



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit

Code de la santé publique

Article L1110-5

Version en vigueur depuis le 04 février 2016

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Première partie : Protection générale de la santé (Articles L1110-1 à L1545-4)

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé (Articles L1110-1 à L1181-1)

Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé (Articles L1110-1 à L1115-3)

Chapitre préliminaire : Droits de la personne (Articles L1110-1 à L1110-13)

Article L1110-5

Version en vigueur depuis le 04 février 2016

Modifié par LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 1

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 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 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.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit

Code de la santé publique

Article L1110-5-1

Version en vigueur depuis le 04 février 2016

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Première partie : Protection générale de la santé (Articles L1110-1 à L1545-4)

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé (Articles L1110-1 à L1181-1)

Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé (Articles L1110-1 à L1115-3)

Chapitre préliminaire : Droits de la personne (Articles L1110-1 à L1110-13)

Article L1110-5-1

Version en vigueur depuis le 04 février 2016

Création LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 2

Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être mis en œuvre 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 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 les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit

Code de la santé publique

Article L1110-5-2

Version en vigueur depuis le 04 février 2016

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Première partie : Protection générale de la santé (Articles L1110-1 à L1545-4)

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé (Articles L1110-1 à L1181-1)

Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé (Articles L1110-1 à L1115-3)

Chapitre préliminaire : Droits de la personne (Articles L1110-1 à L1110-13)

Article L1110-5-2

Version en vigueur depuis le 04 février 2016

Création LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 3

A 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.

A 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.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit



Code de la santé publique

Article L1110-10

Version en vigueur depuis le 05 mars 2002

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Première partie : Protection générale de la santé (Articles L1110-1 à L1545-4)

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé (Articles L1110-1 à L1181-1)

Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé (Articles L1110-1 à L1115-3)

Chapitre préliminaire : Droits de la personne (Articles L1110-1 à L1110-13)

Article L1110-10

Version en vigueur depuis le 05 mars 2002

Création Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 9 () JORF 5 mars 2002

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.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit

Code de la santé publique

Article L1111-1

Version en vigueur depuis le 23 avril 2005

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Première partie : Protection générale de la santé (Articles L1110-1 à L1545-4)

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé (Articles L1110-1 à L1181-1)

Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé (Articles L1110-1 à L1115-3)

Chapitre Ier : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté (Articles L1111-1 à L1111-31)

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

Article L1111-1

Version en vigueur depuis le 23 avril 2005

Modifié par Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 10 () JORF 23 avril 2005

Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit

Code de la santé publique

Article L1111-2

Version en vigueur depuis le 01 octobre 2020

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Première partie : Protection générale de la santé (Articles L1110-1 à L1545-4)

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé (Articles L1110-1 à L1181-1)

Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé (Articles L1110-1 à L1115-3)

Chapitre Ier : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté (Articles L1111-1 à L1111-31)

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

Article L1111-2

Version en vigueur depuis le 01 octobre 2020

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

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, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. 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 Ier 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.

NOTA :

Conformément à l'article 46 de l'ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020, ces dispositions entrent en vigueur à une date fixée par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1er octobre 2020.

Elle est applicable aux mesures de protection juridique en cours au jour de son entrée en vigueur et aux situations dans lesquelles aucune décision n'a été prise au jour de son entrée en vigueur.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit

Code de la santé publique

Article L1111-4

Version en vigueur depuis le 01 octobre 2020

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Première partie : Protection générale de la santé (Articles L1110-1 à L1545-4)

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé (Articles L1110-1 à L1181-1)

Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé (Articles L1110-1 à L1115-3)

Chapitre Ier : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté (Articles L1111-1 à L1111-31)

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

Article L1111-4

Version en vigueur depuis le 01 octobre 2020

Modifié par Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 - art. 2

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, 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.

NOTA :

Conformément à l'article 46 de l'ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020, ces dispositions entrent en vigueur à une date fixée par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1er octobre 2020.

Elle est applicable aux mesures de protection juridique en cours au jour de son entrée en vigueur et aux situations dans lesquelles aucune décision n'a été prise au jour de son entrée en vigueur.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit

Code de la santé publique

Article L1111-6

Version en vigueur depuis le 10 avril 2024

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Première partie : Protection générale de la santé (Articles L1110-1 à L1545-4)

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé (Articles L1110-1 à L1181-1)

Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé (Articles L1110-1 à L1115-3)

Chapitre Ier : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté (Articles L1111-1 à L1111-31)

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

Article L1111-6

Version en vigueur depuis le 10 avril 2024

Modifié par LOI n°2024-317 du 8 avril 2024 - art. 11

I. - 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. La personne de confiance rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.

Si la personne majeure le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches, assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions et l'aide à la connaissance et à la compréhension de ses droits si elle rencontre des difficultés.

La désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est valable sans limitation de durée, à moins que la personne majeure ou la personne de confiance n'en disposent autrement. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, 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 avant la mesure de protection, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, 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.

II. - 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.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit

Code de la santé publique

Article L1111-9

Version en vigueur depuis le 23 avril 2005

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Première partie : Protection générale de la santé (Articles L1110-1 à L1545-4)

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé (Articles L1110-1 à L1181-1)

Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé (Articles L1110-1 à L1115-3)

Chapitre Ier : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté (Articles L1111-1 à L1111-31)

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

Article L1111-9

Version en vigueur depuis le 23 avril 2005

Modifié par Loi 2005-370 2005-04-22 art. 10 II, III JORF 23 avril 2005

Modifié par Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 10 () JORF 23 avril 2005

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application de la présente section. Les modalités d'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès, font l'objet de recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit

Code de la santé publique

Article L1111-11

Version en vigueur depuis le 01 octobre 2020

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Première partie : Protection générale de la santé (Articles L1110-1 à L1545-4)

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé (Articles L1110-1 à L1181-1)

Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé (Articles L1110-1 à L1115-3)

Chapitre Ier : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté (Articles L1111-1 à L1111-31)

Section 2 : Expression de la volonté des malades refusant un traitement et des malades en fin de vie (Articles L1111-11 à L1111-12)

Article L1111-11

Version en vigueur depuis le 01 octobre 2020

Modifié par Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 - art. 5

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.

A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat 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'Etat, 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 protection juridique avec représentation relative à la personne, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. La personne chargée de la mesure de protection ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

NOTA :

Conformément à l'article 46 de l'ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020, ces dispositions entrent en vigueur à une date fixée par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1er octobre 2020.

