

# La loi "Léonetti Claeys" du février 2016 créant de nouveaux droits pour les personnes malades en fin de vie

Par Delphine HUGLO, Avocat - Modifié le 05-04-2016

**Loi « Leonetti Claeys » n° 2016-87 du 2 février 2016 parue au JO n° 0028 du 3 février 2016 créant de nouveaux droits pour les personnes malades en fin de vie**

## **Introduction :**

Les progrès de la médecine ont également cette contrepartie : le prolongement de la vie des malades à un âge avancé ou après un accident grave posent des questions éthiques : comment respecter la dignité des personnes qui arrivent au terme de leur vie.

On a tous à l'esprit l'histoire de Vincent Humbert qui après un accident très grave est dans un état de conscience minimal.

Son histoire a contribué de façon majeure à l'adoption d'une loi spéciale sur la fin de vie du 22 avril 2005 : **loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie**, la **Loi Léonetti**.

Dans des situations particulièrement graves, les tribunaux correctionnels ont été saisis mettant le juge face à des dilemmes pour trancher des « cas limites ».

Compte tenu de ces situations et l'insuffisance du droit positif, il devenait indispensable de penser à l'adoption d'une nouvelle loi. C'est l'objectif de la nouvelle loi « **Leonetti Claeys** » **n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des**

## **malades et des personnes en fin de vie.**

### **1re partie : Contexte / problématique**

Les dispositions législatives en vigueur :

L'article 37 du Code de déontologie médicale stipule : « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie.* »

L'article L 1111-4 du Code de la santé publique disposait avant la loi du 2 février 2016 :

« *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 œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables* »

Ces dispositions étant parues insuffisantes, une mission avait été confiée au député Jean Léonetti conduisant à l'adoption de la **loi du 22 avril 2005 sur la fin de vie dite Loi Léonetti** prévoyant l'encadrement de **bonnes pratiques médicales**, faisant prévaloir **l'expression des solidarités collectives** par l'aide apportée aux personnes en fin de vie et une **vision individualiste de la personne humaine** permettant à chacun de décider de mettre fin à sa vie.

**La loi ne dépénalisait pas l'euthanasie**, le code de déontologie médicale précisant que « *le médecin ne doit pas provoquer la mort.* »

La loi avait conduit à l'insertion dans le Code de la santé publique d'une section dénommée « *expression de la volonté des malades en fin de vie* »

Les dispositions de la loi avaient également été insérées dans le Code de déontologie médicale aux articles 36 37 et 38.

Ces textes prévoyaient :

- L'obligation pour le médecin de respecter le refus de soin exprimé par le malade

- L'exclusion de l'obstination déraisonnable (éviter les soins inutiles et disproportionnés)
- L'interdiction de provoquer délibérément la mort

**Ainsi le patient « participe » à la décision médicale.** Quant au médecin, il peut soulager le malade en fin de vie en administrant des traitements ayant pour effet secondaire d'abrégé sa vie (administration d'antalgiques), mais il ne s'agit en aucun cas de permettre un acte ayant pour effet d'abrégé la vie.

La loi prévoit également le développement des **soins palliatifs**. Ces soins destinés à soulager la douleur sont trop souvent utilisés pour prendre le relais de la médecine curative et en fin de vie, alors qu'ils pourraient être utilisés en début de traitement.

### **Trois situations étaient prévues par la Loi Léonetti :**

- **La personne consciente qui n'est pas en fin de vie :**

La loi de 2005 a pour objectif de renforcer le consentement du malade qui peut refuser tout traitement y compris l'arrêt de l'alimentation artificielle.

- **La personne malade en fin de vie :**

Si le malade est en phase avancée ou en phase terminale d'une affection grave et durable et décide d'arrêter tout traitement, le médecin doit respecter sa volonté et informer le malade des conséquences de son choix, il doit sauvegarder la dignité du mourant, assurer sa qualité de vie en lui dispensant des soins palliatifs.

- **La personne inconsciente :**

Toute personne hospitalisée ou non peut désigner une **personne de confiance** qui serait consultée si elle était hors d'état d'exprimer sa volonté.

Toute personne majeure peut rédiger des **directives anticipées**.

