

VIII. FRANCIA

VIII.1. LEGISLACIÓN

VIII.1.1. CÓDIGOS

Code de la Santé Publique

Version consolidée au 14 mars 2008

Articles L1110-2, L1110-5, L1111-2, L1111-4, L1111-9 à L1111-13, L6114-2, L3143-2-2, R1111-17 à Article R1111-20, R1112-2

Code de Déontologie Médicale (figurant dans le Code de la Santé Publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112) (mise à jour du 14 déc. 2006)

Code de l'action sociale et des Familles

Articles L311-8, L313-12

Code Pénal

Articles 221-1 à 221-3, 221-5, 223-13

Code de la Santé Publique

Version consolidée au 14 mars 2008

Articles L1110-2, L1110-5, L1111-2, L1111-4, L1111-9 à L1111-13, L6114-2, L3143-2-2, R1111-17 à Article R1111-20, R1112-2

Article L1110-2

La personne malade a droit au respect de sa dignité

Article L1110-5

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier de thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.

Les dispositions du premier alinéa s'appliquent sans préjudice de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produit de santé, ni des dispositions du titre II du livre Ier de la première partie du présent code.

Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

Les professionnels de santé mettent en oeuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L.

1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

Article L1111-2

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. 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.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

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.

Article L1111-4

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.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés 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 de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

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

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

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

Article L1111-9

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.

Section 2

Expression de la volonté des malades en fin de vie.

Article L1111-10

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.

Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.

Article L1111-11

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 indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment.

A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées.

Article L1111-12

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance en application de l'article L. 1111-6, l'avis de cette

dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin.

Article L1111-13

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 peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical.

Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.

Article L6114-2

Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 déterminent les orientations stratégiques des établissements, groupements de coopération sanitaire et titulaires d'autorisations sur la base des schémas d'organisation sanitaire.

Ils identifient les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définissent, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs.

Ils précisent la ou les missions d'intérêt général mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale auxquelles l'établissement concerné participe et ses engagements relatifs à la mise en oeuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours, ainsi que ses autres engagements, notamment de retour à l'équilibre financier, donnant lieu à un financement par la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 du même code.

Ils décrivent les transformations qu'ils s'engagent à opérer dans leurs activités et dans leurs actions de coopération.

Ils fixent, le cas échéant par avenant, les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée et en définissent les conditions de mise en oeuvre, au plus tard trois mois après la délivrance de cette autorisation. A défaut de signature du contrat ou de l'avenant dans ce délai, l'agence régionale de l'hospitalisation inscrit ces objectifs quantifiés ainsi que les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs dans l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1.

Lors du renouvellement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1, les objectifs quantifiés mentionnés à l'alinéa précédent sont révisés.

Lors du renouvellement de l'autorisation prévu à l'article L. 6122-10, ou lorsque l'autorisation a fait l'objet de la révision prévue à l'article L. 6121-2 ou à l'article L. 6122-12, les objectifs quantifiés fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, relatifs à l'activité de soins ou l'équipement matériel lourd faisant l'objet de l'autorisation, sont révisés dans les trois mois suivant le renouvellement ou la décision de révision de l'autorisation.

Article L6143-2-2

Le projet médical comprend un volet «activité palliative des services». Celui-ci identifie les services 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.

Partie réglementaire

Livre Ier: Protection des personnes en matière de santé
Titre Ier: Droits des personnes malades et des usagers du système de santé
[...]

Section 2

Expression de la volonté relative à la fin de vie

Article R1111-17

Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance.

Toutefois lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée en application de l'article L. 1111-6, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

Le médecin peut, à la demande du patient, faire figurer en annexe de ces directives, au moment de leur insertion dans le dossier de ce dernier, une attestation constatant qu'il est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées.

Article R1111-18

Les directives anticipées peuvent, à tout moment, être soit modifiées, partiellement ou totalement, dans les conditions prévues à l'article R. 1111-17, soit révoquées sans formalité.