Elle est applicable aux mesures de protection juridique en cours au jour de son entrée en vigueur et aux situations dans lesquelles aucune décision n'a été prise au jour de son entrée en vigueur.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit

Code de la santé publique

Article L1111-12

Version en vigueur depuis le 04 février 2016

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Première partie : Protection générale de la santé (Articles L1110-1 à L1545-4)

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé (Articles L1110-1 à L1181-1)

Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé (Articles L1110-1 à L1115-3)

Chapitre Ier : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté (Articles L1111-1 à L1111-31)

Section 2 : Expression de la volonté des malades refusant un traitement et des malades en fin de vie (Articles L1111-11 à L1111-12)

Article L1111-12

Version en vigueur depuis le 04 février 2016

Modifié par LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 10

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.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit

Code de la santé publique

Article L1111-13

Version en vigueur depuis le 01 janvier 2022

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Première partie : Protection générale de la santé (Articles L1110-1 à L1545-4)

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé (Articles L1110-1 à L1181-1)

Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé (Articles L1110-1 à L1115-3)

Chapitre Ier : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté (Articles L1111-1 à L1111-31)

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

Article L1111-13

Version en vigueur depuis le 01 janvier 2022

Modifié par LOI n°2020-1525 du 7 décembre 2020 - art. 98 (V)

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.

NOTA :

Conformément à l'article 45 II de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, ces dispositions entrent en vigueur à une date fixée par le décret en Conseil d'Etat prévu au V de l'article L. 1111-13-1 du code de la santé publique, et au plus tard le 1er janvier 2022.

Conformément au I de l'article 4 du décret n° 2021-1048 du 4 août 2021, ces dispositions entrent en vigueur le 1er janvier 2022.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit

Code de la santé publique

Article L1412-1-1

Version en vigueur depuis le 04 août 2021

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Première partie : Protection générale de la santé (Articles L1110-1 à L1545-4)

Livre IV : Administration générale de la santé (Articles L1411-1 à L1470-6)

Titre Ier : Institutions (Articles L1411-1 à L1419-1)

Chapitre II : Ethique. (Articles L1412-1 à L1412-6)

Article L1412-1-1

Version en vigueur depuis le 04 août 2021

Modifié par LOI n°2021-1017 du 2 août 2021 - art. 38 (V)

I.-Tout projet de réforme sur les problèmes éthiques et les questions de société mentionnés à l'article L. 1412-1 est précédé d'un débat public sous forme d'états généraux. Ceux-ci sont organisés à l'initiative du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, après consultation des commissions parlementaires permanentes compétentes et de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques. L'avis des commissions compétentes et de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques inclut une appréciation sur l'opportunité, pour le Gouvernement, de mobiliser, dans les conditions prévues à l'article L. 121-10 du code de l'environnement, le concours de la Commission nationale du débat public.

A la suite du débat public, le comité établit un rapport qu'il présente devant l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, qui procède à son évaluation, en faisant ressortir les éléments scientifiques indispensables à la bonne compréhension des enjeux de la réforme envisagée.

En l'absence de projet de réforme, le comité est tenu d'organiser des états généraux de la bioéthique au moins une fois tous les cinq ans.

II.-Le comité anime, chaque année, des débats publics sur un ou plusieurs des problèmes éthiques et des questions de société mentionnés à l'article L. 1412-1, en lien avec les espaces de réflexion éthique mentionnés à l'article L. 1412-6.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit

Code de la santé publique

Article L6143-2-2

Version en vigueur depuis le 28 avril 2021

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Sixième partie : Etablissements et services de santé (Articles L6111-1 à L6441-1)

Livre Ier : Etablissements de santé (Articles L6111-1 à L6163-10)

Titre IV : Etablissements publics de santé (Articles L6141-1 à L6149-2)

Chapitre III : Conseil de surveillance, directeur et directoire (Articles L6143-1 à L6143-8)

Article L6143-2-2

Version en vigueur depuis le 28 avril 2021

Modifié par LOI n°2021-502 du 26 avril 2021 - art. 24

Le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques définissent, chacun dans les domaines qu'il recouvre, les objectifs stratégiques d'évolution de l'organisation des filières de soins, du fonctionnement médical et des moyens médico-techniques permettant de répondre aux besoins de santé de la population. Le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prennent en compte l'évolution des stratégies de prise en charge, notamment thérapeutiques.

Ils définissent également les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et des parcours des patients.

Dans les centres hospitaliers universitaires, ils comprennent l'articulation avec les objectifs stratégiques en matière de recherche en santé et de formation, en lien avec les directeurs des unités de formation et de recherche médicale, pharmaceutique et odontologique.

Ils définissent, en conformité avec le projet médical partagé mentionné au 1° du II de l'article L. 6132-2 et avec le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques partagé, l'articulation des parcours et des filières de soins avec les autres établissements de santé, les professionnels de santé libéraux, notamment ceux exerçant au sein des dispositifs d'exercice coordonné mentionnés aux articles L. 1411-11-1 ou L. 1434-12, et les établissements sociaux et médico-sociaux.

Le projet médical comprend un volet "activité palliative des pôles ou structures internes". Le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques comprennent les pôles ou structures internes de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs. Il précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Office fédéral de la justice OFJ

Les différentes formes d'assistance au décès et leur réglementation légale

Euthanasie active directe

Homicide intentionnel dans le but d'abrèger les souffrances d'une personne. Le médecin ou un tiers fait intentionnellement au patient une injection qui entraîne directement la mort de ce dernier.

Cette forme d'euthanasie est aujourd'hui punissable selon les articles 111 (meurtre), 114 (meurtre sur la demande de la victime) ou 113 (meurtre passionnel) du code pénal (CP).

Euthanasie active indirecte

Pour soulager des souffrances, des substances (par ex. de la morphine) sont administrées dont les effets secondaires sont susceptibles de réduire la durée de la survie. Le fait que le décès puisse ainsi survenir prématurément est accepté.

Cette forme d'euthanasie n'est pas expressément réglée dans le CP, mais elle est considérée comme admise. Les directives en matière d'euthanasie de l'Académie suisse des sciences médicales (directives ASSM) considèrent également qu'elle est admissible.

Euthanasie passive

Renonciation à la mise en œuvre de mesures de maintien de la vie ou interruption de celles-ci. (Exemple: débranchement d'un appareil à oxygène)

Cette forme d'euthanasie n'est pas non plus réglée expressément par la loi, mais elle est considérée comme permise; les directives ASSM en donnent une définition semblable.

Assistance au suicide

Seul celui qui, "poussé par un mobile égoïste", prête assistance au suicide de quelqu'un (par ex. en lui procurant une substance mortelle) est punissable, selon l'art. 115 CP, d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire.

