relèvent de la compétence de l'État ;

3 2° De procéder aux adaptations nécessaires de ces dispositions aux caractéristiques en matière de santé et de sécurité sociale particulières à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte.

4 Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.