Leur durée de validité de trois ans est renouvelable par simple décision de confirmation signée par leur auteur sur le document ou, en cas d'impossibilité d'écrire et de signer, établie dans les conditions prévues au second alinéa de l'article R. 1111-17. Toute modification intervenue dans le respect de ces conditions vaut confirmation et fait courir une nouvelle période de trois ans.

Dès lors qu'elles ont été établies dans le délai de trois ans, précédant soit l'état d'inconscience de la personne, soit le jour où elle s'est avérée hors d'état d'en effectuer le renouvellement, ces directives demeurent valides quel que soit le moment où elles sont ultérieurement prises en compte.

Article R1111-19

Les directives anticipées doivent être conservées selon des modalités les rendant aisément accessibles pour le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement dans le cadre de la procédure collégiale définie à l'article R. 4127-37.

A cette fin, elles sont conservées dans le dossier de la personne constitué par un médecin de ville, qu'il s'agisse du médecin traitant ou d'un autre médecin choisi par elle, ou, en cas d'hospitalisation, dans le dossier médical défini à l'article R. 1112-2.

Toutefois, les directives anticipées peuvent être conservées par leur auteur ou confiées par celui-ci à la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 ou, à défaut, à un membre de sa famille ou à un proche. Dans ce cas, leur existence et les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont mentionnées, sur indication de leur auteur, dans le dossier constitué par le médecin de ville ou dans le dossier médical défini à l'article R. 1112-2.

Toute personne admise dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social peut signaler l'existence

de directives anticipées; cette mention ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont portées dans le dossier médical défini à l'article R. 1111-2.

Article R1111-20

Lorsqu'il envisage de prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement en application des articles L. 1111-4 ou L. 1111-13, et à moins que les directives anticipées ne figurent déjà dans le dossier en sa possession, le médecin s'enquiert de l'existence éventuelle de celles-ci auprès de la personne de confiance, si elle est désignée, de la famille ou, à défaut, des proches ou, le cas échéant, auprès du médecin traitant de la personne malade ou du médecin qui la lui a adressée.

Le médecin s'assure que les conditions prévues aux articles R. 1111-17 et R. 1111-18 sont réunies.

[...]

Article R1112-2

[...]

q) Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

[...]

Code de l'action sociale et des familles

Articles L311-8, L313-12

Article L311-8

Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des conventions pluriannuelles visées à l'article L. 313-12. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en oeuvre d'une autre forme de participation

Article L313-12

I. - Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnées au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et les établissements de santé dispensant des soins de longue durée visés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique qui accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans une proportion supérieure à un seuil fixé par décret ne peuvent accueillir des personnes âgées remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 que s'ils ont passé au plus tard le 31 décembre 2007 une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'Etat, qui respecte le cahier des charges établi par arrêté ministériel, après avis des organismes nationaux d'assurance maladie et des représentants des présidents de conseils généraux. La convention pluriannuelle identifie, le cas échéant, les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définit, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs.

[...]

Code Pénal

Version consolidée au 7 mars 2008

Articles 221-1 à 221-3, 221-5, 223-13

TITRE II: Des atteintes à la personne humaine

CHAPITRE Ier: Des atteintes à la vie de la personne

Section 1: Des atteintes volontaires à la vie

Article 221-1

Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle.

Article 221-2

Le meurtre qui précède, accompagne ou suit un autre crime est puni de la réclusion criminelle à perpétuité.

Le meurtre qui a pour objet soit de préparer ou de faciliter un délit, soit de favoriser la fuite ou d'assurer l'impunité de l'auteur ou du complice d'un délit est puni de la réclusion criminelle à perpétuité.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le présent article.

Article 221-3

Le meurtre commis avec préméditation constitue un assassinat. Il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article. Toutefois, lorsque la victime est un mineur de quinze ans et que l'assassinat est précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie, la cour d'assises peut, par décision spéciale, soit porter la période de sûreté jusqu'à trente ans, soit, si elle prononce la réclusion criminelle à perpétuité, décider qu'aucune des mesures énumérées à l'article 132-23 ne pourra être accordée au condamné; en cas de commutation de la peine, et sauf si le décret de grâce en dispose autrement, la période de sûreté est alors égale à la durée de la peine résultant de la mesure de grâce.