L'assistance au suicide consiste à fournir au patient la substance mortelle qu'il ingérera alors lui-même, sans intervention extérieure, pour mettre fin à ses jours.

Des organisations telles que EXIT fournissent une assistance au suicide dans le cadre de la loi. Elles ne sont pas punissables tant qu'aucun motif égoïste ne peut leur être reproché.

Mesure de médecine palliative

La médecine et les soins palliatifs comprennent les traitements médicaux et les soins corporels, mais aussi le soutien psychologique, social et spirituel apporté au patient et à ses proches.

Les soins palliatifs peuvent améliorer sensiblement la qualité de vie des personnes gravement malades et des mourants, et diminuer ainsi le désir de mourir.

Dernière modification 30.01.2023

<https://www.bj.admin.ch/content/bj/fr/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/formen.html>

<https://www.admd.be/information/legislation-belge/legislation-belge-euthanasie-loi/>

+32(0)2 502 04 85 info@admd.be

Forum EOL

Extranet

ADMD

Actualités

Présentation

Information

Nous soutenir

Contact

Législation belge : loi euthanasie

Loi consolidée du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie

(en italique et en gras les modifications apportées par la loi du 27 mars 2024 MB 29 mars 2024) *Visibles en ligne uniquement*

Article 1er.

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 (à corriger 74) de la Constitution.

CHAPITRE 1er. – Dispositions générales

Art. 2.

Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

CHAPITRE II. – Des conditions et de la procédure

Art. 3.

§1er. Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que :

le patient est majeur ou mineur émancipé, capable ou encore mineur doté de la capacité de discernement et est conscient au moment de sa demande;

la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure;

le patient, majeur ou mineur émancipé, se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;

le patient mineur doté de la capacité de discernement se trouve dans une situation médicale sans issue de souffrance physique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui entraîne le décès à brève échéance, et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;

et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

§2. Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit, préalablement et dans tous les cas :

informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement

volontaire;

s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient;

consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;

s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci;

si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne;

s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer;

en outre, lorsque le patient est mineur non émancipé, consulter un pédopsychiatre ou un psychologue, en précisant les raisons de cette consultation. Le spécialiste consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure de la capacité de discernement du mineur, et l'atteste par écrit.

Le médecin traitant informe le patient et ses représentants légaux du résultat de cette consultation. Le médecin traitant s'entretient avec les représentants légaux du mineur en leur apportant toutes les informations visées au §2, 1°, et s'assure qu'ils marquent leur accord sur la demande du patient mineur.

§3. Si le médecin est d'avis que le décès du patient majeur ou mineur émancipé n'interviendra manifestement pas à brève échéance, il doit, en outre :

consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique et du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;

laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie.

§4. La demande du patient, ainsi que l'accord des représentants légaux si le patient est mineur, sont actés par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient.

Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit en présence du médecin, et ladite personne mentionne le nom de ce médecin dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical.

Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.

§4/1 Après que la demande du patient a été traitée par le médecin, la possibilité d'accompagnement psychologique est offerte aux personnes concernées.

§5. L'ensemble des demandes formulées par le patient, ainsi que les démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

Art. 3bis.

Le pharmacien qui délivre une substance euthanasiante ne commet aucune infraction lorsqu'il le fait sur la base d'une prescription dans laquelle le médecin mentionne explicitement qu'il s'agit conformément à la présente loi.

Le pharmacien fournit la substance euthanasiante prescrite en personne au médecin. Le Roi fixe les critères de prudence et les conditions auxquels doivent satisfaire la prescription et la délivrance de médicaments qui seront utilisés comme substance euthanasiante.

Le Roi prend les mesures nécessaires pour assurer la disponibilité des substances euthanasiantes, y compris dans les officines qui sont accessibles au public.

Art. 3ter.

Le médecin ou le psychologue qui remet un avis dans le cadre de l'application de l'article 3, § 2, 3° et 7°, de l'article 3, § 3, 1° ou de l'article 4, § 2, alinéa 2, 1°, ne peut être puni pour ce seul fait comme auteur ou participant aux infractions visées à l'article 13/3.

CHAPITRE III. – De la déclaration anticipée

Art. 4.

§1er. Tout majeur ou mineur émancipé capable peut, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit, dans une déclaration, sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si ce

médecin constate :

qu'il est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;

qu'il est inconscient;

et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

La déclaration peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, classées par ordre de préférence, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du patient. Chaque personne de confiance remplace celle qui la précède dans la déclaration en cas de refus, d'empêchement, d'incapacité ou de décès. Le médecin traitant du patient, le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent pas être désignés comme personnes de confiance.

La déclaration peut être faite à tout moment. Elle doit être constatée par écrit, dressée en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant, datée et signée par le déclarant, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.

Si la personne qui souhaite faire une déclaration anticipée, est physiquement dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, sa déclaration peut être actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du déclarant, en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant. La déclaration doit alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. La déclaration doit être datée et signée par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.

Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe à la déclaration.

La déclaration est valable pour une durée indéterminée.

La déclaration peut être retirée ou adaptée à tout moment.

Le Roi détermine les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration aux médecins concernés, via les services du Registre national.

§2. Un médecin qui pratique une euthanasie, à la suite d'une déclaration anticipée, telle que prévue au §1er, ne commet pas d'infraction s'il constate que le patient :

- est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;

- est inconscient;

- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science;

- et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention et pour autant que la seule ou la dernière personne de confiance désignée ne se trouve pas dans un des quatre cas visés au §1er, alinéa 2, il doit préalablement :

- consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans la déclaration de volonté, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation;

- le médecin consulté doit être indépendant à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée;

- s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci;

- si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir avec

elle de la volonté du patient;

si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne.

La déclaration anticipée ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du médecin consulté, sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

CHAPITRE IV. – De la déclaration

Art. 5.

Le médecin qui a pratiqué une euthanasie remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 7, dûment complété, à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation visée à l'article 6 de la présente loi.

CHAPITRE V. – La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation

Art. 6.

§1er. Il est institué une Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée « la commission ».

§2. La commission se compose de seize membres, désignés sur la base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la commission. Huit membres sont docteurs en médecine, dont deux au moins sont chargés de cours, professeurs ou professeurs émérites dans une université belge. Quatre membres sont chargés de cours, professeurs ou professeurs émérites de droit dans une

université belge, ou avocats. Quatre membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable.