### **Les procédures pénales :**

Plusieurs affaires ont donné lieu à ces décisions aléatoires compte tenu de situations de fin de vie souvent dramatiques.

Le droit pénal ne qualifie pas l'euthanasie, mais les faits peuvent être qualifiés de meurtre, d'empoisonnement ou de non-assistance

à personne en péril.

Une loi de 1987 réprime la provocation au suicide et une loi de 2001 renforce la prévention et la répression des mouvements sectaires portant atteinte aux droits de l'homme.

Dans l'affaire Vincent Humbert, Marie Humbert avait bénéficié d'un non-lieu. Dans une autre affaire, il y avait eu condamnation pour crime.

D'autres affaires ont mis en cause des personnels soignants ayant donné la mort à des patients en fin de vie. Dans ces cas, les juges ont eu la volonté de se montrer cléments au regard des condamnations en requalifiant les faits en délits au lieu de crime ou en minimisant les peines.

### **Vers une nouvelle loi :**

A la suite de l'affaire Chantal Sebire décédée, dont on avait refusé l'euthanasie, la loi Léonetti a été considérée insuffisante. Plusieurs rapports et avis ont été rendus dont le rapport Sicard, le rapport Claeys-Léonetti, l'avis du CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique), lesquels ont souhaité renforcer les insuffisances existantes concernant la fin de vie et le renforcement des soins palliatifs.

### **2e partie : Contenu de la nouvelle loi du 2 février 2016**

La loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie modifie un certain nombre de dispositions au sein de la partie législative du Code de la santé publique relative aux droits des personnes malades et usagers du système de santé.

Elle précise et renforce les dispositions qui existaient auparavant.

#### **Le refus de l'obstination déraisonnable**

En premier lieu, **le droit au refus de l'obstination déraisonnable** introduit par la loi Léonetti du 22 avril 2005 est davantage précisé à l'article L. 1110-5-1 du Code. Non seulement, le médecin ne doit pas *poursuivre* des actes inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, mais la loi nouvelle ajoute que le médecin ne doit

pas non plus *mettre en ½uvre* ces actes constitutifs d'une obstination déraisonnable, conformément à la volonté du patient, ou si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale.

Inspiré par l'affaire Vincent Lambert et la décision du Conseil d'Etat du 24 juin 2014, le législateur a affirmé que **la nutrition et l'hydratation artificielles sont des traitements** susceptibles d'être arrêtés au titre du refus de l'obstination déraisonnable (art. L. 1110-5-1, al. 2).

### **Le droit au refus de soins exprimé par le patient**

L'article L. 1111-4 modifié consacre **le droit au refus de soins** du malade **en faisant disparaître l'obligation pour le médecin de tout mettre en ½uvre pour convaincre son patient d'accepter les soins indispensables**. Désormais, le médecin doit respecter la volonté exprimée par le patient après l'avoir simplement informé des conséquences et de la gravité de son choix.

### **Le droit à l'apaisement de la souffrance**

Le nouvel article L. 1110-5-3 consacre solennellement **le droit à l'apaisement de la souffrance** du patient qui consiste en un droit de recevoir des traitements et des soins qui garantissent le meilleur apaisement possible de la souffrance, et ce même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrégé la vie.

### **Les directives anticipées**

L'article L. 1111-11 relatif aux **directives anticipées** comporte un certain nombre de modifications dans le sens d'une meilleure prise en compte de **l'anticipation de la volonté du malade en fin de vie**. Ces directives anticipées expriment la *volonté* (et non plus simplement les *souhaits*) de la personne malade concernant sa fin de vie. Toute personne majeure peut en rédiger pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.

Avec la loi du 2 février 2016, le champ des directives anticipées s'est élargi : elles peuvent prévoir à l'avance les conditions « *de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux* ». De plus, ces directives sont maintenant *révisables* et non plus simplement *révocables*, à tout moment et par tout moyen. Si elles avaient auparavant une durée de validité

de trois ans, elles sont désormais valables **sans limitation de durée**. Le législateur a prévu un modèle de rédaction de ces directives dont le contenu sera fixé par décret en Conseil d'Etat.