[...]

Article 221-5

Le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort constitue un empoisonnement.

L'empoisonnement est puni de trente ans de réclusion criminelle.

Il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est commis dans l'une des circonstances prévues aux articles 221-2, 221-3 et 221-4.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article.

[...]

CHAPITRE III: De la mise en danger de la personne

Section 6: De la provocation au suicide.

Article 223-13

Le fait de provoquer au suicide d'autrui est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d'une tentative de suicide.

Les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à

75000 euros d'amende lorsque la victime de l'infraction définie à l'alinéa précédent est un mineur de quinze ans.

[...]

VIII.1.2. NORMAS SOBRE LOS DERECHOS DEL ENFERMO TERMINAL

Loi no 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

JORF 23 avril 2005

Décret no 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi no 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

JORF 7 février 2006

Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique

JORF 30 avril 2002

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

5 mars 2002

Ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique

Loi no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs

JORF 10 juin 1999

Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale

JORF n°209 du 8 septembre 1995

LOI no 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit:

Article 1er

Après le premier alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé:

«Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.»

Article 2

Le dernier alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique est complété par deux phrases ainsi rédigées:

«Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affec-

tion grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.»

Article 3

Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, les mots:

«un traitement» sont remplacés par les mots: «tout traitement».

Article 4

Le deuxième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique est complété par quatre phrases ainsi rédigées:

«Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

«Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.»

Article 5

Après le quatrième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé:

«Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.»

Article 6

Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-10 ainsi rédigé:

«Art. L. 1111-10. «Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.

«Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.»

Article 7

Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-11 ainsi rédigé:

«Art. L. 1111-11. «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 indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment.

«A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

«Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées.»

Article 8

Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-12 ainsi rédigé:

«Art. L. 1111-12. «Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance en application de l'article L. 1111-6, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin.»

Article 9

Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-13 ainsi rédigé:

«Art. L. 1111-13. «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 peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle

de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical.

«Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.»

Article 10

I. «Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré une division ainsi rédigée:

«Section 2. «Expression de la volonté des malades en fin de vie».

II. «Avant l'article L. 1111-1 du même code, il est inséré une division ainsi rédigée: «Section 1. «Principes généraux».

III. «Dans la première phrase de l'article L. 1111-9, les mots: «du présent chapitre» sont remplacés par les mots: «de la présente section».

Article 11

Après le premier alinéa de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé:

«Ils identifient les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définissent, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs.»

Article 12

Après l'article L. 6143-2-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6143-2-2 ainsi rédigé:

«Art. L. 6143-2-2. «Le projet médical comprend un volet «activité palliative des services». Celui-ci identifie les services 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.

«Les modalités d'application du présent article sont définies par décret.»

Article 13

I. – Après la première phrase de l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré une phrase ainsi rédigée:

«Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des conventions pluriannuelles visées à l'article L. 313-12.»

II. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret.

Article 14

Le I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

«La convention pluriannuelle identifie, le cas échéant, les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définit, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs.»

Article 15

En application du 7 de l'article 51 de la loi organique no 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances, une annexe générale jointe au projet de loi de finances de l'année présente tous les deux ans la politique suivie en matière de soins palliatifs et d'accompagnement à domicile, dans les établissements de santé et dans les établissements médico-sociaux.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 22 avril 2005.

JACQUES CHIRAC Par le Président de la République :

Le Premier ministre, JEAN-PIERRE RAFFARIN

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille, PHILIPPE DOUSTE-BLAZY

Le garde des sceaux, ministre de la justice, DOMINIQUE PERBEN

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, THIERRY BRETON

Le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire, porte-parole du Gouvernement, JEAN-FRANÇOIS COPÉ

Décret no 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi no 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

Le Premier ministre,

Sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice, et du ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1111-4, L. 1111-11 et L. 1111-13;

Vu l'avis du Conseil national de l'ordre des médecins en date du 14 octobre 2005;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1er. «Le chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique (dispositions réglementaires) est complété par une section 2 ainsi rédigée :

«Section 2

«Expression de la volonté relative à la fin de vie

«Art. R. 1111-17. «Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance.