La qualité de membre de la commission est incompatible avec le mandat de membre d'une des assemblées législatives et avec celui de membre du gouvernement fédéral ou d'un gouvernement de communauté ou de région.

Les membres de la commission sont nommés, dans le respect de la parité linguistique – chaque groupe linguistique comptant au moins trois candidats de chaque sexe – et en veillant à assurer une représentation pluraliste, par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur une liste double présentée par la Chambre des représentants, pour un terme renouvelable de quatre ans. Le mandat prend fin de plein droit lorsque le membre perd la qualité en laquelle il siège. Les candidats qui n'ont pas été désignés comme membres effectifs sont nommés en qualité de membres suppléants, selon une liste déterminant l'ordre dans lequel ils seront appelés à suppléer. La commission est présidée par un président d'expression française et un président d'expression néerlandaise. Les présidents sont élus par les membres de la commission appartenant à leur groupe linguistique respectif.

La commission ne peut délibérer valablement qu'à la condition que les deux tiers de ses membres soient présents.

§3. La commission établit son règlement d'ordre intérieur.

Art. 7.

§ 1. La commission établit un document d'enregistrement qui doit être complété par le médecin chaque fois qu'il pratique une euthanasie.

Ce document contient les données suivantes:

les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI, domicile ainsi que les données de correspondance du médecin qui a pratiqué et qui déclare l'euthanasie;

les nom, prénoms et domicile du patient, ainsi que le sexe, la langue, les date et lieu de naissance du patient, et en ce qui concerne le patient mineur, s'il était doté de la capacité de discernement;

la date, le lieu et l'heure du décès du patient;

les nom, prénoms, domicile et qualité des représentants légaux du mineur qui ont donné leur accord pour l'euthanasie d'un mineur;

les nom, prénoms, qualification, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du (des) médecin(s) et le cas échéant du psychologue qui a (ont) été obligatoirement consulté(s); l'avis rédigé par ce(s) médecin(s) et le cas échéant par ce psychologue et les dates de ces consultations ;

les nom, prénoms, qualification et domicile de toutes les personnes et instances consultées par le médecin qui a pratiqué et qui déclare l'euthanasie, ainsi que les dates de ces consultations ;

s'il existait une déclaration anticipée qui désignait une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s) ;

si l'euthanasie a été pratiquée sur la base d'une déclaration anticipée, mention de l'état de conscience ou d'inconscience du patient au moment de l'euthanasie ;

les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et adresse du pharmacien qui a délivré les produits, le nom des produits délivrés et leur quantité ainsi que, le cas échéant, l'excédent qui a été restitué au pharmacien ;

la manière dont l'euthanasie a été effectuée et les moyens utilisés ;

la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient ;

la nature de la souffrance physique et/ou psychique constante et insupportable;

les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inaffable;

l'échéance estimée brève ou non du décès ;

les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure ;

l'existence d'une déclaration anticipée visée à l'article 4, la date à laquelle elle a été rédigée ainsi que la mention d'une rédaction par le patient ou par un tiers : ou l'existence d'une demande écrite visée à l'article 3, § 4, la date à laquelle elle a été rédigée ainsi que la mention d'une rédaction par le patient ou par un tiers ;

la procédure suivie par le médecin.

§2. Sans préjudice de l'article 8, alinéa 3, le document d'enregistrement visé au paragraphe 1er ne peut être communiqué qu'aux membres de la commission ainsi qu'au personnel administratif mis à la disposition de la commission, et ne peut être communiqué à aucune autre personne ou instance.

§3. Les données recueillies dans le document d'enregistrement visé au paragraphe 1er, supprimées après l'expiration d'un délai de vingt ans après le décès de la personne concernée par le document d'enregistrement. Si une action en justice est intentée, ce délai est prolongé jusqu'à ce qu'une décision ayant force de chose jugée sur cette action en justice soit adoptée.

Art. 8.

La commission examine le document d'enregistrement dûment complété que lui communique le médecin qui a pratiqué l'euthanasie. Elle vérifie sur la base du document d'enregistrement si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et la procédure prévues par la présente loi. Elle peut demander au médecin qui a pratiqué l'euthanasie de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie.

Elle se prononce dans un délai de deux mois.

Lorsque, par décision prise à la majorité des deux tiers, la commission estime que les conditions prévues par la présente loi n'ont pas été

respectées, elle envoie le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient.

Si l'examen du document d'enregistrement fait apparaître des faits ou des circonstances susceptibles d'affecter l'indépendance ou l'impartialité du jugement d'un membre de la commission, ce membre ne participe pas aux délibérations de la commission sur l'affaire concernée.

Art. 9.

La commission établit à l'intention des Chambres législatives, la première fois dans les deux ans de l'entrée en vigueur de la présente loi, et, par la suite, tous les deux ans :

- a) un rapport statistique basé sur les données figurant dans les documents d'enregistrement reçus visés à l'article 7, ces données étant anonymisées ;
- b) un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi;
- c) le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la présente loi.

Pour l'accomplissement de ces missions, la commission peut recueillir toutes les informations utiles auprès des diverses autorités et institutions. Les renseignements recueillis par la commission ne peuvent être communiqués par la commission à aucune autre personne ou instance.

Aucun de ces documents ne peut contenir l'identité d'aucune personne citée dans les dossiers remis à la commission dans le cadre du contrôle prévu à l'article 8.

La commission peut décider de communiquer des informations statistiques et purement techniques, à l'exclusion de toutes données à caractère personnel, aux équipes universitaires de recherche qui en feraient la demande motivée. Elle peut entendre des experts.

Art. 10.

Le Roi met un cadre administratif à la disposition de la commission en vue de l'accomplissement de ses missions légales. Les effectifs et le cadre linguistique du personnel administratif sont fixés par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur proposition des ministres qui ont la Santé publique et la Justice dans leurs attributions.

Art. 11.

Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la commission, ainsi que la rétribution de ses membres sont imputés par moitié aux budgets des ministres qui ont la Justice et la Santé publique dans leurs attributions.

Le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement est désigné comme le responsable du traitement, au sens de l'article 4.7) du règlement général pour la protection des données n° 2016/679, des données figurant dans les documents d'enregistrement reçus visés à l'article 7. Ce traitement de données a pour finalité d'une part, le contrôle de la légalité des euthanasies tel que prévu à l'article 8, et d'autre part, la rédaction de rapports et de recommandations tel que prévu à l'article 9.

Art. 12.

Quiconque prête son concours, en quelque qualité que ce soit, à l'application de la présente loi, est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de celle-ci. L'article 458 du Code pénal lui est applicable.

Art. 13.

Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la commission, visés à l'article 9, la Chambre des représentants organise un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est

suspendu pendant la période au cours de laquelle la Chambre des représentants est dissoute et/ou au cours de laquelle il n'y a pas de gouvernement ayant la confiance de la Chambre des représentants.

CHAPITRE V/1. Dispositions financières

Art. 13/1.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, prévoir une indemnité pour le médecin qui réalise l'euthanasie.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixer le montant, les conditions et les modalités de cette indemnité, ainsi que les règles pour le paiement de cette indemnité.

Art. 13/2.

Les coûts pour les indemnités sont portés en compte de l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

CHAPITRE V/2. Dispositions pénales

Art. 13/3.

§ 1er. Le médecin qui pratique une euthanasie, lorsque l'une des conditions de base prévues à l'article 3, §1er, 3e ou 4e tiret ou à l'article 4, §2, alinéa 1er, 1er à 3e tiret, n'est pas respectée, est puni d'une réclusion de dix ans à quinze ans.

§2. Le médecin qui pratique une euthanasie, lorsque l'une ou plusieurs des conditions procédurales prévues à l'article 3, §2, 3°, et 7°, et §3, 1°, ou à l'article 4, §2, alinéa 2, 1°, ne sont pas respectées, est puni d'un emprisonnement de huit jours à trois ans et d'une amende de 26 euros à 1.000 euros, ou d'une de ces peines seulement.

S'il existe des circonstances atténuantes, la peine d'emprisonnement, la peine de travail, la peine de probation autonome et la peine d'amende pourront respectivement être réduites à moins de huit jours, de quarante-cinq heures, de douze mois et de vingt-six euros, sans qu'elles ne puissent être inférieures aux peines de police. Le juge peut également appliquer séparément l'une de ces peines.

§3 Les dispositions du livre Ier du Code pénal, notamment le chapitre VII et l'article 85, s'appliquent aux sanctions pénales introduites par le présent article.

CHAPITRE VI. – Dispositions particulières

Art. 14.

La demande et la déclaration anticipée de volonté telles que prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi n'ont pas de valeur contraignante.

Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie.

Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie.

Aucune clause écrite ou non écrite ne peut empêcher un médecin de pratiquer une euthanasie dans les conditions légales.

Si le médecin consulté refuse, sur la base de sa liberté de conscience, de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile et au plus tard dans les 7 jours de la première formulation de la demande le patient ou la personne de confiance éventuelle, en précisant les raisons et en renvoyant le patient ou la personne de confiance vers un autre médecin

désigné par le patient ou par la personne de confiance.

Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie pour une raison médicale, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en en précisant les raisons. Dans ce cas, cette raison médicale est consignée dans le dossier médical du patient.

Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie est tenu, dans tous les cas, de transmettre au patient ou à la personne de confiance les coordonnées d'un centre ou d'une association spécialisé en matière de droit à l'euthanasie et, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer dans les quatre jours de cette demande le dossier médical du patient au médecin désigné par le patient ou par la personne de confiance.

Art. 15.

La personne décédée à la suite d'une euthanasie dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.

Les dispositions de l'article 909 du Code civil sont applicables aux membres de l'équipe soignante visés à l'article 3.

Art. 16.

La présente loi entre en vigueur au plus tard trois mois après sa publication au Moniteur belge.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le Moniteur belge.

Bruxelles, le 28 mai 2002.

Modifications :

Loi du 27-03-2024 publiée le 29-03-2024 (art. Modifiés : 3ter; 7; 8; 9; 11; 13/3)

Loi du 19-06-2023 publiée le 29-09-2023 ((art. modifié: 6)

Loi du 18-05-2022 publiée le 30-05-2022 (art. modifiés : 13/1 et 13/2)

Loi du 15-03-2020 publiée le 23-03-2020 (art. modifiés : 4; 14)

Loi du 05-05-2019 publiée le 24-05-2019 (art. modifié: 4)

Loi du 16-06-2016 publiée le 30-06-2016 (art. modifié: 6)

Loi du 28-02-2014 publiée le 12-03-2014 (art. modifiés: 3; 7)

Loi du 06-01-2014 publiée le 31-01-2014 (art. modifiés: 6; 13)

Loi du 10-11-2005 publiée le 13-12-2005 (art. modifiés: 3bis; 7)

En savoir plus sur la législation belge...

Euthanasie (loi) | Droits du patient | Soins palliatifs | Euthanasie (synthèse)
| Histoire | En savoir plus

© ADMD, Avenue Plasky 144 bte 3 / 1030 Bruxelles / Belgique

RGPD

Politique de cookies (UE)

<https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/am-ad/di-bk.html#:~:text=17%20mars%202024.-.Le%201er%20f%C3%A9vrier%202024%2C%20le%20gouvernement%20du%20Canada%20a,m%C3%A9dical%20est%20une%20maladie%20mentale.>

Consulté le 21 juillet 2025

La loi canadienne sur l'aide médicale à mourir

Cette page Web traite de sujets qui peuvent causer de la détresse. Si vous ou une personne de votre entourage avez besoin de soutien, nous vous encourageons à demander de l'aide. Vous trouverez des ressources à l'adresse canada.ca/santé-mentale.

L'aide médicale à mourir (AMM) est une question complexe et profondément personnelle. Le gouvernement du Canada est déterminé à s'assurer que les lois reflètent les besoins des Canadiennes et Canadiens, qu'elles protègent les personnes susceptibles d'être vulnérables et qu'elles soutiennent l'autonomie et la liberté de choix.

Important : Le 29 février 2024, le projet de loi visant à prolonger l'exclusion temporaire de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir des personnes dont le seul problème médical invoqué est une maladie mentale a reçu la sanction royale et la loi est entrée en vigueur immédiatement. La date d'admissibilité des personnes dont le seul problème médical est une maladie mentale est désormais le 17 mars 2027.

Pour obtenir l'information la plus récente au moyen des communiqués du ministère de la Justice Canada, abonnez-vous à notre fil RSS à l'adresse : <https://www.justice.gc.ca/fra/nouv-news/rss.html>.

Pour de plus amples renseignements sur l'AMM et la façon dont elle est fournie au Canada, consultez la page Web de Santé Canada sur l'AMM.