«Toutefois lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de

signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée en application de l'article L. 1111-6, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

«Le médecin peut, à la demande du patient, faire figurer en annexe de ces directives, au moment de leur insertion dans le dossier de ce dernier, une attestation constatant qu'il est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées.

«Art. R. 1111-18. «Les directives anticipées peuvent, à tout moment, être soit modifiées, partiellement ou totalement, dans les conditions prévues à l'article R. 1111-17, soit révoquées sans formalité.

«Leur durée de validité de trois ans est renouvelable par simple décision de confirmation signée par leur auteur sur le document ou, en cas d'impossibilité d'écrire et de signer, établie dans les conditions prévues au second alinéa de l'article R. 1111-17. Toute modification intervenue dans le respect de ces conditions vaut confirmation et fait courir une nouvelle période de trois ans.

«Dès lors qu'elles ont été établies dans le délai de trois ans, précédant soit l'état d'inconscience de la personne, soit le jour où elle s'est avérée hors d'état d'en effectuer le renouvellement, ces directives demeurent valides quel que soit le moment où elles sont ultérieurement prises en compte.

«Art. R. 1111-19. «Les directives anticipées doivent être conservées selon des modalités les rendant aisément accessibles pour le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement dans le cadre de la procédure collégiale définie à l'article R. 4127-37.

«A cette fin, elles sont conservées dans le dossier de la personne constitué par un médecin de ville, qu'il s'agisse du médecin traitant ou d'un autre médecin choisi par elle, ou, en cas d'hospitalisation, dans le dossier médical défini à l'article R. 1112-2.

«Toutefois, les directives anticipées peuvent être conservées par leur auteur ou confiées par celui-ci à la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 ou, à défaut, à un membre de sa famille ou à un proche. Dans ce cas, leur existence et les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont mentionnées, sur indication de leur auteur, dans le dossier constitué par le médecin de ville ou dans le dossier médical défini à l'article R. 1112-2.

«Toute personne admise dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social peut signaler l'existence de directives anticipées; cette mention ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont portées dans le dossier médical défini à l'article R. 1111-2.

«Art. R. 1111-20. «Lorsqu'il envisage de prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement en application des articles L. 1111-4 ou L. 1111-13, et à moins que les directives anticipées ne figurent déjà dans le dossier en sa possession, le médecin s'enquiert de l'existence éventuelle de celles-ci auprès de la personne de confiance, si elle est désignée, de la famille ou, à défaut, des proches ou, le cas échéant, auprès du médecin traitant de la personne malade ou du médecin qui la lui a adressée.

«Le médecin s'assure que les conditions prévues aux articles R. 1111-17 et R. 1111-18 sont réunies.»

Art. 2. «Au 1o de l'article R. 1112-2 du code de la santé publique, il est inséré un q ainsi rédigé :

«q) Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.»

Art. 3. «Le garde des sceaux, ministre de la justice, et le ministre de la santé et des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 6 février 2006.

DOMINIQUE DE VILLEPIN Par le Premier ministre:
Le ministre de la santé et des solidarités, XAVIER BERTRAND
Le garde des sceaux, ministre de la justice, PASCAL CLÉMENT

VIII.2. DOCUMENTOS

Conférence de consensus «L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN FIN DE VIE ET DE LEURS PROCHES»

Mercredi 14 et jeudi 15 janvier 2004

Faculté Xavier-Bichat – Paris

Avis sur Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie

N°63 - 27 Janvier 2000

Conférence de consensus «L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN FIN DE VIE ET DE LEURS PROCHES»

(Mercredi 14 et jeudi 15 janvier 2004)

Faculté Xavier-Bichat – Paris

Este documento recoge los objetivos fijados en la «Conférence de consensus "L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches"» organizada por l'Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Del cual hemos seleccionado el punto 2 y 3. El informe completo se puede consultar en:

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Accompagnement_long.pdf

[...]