Sur cette page

L'aide médicale à mourir au Canada

Critères d'admissibilité

Admissibilité des personnes atteintes d'une maladie mentale

Autres questions

Mesures de sauvegarde procédurales

Mesures de sauvegarde visant les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible

Mesures de sauvegarde visant les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible

Exigences de consentement final

Consentement final des personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible

Consentement final des personnes qui choisissent de s'administrer une substance pour l'AMM

Régime de collecte de renseignements et de surveillance

L'aide médicale à mourir au Canada

En février 2015, la Cour suprême du Canada a statué dans l'affaire Carter c. Canada que certaines dispositions du Code criminel devaient être modifiées afin de se conformer à la Charte canadienne des droits et libertés. Comme les dispositions qui interdisaient l'aide médicale à mourir ne seraient plus valides, elle a exigé que le gouvernement crée du droit nouveau d'ici le 6 juin 2016.

En juin 2016, le Parlement du Canada a adopté une loi fédérale qui permet aux adultes admissibles, au Canada, de demander l'aide médicale à mourir.

Le 5 octobre 2020, le ministre de la Justice et procureur général du Canada a déposé au Parlement l'ancien projet de loi C-7, la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), qui proposait des modifications à la loi canadienne sur l'aide médicale à mourir. Ces modifications font suite à la décision Truchon, rendue par la Cour supérieure du Québec en 2019, qui déclarait inconstitutionnels le critère d'admissibilité de la « mort naturelle raisonnablement prévisible » prévu dans le Code criminel ainsi que celui de « fin de vie », prévu dans la Loi concernant les soins de fin de vie au Québec. Elles ont également tenu compte de l'expérience du Canada

relativement à l'AMM, des commentaires de plus de 300 000 membres de la population canadienne, experts, praticiens, intervenants et représentants des provinces et des territoires, fournis lors des consultations menées en janvier et février 2020, et du témoignage de plus de 120 témoins experts entendus tout au long de l'étude de l'ancien projet de loi C-7 par la Chambre des communes et le Sénat.

Le 17 mars 2021, le Parlement a adopté l'ancien projet de loi C-7 pour réviser les critères d'admissibilité à l'AMM et le processus d'évaluation. Ces modifications ont pris effet immédiatement. Le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec les professionnels de la santé pour s'assurer que les mesures de sauvegarde appropriées sont en place.

Communiqué de presse : La nouvelle loi canadienne sur l'aide médicale à mourir (l'AMM) (le 17 mars 2021)

Le 15 décembre 2022, les ministres de la Justice, de la Santé et de la Santé mentale et des Dépendances ont annoncé l'intention du gouvernement du Canada de présenter un projet de loi visant à prolonger l'exclusion temporaire de l'admissibilité des personnes dont le seul problème médical est une maladie mentale.

Déclaration : Déclaration par les ministres Lametti, Duclos et Bennett au sujet de l'AMM au Canada (15 décembre 2022)

Le 2 février 2023, le gouvernement du Canada a proposé une loi (ancien projet de loi C-39) visant à prolonger d'un an, jusqu'au 17 mars 2024, l'exclusion temporaire de l'admissibilité des personnes dont le seul problème médical invoqué est une maladie mentale.

Communiqué de presse : Report de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir pour les personnes dont le seul problème médical est une maladie mentale, proposé par les ministres de la Justice et de la Santé (le 2 février 2023)

Le 9 mars 2023, l'ancien projet de loi C-39 a reçu la sanction royale et la loi est entrée en vigueur immédiatement. Cette loi reporte temporairement la date d'admissibilité à l'AMM des personnes dont le seul problème médical est une maladie mentale au 17 mars 2024.

Le 1er février 2024, le gouvernement du Canada a soumis un projet de loi visant à prolonger jusqu'au 17 mars 2027 l'exclusion temporaire de l'admissibilité des personnes dont le seul problème médical est une maladie mentale.

Communiqué de presse : Le gouvernement du Canada présente un projet de loi pour retarder de trois ans l'expansion de l'aide médicale à mourir (1er février 2024)

Le 29 février 2024, le projet de loi C-62 a reçu la sanction royale et la loi est entrée en vigueur immédiatement, reportant temporairement au 17 mars 2027 la date d'admissibilité à l'AMM pour les personnes dont le seul problème médical est une maladie mentale.

Critères d'admissibilité

Important : Le 29 février 2024, le projet de loi visant à prolonger l'exclusion temporaire de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir des personnes dont le seul problème médical invoqué est une maladie mentale a reçu la sanction royale et la loi est entrée en vigueur immédiatement. La date d'admissibilité des personnes dont le seul problème médical est une maladie mentale est désormais le 17 mars 2027. Pour plus de renseignements, veuillez consulter la rubrique Admissibilité des personnes atteintes d'une maladie mentale.

La loi révisée de 2021 a modifié les critères d'admissibilité à l'AMM en conformité avec la décision que la Cour supérieure du Québec a rendue en 2019 dans l'affaire Truchon. La Cour supérieure a déclaré inconstitutionnels le critère de « mort naturelle raisonnablement prévisible » énoncé dans le Code criminel ainsi que le critère de « fin de vie » prévu dans la Loi concernant les soins de fin de vie du Québec.

La loi n'exige plus que la mort naturelle soit raisonnablement prévisible pour qu'une personne soit admissible à l'AMM.

À compter du 17 mars 2021, une personne qui souhaite recevoir l'AMM doit répondre aux critères d'admissibilité suivants :

être âgée d'au moins 18 ans et avoir la capacité de prendre des décisions

être admissible à des services de santé financés par l'État

faire une demande délibérée qui ne découle pas de pressions externes

donner son consentement éclairé à recevoir l'AMM, ce qui signifie que la personne a consenti à recevoir l'AMM après avoir reçu toute l'information nécessaire pour prendre cette décision

être atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable (à l'exception d'une maladie mentale jusqu'au 17 mars 2027)

se trouver à un stade avancé de déclin des capacités qui est irréversible

ressentir des souffrances physiques ou psychologiques insupportables qui ne peuvent pas être atténuées dans des conditions que la personne juge acceptables

Admissibilité des personnes atteintes d'une maladie mentale

En 2021, il a été établi que les personnes dont le seul problème médical est une maladie mentale et qui, autrement, respectent tous les critères d'admissibilité ne seraient pas admissibles à l'AMM pendant deux ans, soit jusqu'au 17 mars 2023. Il s'agit notamment de problèmes médicaux principalement traités en psychiatrie, comme la dépression et les troubles de la personnalité, à l'exclusion des troubles neurocognitifs et neurodéveloppementaux et d'autres affections qui peuvent avoir une incidence sur les capacités cognitives.

L'exclusion temporaire initiale de deux ans a été mise en place afin de donner plus de temps pour évaluer comment l'AMM peut être offerte en toute sécurité dans le cas de personnes atteintes d'une maladie mentale et de veiller à ce que des mesures de sauvegarde appropriées soient en place afin de protéger les personnes dans une telle situation.

Le gouvernement du Canada a mis sur pied le Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale chargé de formuler des recommandations sur les protocoles, les orientations et les mesures de sauvegarde qui s'appliqueront aux demandes d'AMM faites par des personnes atteintes d'une maladie

mentale. Le Groupe d'experts a déposé son rapport final au Parlement le 13 mai 2022. Pour en savoir plus sur les travaux menés par le Groupe d'experts, consultez le site Web de Santé Canada.

En décembre 2022, le gouvernement du Canada a annoncé qu'il chercherait à prolonger l'exclusion initiale de deux ans pour les personnes dont le seul problème médical invoqué est une maladie mentale.

Le 9 mars 2023, le projet de loi visant à prolonger l'exclusion temporaire de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir des personnes dont le seul problème médical est une maladie mentale a reçu la sanction royale et la loi est entrée en vigueur immédiatement. La période d'exclusion de l'admissibilité était ainsi prolongée d'un an, soit jusqu'au 17 mars 2024.

Le 1er février 2024, le gouvernement du Canada a déposé un projet de loi visant à prolonger de trois ans, soit jusqu'au 17 mars 2027, l'exclusion de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir des personnes dont le seul problème médical est une maladie mentale. Le 29 février, le projet de loi C-62 a reçu la sanction royale et la loi est entrée en vigueur immédiatement.

Cette prolongation offrira aux provinces et aux territoires plus de temps pour préparer leurs systèmes de soins de santé, notamment en élaborant des règlements, des directives et des ressources supplémentaires pour évaluer et fournir l'AMM dans les situations où le seul problème médical sous-jacent d'une personne est une maladie mentale. Cela donnera également aux praticiens plus de temps pour suivre la formation et se familiariser avec le soutien, les lignes directrices et les normes disponibles.

En outre, la nouvelle loi exige qu'un comité parlementaire mixte procède à un examen approfondi relatif à l'admissibilité à l'AMM des personnes dont le seul problème médical invoqué est le trouble mental, dans les deux ans suivant la sanction royale du projet de loi. Cette mesure permettra en outre d'examiner les progrès accomplis dans la préparation globale du système de santé et de déterminer si le Code criminel doit être modifié.

Autres questions

Le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir du Parlement a été mis

sur pied en avril 2021 et mandaté d'examiner les dispositions de la loi canadienne sur l'AMM et son application, ainsi que d'autres questions importantes liées à l'AMM restées en suspens, telles que l'admissibilité des mineurs matures, les demandes anticipées, la maladie mentale, les soins palliatifs et la protection des Canadiens en situation de handicap.

Le 22 juin 2022, le Comité a publié son rapport provisoire sur l'AMM et la maladie mentale :

L'aide médicale à mourir et le trouble mental comme seul problème médical invoqué : rapport provisoire (juin 2022)

Réponse du gouvernement au premier rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (octobre 2022)

Le 15 février 2023, le Comité a publié son rapport final. Le gouvernement du Canada a présenté sa réponse au rapport le 15 juin 2023.

L'aide médicale à mourir au Canada : Les choix pour les Canadiens (février 2023)

En octobre 2023, la Chambre des communes et le Sénat ont adopté des motions visant le rétablissement du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir afin qu'il évalue l'état de préparation du système de soins de santé, conformément à la recommandation no 13 du rapport de février 2023. Le rapport final du Comité, L'AMM et les troubles mentaux : le chemin à parcourir, a été déposé le 29 janvier 2024.

Mesures de sauvegarde procédurales

Les changements apportés en 2021 à la loi sur l'AMM du Canada ont créé une approche en deux volets quant aux mesures de sauvegarde procédurales que doivent suivre les praticiens en fonction de la prévisibilité raisonnable de la mort naturelle d'une personne. Cette approche sur le plan des mesures de sauvegarde permet de s'assurer que l'on consacre suffisamment de temps et d'expertise à l'évaluation des demandes d'AMM faites par des personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement

prévisible, de même qu'elle allégera ces mesures dans les cas où la mort naturelle est raisonnablement prévisible.

Cette approche en matière de mesures de sauvegarde diffère de ce qui était prévu auparavant alors que seules les personnes dont la mort naturelle était raisonnablement prévisible étaient admissibles à l'AMM. De nouvelles mesures de sauvegarde s'appliquent maintenant aux personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible. Elles cherchent à circonscrire les diverses sources de souffrance et de vulnérabilité qui pourraient amener une personne qui n'approche pas de la mort à demander l'AMM.

Mesures de sauvegarde visant les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible

Les mesures de sauvegarde procédurales suivantes s'appliquent aux personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible :

la demande d'AMM doit être faite par écrit et signée par un témoin indépendant (un préposé aux soins personnels rémunéré ou un travailleur de la santé peut agir en tant que témoin indépendant)

deux médecins ou infirmiers praticiens indépendants doivent fournir une évaluation et confirmer que tous les critères d'admissibilité sont respectés

la personne doit être avisée qu'elle peut retirer sa demande en tout temps, de quelque manière que ce soit

la personne doit avoir la possibilité de retirer son consentement et doit confirmer expressément son consentement immédiatement avant de recevoir l'AMM (toutefois, cette exigence de « consentement final » peut être levée dans certaines circonstances)

Remarque : L'exigence relative à une période de réflexion minimale de dix jours a été retirée. En conséquence, les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible n'ont plus à attendre dix jours entre la date d'approbation de leur demande d'AMM et le moment où elles reçoivent l'AMM.