2. Quels sont les droits des patients en fin de vie?

De nombreux textes législatifs, réglementaires et déontologiques consacrent les droits des personnes malades. Ils concernent également l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches.

Le droit aux soins palliatifs et à l'accompagnement est inscrit dans la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir l'accès aux soins palliatifs: «Art. L. 1er A. – Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.»

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé fixe (Art. L. 1110-5.): «(...) Les professionnels de santé mettent en oeuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer une vie digne jusqu'à la mort.» Les règles d'information des usagers du système de santé et d'expression de leur volonté sont précisées dans son chapitre 1er.

Le droit à l'information, l'autonomie et le consentement dans la prise de décision, la désignation d'une «personne de confiance» trouvent une importance particulière dans les situations de fin de vie.

Le chapitre préliminaire de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé – «Droits de la personnes» – énonce des principes qu'il convient de considérer:

- «Art. L. 1110- 2. – La personne malade a droit au respect de sa dignité.»

- «Art. L. 1110-3. – Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins.»

- «Art. L. 1110-4. – Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.»

Le décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale détermine les missions prescrites au médecin en situation de fin de vie: «Art. 38. - Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.»

Recommandations

Sensibiliser les professionnels de santé dans le cadre de leurs formations à l'acquisition de compétences en termes d'éthique, de droit et de déontologie.

Renforcer les mesures et dispositifs favorisant l'intégration dans les bonnes pratiques professionnelles des dispositions législatives et déontologiques. Procéder à l'évaluation de leur mise en oeuvre.

Favoriser la diffusion des dispositions législatives, réglementaires et déontologiques au sein des services, notamment en les mentionnant sur les documents d'accueil.

3. Comment communiquer avec la personne qui présente sa mort, face à ses désirs, ses demandes et ses craintes?

Les bonnes pratiques professionnelles s'emploient à satisfaire les désirs, les demandes de la personnes en fin de vie, mais aussi à prendre en considération ses craintes. Il convient donc de pouvoir les reconnaître. Il importe d'écouter et de recueillir l'expression des demandes formulées par la personne malade et sa famille, et d'y consacrer une véritable attention dans le cadre d'échanges réguliers. Même non exprimées de manière explicite, certaines attentes peuvent être identifiées, d'autant plus facilement qu'elles sont évoquées systématiquement dans le cadre formalisé de réunions d'information et de concertation organisées avec l'ensemble de l'équipe soignante. En cas de besoin, des réunions d'équipes spécifiques pluridisciplinaires peuvent être envisagées.

Les demandes exprimées renvoient généralement à des besoins réels qu'il faut analyser afin d'y satisfaire dans la mesure du possible. Elles concernent dans la plupart des cas la qualité de la relation de soins ou les dispositifs mis en oeuvre pour accompagner la personne en fin de vie.

La demande de mort est parfois exprimée par le malade. Elle peut être délibérée ou émerger à l'occasion d'un entretien avec les professionnels de santé. Dans tous les cas, cette demande justifie une grande attention. Elle nécessite un effort d'analyse, de clarification et de décryptage dans le cadre d'échanges qui peuvent se répéter.

Cette demande tient parfois à l'ambivalence de la personne malade en fin de vie ou au besoin d'être mieux soulagée, comprise, réconfortée ou confortée dans sa dignité. La proximité de la mort, ses représentations et les angoisses profondes qu'elle génère, mais aussi la peur d'être abandonné au moment de la mort constituent autant de facteurs de nature à susciter une telle position.

Il importe de ne pas juger a priori, d'accorder à cette demande l'attention qu'elle mérite, de témoigner, en ces circonstances tout particulièrement, un respect profond et d'y consacrer tout le temps nécessaire dans le cadre de procédures formalisées. Ces procédures pourraient faire l'objet d'un travail d'élaboration mené par l'Anaes.

Autant que faire se peut et en tenant compte de la volonté de la personne, ses proches ou la «personne de confiance» doivent pouvoir être associés aux échanges et réflexions. Dans bien des cas, les réponses apportées à la personne en termes d'adaptation de ses soins, de présence et de suivi, notamment psychologique, lui permettent de trouver l'apaisement et le confort auxquels elle aspire.

Certaines personnes persistent toutefois dans leur position et considèrent leur demande de mort comme relevant d'un droit. Dans ces circonstances tout particulièrement, l'attitude des professionnels de santé tient à leurs compétences, à leur humanité et à la qualité de la concertation menée au sein des équipes en institution et au domicile.

Il est impératif de distinguer l'abstention ou l'arrêt d'une thérapeutique de suppléance vitale, la sédation visant au soulagement de symptômes intolérables, de ce que constitue une interruption délibérée de la vie. Le terme générique d'«euthanasie» employé indifféremment pour qualifier ces trois situations est à la source de confusions et ne doit donc pas être utilisé du fait de son caractère réducteur.

L'abstention thérapeutique, l'arrêt d'une thérapeutique de suppléance vitale ou la sédation ne s'opposent pas au processus conduisant à la mort, tout en ne la provoquant pas de manière délibérée. Il s'agit là d'une démarche d'accompagnement de la personne jusqu'au terme de sa vie relevant strictement des missions, compétences et responsabilités des professionnels de santé.

La réalité de certaines situations cliniques rares mais insolubles auxquelles sont parfois confrontés les personnes malades et les professionnels de santé pourrait toutefois justifier une réflexion éthique spécifique qui engage profondément la société.

Les directives anticipées

Certaines personnes, devenues inaptes à consentir, ont rédigé de manière anticipée des directives concernant leurs volontés en fin de vie ou à leur mort. Bien que dépourvues de valeur juridique, ces directives doivent être considérées comme des données indicatives qui peuvent contribuer aux prises de décisions médicales. Il convient néanmoins de les interpréter avec prudence dans le contexte immédiat de la maladie en bénéficiant du concours des proches et de la «personne de confiance» lorsqu'elle a été désignée par la personne au début ou au cours de sa maladie.

L'expression des demandes, volontés et choix de la personne malade – y compris son désir d'abstention des soins – doit être intégrée au projet de soin. En aucun cas un refus de soin ne doit inciter l'équipe à abandonner la personne. L'obligation de soin et d'accompagnement s'impose toujours. La relation de soin engage les professionnels de santé à assurer à la personne un accompagnement continu. Il s'agit pour eux d'un devoir de non-abandon inhérent à leur mission même.

Recommandations

Favoriser la mise en oeuvre des dispositifs qui permettent d'anticiper les phases de rupture et de prendre en compte les demandes formulées par la personne malade et ses proches. Une réflexion est nécessaire à propos des directives anticipées rédigées par la personne malade et de la position reconnue à la «personne de confiance». À cet égard il est recommandé de mentionner dans les documents d'accueil l'importance de désigner une «personne de confiance» ou un référent au sein de la famille.

La prise en compte de la demande formulée par la personne doit relever de procédures formalisées. Ces procédures pourraient faire l'objet d'un travail d'élaboration mené par l'Anaes.

Mettre en place des réunions formalisées d'équipe afin de pouvoir analyser les demandes et de leur apporter les réponses appropriées. À cet égard des questionnaires destinés aux personnes malades (par exemple relatifs à la qualité de vie) et à leurs proches (par exemple relatifs à la qualité de l'accueil et de la communication) peuvent s'avérer utiles.

Apporter les soutiens nécessaires à la personne malade et à ses proches face aux interrogations et dilemmes que suscite leur confrontation à la mort.

La présence régulière de psychologues compétents et intégrés à l'équipe ou au réseau de soin semble s'imposer, tout en évitant une «psychologisation» excessive de la relation de soin.

Soutenir les professionnels de santé dans leur investissement auprès de la personne en fin de vie, favoriser les échanges et la concertation y compris à la suite d'un décès

[...]