Mesures de sauvegarde visant les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible

Les mesures de sauvegarde procédurales suivantes s'appliquent aux personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible (* l'astérisque indique les mesures de sauvegarde propres à ces demandes) :

la demande d'AMM doit être faite par écrit et signée par un témoin indépendant (un préposé aux soins personnels rémunéré ou un travailleur de la santé peut agir en tant que témoin indépendant)

deux médecins ou infirmiers praticiens indépendants doivent fournir une évaluation et confirmer que tous les critères d'admissibilité sont respectés

* si aucun des deux praticiens qui évaluent l'admissibilité n'a d'expertise relative à l'état médical causant la souffrance de la personne, il faut consulter un praticien qui possède une telle expertise

la personne doit être avisée qu'elle peut retirer sa demande en tout temps, de quelque manière que ce soit

* la personne doit connaître les moyens disponibles et appropriés pouvant soulager ses souffrances, y compris les services de counseling, les services de soutien en santé mentale et en invalidité, les services communautaires et les soins palliatifs, et elle doit se voir offrir des consultations avec des professionnels qui fournissent de tels services

* la personne et les praticiens doivent avoir discuté des moyens raisonnables qui sont disponibles pour soulager sa souffrance et convenir que cette personne a sérieusement envisagé ces moyens

* les évaluations de l'admissibilité doivent s'étaler sur une période d'au moins 90 jours, mais cette durée peut être moindre si la personne est sur le point de perdre sa capacité décisionnelle en matière de soins de santé, à condition que les deux évaluations soient terminées

immédiatement avant l'administration de l'AMM, le praticien doit donner à la personne la possibilité de retirer sa demande et il doit s'assurer que cette dernière consent expressément à la procédure

Exigences de consentement final

Consentement final des personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible

La loi révisée permet maintenant, en ce qui concerne les patients dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, de renoncer à l'obligation de fournir le consentement final immédiatement avant de recevoir l'AMM dans les cas suivants :

la personne a été évaluée et sa demande de recevoir l'AMM a été approuvée

la personne risque de perdre sa capacité décisionnelle avant la date retenue pour recevoir l'AMM et elle a été avisée de ce risque

la personne conclut avec son praticien une entente écrite selon laquelle elle renonce à fournir son consentement final et, selon cette entente, le praticien administrera l'AMM à la date retenue même si cette personne a perdu la capacité de donner son consentement final à ce moment-là

L'entente quant à la renonciation au consentement final sera invalidée si la personne, après avoir perdu sa capacité décisionnelle, démontre un refus ou une résistance à l'égard de l'administration de l'AMM par des mots, des sons ou des gestes. Les réflexes et d'autres types de mouvements involontaires, comme la réaction à un toucher ou à l'insertion d'une aiguille, ne constituent pas un refus ou une résistance.

Le cadre initial a été modifié de façon à permettre aux personnes se trouvant dans ces circonstances de renoncer au consentement final. Cette mesure, parfois appelée « modification d'Audrey », répond aux préoccupations soulevées par Audrey Parker, qui a choisi de recevoir l'AMM de façon précoce par crainte de perdre sa capacité décisionnelle avant la date à laquelle elle aurait souhaité recevoir la procédure.

Consentement final des personnes qui choisissent de s'administrer une substance pour l'AMM

Les personnes autorisées à recevoir l'AMM qui choisissent de s'administrer elles-mêmes une substance à cette fin peuvent maintenant conclure une entente écrite avec leur médecin pour prévoir quoi faire si des complications surviennent après l'ingestion de la substance et qu'elles entraînaient une perte de capacité décisionnelle, mais non la mort.

Une telle entente permet à la personne de consentir à l'avance à ce que l'AMM soit administrée par un praticien, si ce dernier est présent, en cas de complications liées à l'auto-administration. Toutes les personnes qui choisissent de s'administrer elles-mêmes une substance aux fins de l'AMM peuvent conclure une telle entente avec leur praticien, quel que soit le pronostic à leur égard.

Régime de collecte de renseignements et de surveillance

Les changements apportés en 2021 à la loi sur l'AMM au Canada améliorent la collecte de renseignements et la production de rapports afin de brosser un tableau complet de la mise en œuvre de l'AMM au Canada, y compris en vertu des nouvelles dispositions. Ce régime de surveillance est important pour assurer la transparence et accroître la confiance du public quant à la manière d'obtenir l'AMM et à la façon dont elle est offerte.

Les changements apportés à la nouvelle loi en matière de collecte de renseignements visent notamment :

- à permettre la collecte de renseignements relativement à toutes les évaluations effectuées après qu'une personne a demandé l'AMM

- à modifier le pouvoir de réglementation accordé au ministre de la Santé afin :

- à élargir la collecte de renseignements liés à la race, à l'identité autochtone et au handicap

- à chercher à déterminer si des inégalités existent ou s'il y a un désavantage individuel ou systémique dans le contexte de l'AMM ou de son administration

Le gouvernement fédéral reconnaît l'importance de recueillir toute une

gamme de renseignements sur la situation des personnes qui demandent ou reçoivent l'AMM, ou les deux.

Depuis la mise en œuvre du régime officiel de surveillance, en 2018, il paraît évident que l'obtention de renseignements fondés uniquement sur les demandes écrites reçues par les médecins et les infirmiers praticiens donne une image incomplète des personnes qui réclament l'AMM partout au pays.

Les changements apportés au régime de collecte de renseignements et de surveillance facilitent l'obtention de renseignements relatifs à toutes les évaluations faisant suite à la demande d'AMM d'une personne. Cela comprend les demandes qui ne sont pas produites par écrit et les évaluations préliminaires pouvant être conduites par d'autres professionnels de la santé – par exemple, par d'autres types d'infirmiers – de l'équipe de soins ou d'un service de coordination des soins. Une telle mesure nous aidera à mieux comprendre qui demande l'AMM.

La réglementation fédérale sur la surveillance de l'AMM définit le type de renseignements à recueillir et la façon de les déclarer. Le gouvernement du Canada a consulté les principaux intervenants à l'été 2021 et au printemps 2022 afin de déterminer la meilleure façon de refléter la nouvelle loi en matière d'AMM dans la réglementation sur la surveillance pour assurer la collecte de renseignements et la production de rapports complets. Le gouvernement étudie également la possibilité d'établir des liens entre les renseignements obtenus par la surveillance de l'AMM et le contenu d'autres bases de données afin d'appuyer la production de rapports plus généraux sur des sujets comme les considérations socioéconomiques liées aux demandes d'AMM.

Le Règlement modifiant le Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir ainsi que le Résumé de l'étude d'impact de la réglementation ont été publiés dans la Gazette du Canada, Partie II, le 9 novembre 2022. Ce règlement, qui est entré en vigueur le 1er janvier 2023, prévoit la collecte de données supplémentaires qui permettront au gouvernement du Canada de brosser un tableau plus complet de la façon dont l'AMM, y compris l'élargissement de l'admissibilité à celle-ci, est mise en œuvre au Canada.

Le gouvernement du Canada demeure déterminé à appuyer l'autonomie

des personnes admissibles à l'aide médicale à mourir tout en protégeant les personnes vulnérables et les droits à l'égalité de tous les Canadiens.

Date de modification : 2024-07-31