Avis sur Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie* N°63 - 27 Janvier 2000

Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé

[...]

Face à la difficile et douloureuse question de la fin de vie et de l'arrêt de vie, le CCNE affirme que la question de l'euthanasie proprement dite ne peut être isolée du contexte plus large que représente le fait de mourir aujourd'hui dans un monde fortement marqué par la technique médicale, ses qualités évidentes, mais aussi ses limites. Le véritable défi devant lequel la société se trouve placée revient à permettre à chacun de vivre au mieux (ou au moins mal) sa mort et, dans la mesure du possible, de ne pas en être dépossédé. La mise en oeuvre résolue d'une politique de soins palliatifs, d'accompagnement des personnes en fin de vie et de refus de l'acharnement thérapeutique doit y conduire. Cette même détermination doit de plus permettre de réduire à des situations rares et exceptionnelles les demandes d'euthanasie proprement dite, sans toutefois réussir à éviter qu'elles ne se posent plus jamais.

Faire face à la question euthanasique dans ces cas-là conduit à affirmer des valeurs et des principes touchant tant à la liberté des individus qu'aux exigences du respect de la vie individuelle et sociale. Ces valeurs et ces principes méritent tous la plus grande considération. Mais, de fait, ils entrent en conflit les uns avec les autres et s'avèrent contradictoires, générant ainsi un dilemme qui peut se révéler paralysant. Or

* El documento completo se puede consultar en: <http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis063.pdf>

le dilemme est lui-même source d'éthique; l'éthique naît et vit moins de certitudes péremptoires que de tensions et du refus de clore de façon définitive des questions dont le caractère récurrent et lancinant exprime un aspect fondamental de la condition humaine.

C'est ainsi qu'il apparaît au CCNE qu'une position fondée sur l'engagement et sur la solidarité est en mesure de faire droit aux justes convictions des uns et de autres et de lever le voile d'hypocrisie et de clandestinité qui recouvre certaines pratiques actuelles. Cette position d'engagement solidaire, mobilisée par les divers aspects de la réalité du consentement comme valeur (respect du consentement de la personne, refus de fuir l'inéluctable, nécessité du débat et d'une décision collective), invite à mettre en oeuvre une solidarité qui ne saurait toutefois s'affranchir du risque que représente un geste qui ne visera jamais qu'à agir au moins mal. Elle pourrait trou-

ver une traduction juridique dans l'instauration d'une exception d'euthanasie.

La mort donnée reste, quelles que soient les circonstances et les justifications, une transgression. Mais l'arrêt de réanimation et l'arrêt de vie conduisent parfois à assumer le paradoxe d'une transgression de ce qui doit être considéré comme intransgressable.

Si en situation concrète la décision d'arrêter une vie peut aux limites apparaître un acte acceptable, cet acte ne peut se prévaloir d'une évidence éthique claire. Une telle décision ne peut et ne pourra jamais devenir une pratique comme une autre. Cette pratique, fondée sur le respect des droits imprescriptibles de la personne, ne doit tendre qu'à inscrire fermement les fins de vie et, éventuellement, les arrêts de vie, au sein de la vie elle-même et à ne pas exclure d'un monde humanisé les derniers instants d'une existence donnée.

VIII.3. DIRECCIONES WEB

Assemblée nationale

<http://www.assemblee-nationale.fr/>

Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé.

<http://www.ccne-ethique.fr/>

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.

<http://www.sante.gouv.fr/>

Programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/palliatif/sommaire.htm>

Haute Autorité de Santé (HAS)

http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=j_5

Conseil national de l'ordre des médecins

<http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=deonto/rubrique.php>

Association pour le droit de mourir dans la dignité

<http://www.admd.net/>

Réseaux et Systèmes d'Information Santé au service des professionnels

<http://www.caducee.net/>

Centre de ressources national en soins palliatifs François-Xavier Bagnoud

<http://www.cdrnfb.org/>

Centre de Recherche et d'Intervention sur le Suicide et l'Euthanasie

<http://www.crise.ca/>