Enfin, l'évolution la plus significative concernant ces directives anticipées porte sur leur **opposabilité à l'égard du médecin**. Auparavant, le médecin n'avait qu'un devoir de consultation des directives sans qu'elles n'aient de véritable effet contraignant. La loi du 2 février 2016 prévoit que ces directives *s'imposent* dorénavant au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement. Toutefois, afin de ne pas exercer de contrainte trop forte sur l'équipe médicale et lui laisser une certaine marge d'appréciation, la loi a prévu **deux exceptions** à l'opposabilité des directives. Le médecin pourra se détacher des directives **en cas d'urgence vitale** afin d'avoir un temps suffisant pour évaluer la situation médicale ou lorsque les **directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale**. Le cas échéant, le refus du médecin d'appliquer les directives anticipées du patient est pris à l'issue d'une procédure collégiale et inscrit au dossier médical. La personne de confiance ou à défaut la famille ou les proches, en sont informés.

### **La personne de confiance**

Le respect de la volonté du patient en fin de vie est également affirmé dans une nouvelle disposition relative à **la personne de confiance**, l'article L. 1111-6. Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui sera consultée au cas où elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté.

### **Le rôle de la personne de confiance s'est renforcé :**

désormais, son témoignage prévaut sur tout autre témoignage de la famille ou des proches. Il est précisé que la désignation de la personne de confiance est cosignée par cette dernière. Cette désignation est aujourd'hui non plus seulement *révocable*, mais également *révisable* à tout moment.

Enfin, si auparavant **une personne sous tutelle** ne pouvait désigner de personne de confiance pendant la mesure de tutelle, la loi nouvelle prévoit qu'une personne sous tutelle est maintenant autorisée à désigner une telle personne de confiance avec l'autorisation du conseil de famille ou du juge. La loi nouvelle

codifie **la hiérarchie des différents éléments permettant la recherche de la volonté de la personne hors d'état d'exprimer sa volonté**. Ainsi, priment les directives anticipées, à défaut, le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut le témoignage de la famille ou des proches en vertu de l'article L. 1111-12 modifié.

### **Le droit à une sédation profonde et continue jusqu'au décès**

Assurément, l'évolution la plus significative de la loi réside dans la consécration d'un nouveau **droit à une sédation profonde et continue jusqu'au décès** à l'article L. 1110-5-2 avec pour objectif d'éviter la souffrance du patient et l'obstination déraisonnable. Si cette forme de sédation est d'ores et déjà pratiquée dans les services de soins palliatifs, elle manquait d'homogénéité. La loi a donc harmonisé la pratique en prévoyant une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès. Elle doit être associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie.

Cette sédation ne peut intervenir qu'à la demande du patient et dans **deux hypothèses**.

- La première hypothèse concerne le patient atteint d'une affection grave et incurable, dont le pronostic vital est engagé à court terme, et qui présente une souffrance réfractaire aux traitements.
- La seconde hypothèse vise le patient atteint d'une affection grave et incurable qui demande l'arrêt d'un traitement qui engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Concernant **le patient hors d'état d'exprimer sa volonté**, la loi nouvelle autorise le médecin à mettre en œuvre la sédation profonde afin d'éviter toute souffrance lorsqu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, il décide d'interrompre les traitements de maintien en vie. Cette décision de sédation profonde est prise à l'issue d'une procédure collégiale de l'équipe soignante. Elle est inscrite au dossier médical du patient. La sédation profonde et continue pourra être mise en œuvre non plus uniquement à l'hôpital, mais également au domicile du patient, au sein d'établissements de soins ou de services accueillant des personnes âgées.

## **Conclusion**

Sans se positionner sur le terrain délicat de l'euthanasie active ou de l'aide active à mourir comme chez certains de nos voisins européens, la loi nouvelle s'inscrit dans **la recherche d'un équilibre** en corrigeant certaines imperfections ou manquements de la loi Léonetti de 2005. En cela, elle constitue une **avancée vers plus d'humanité pour les patients en fin de vie.**

Par **Delphine HUGLO**  
Avocat au barreau de Paris

**Article suivant**

[Les soins palliatifs : peut mieux ...](#)

## À propos de l'auteur

image: <http://www.wgcdn.net/juritravail/image/Avocat/avocats/huglo-delphine-76901.jpg?20160406>

**Delphine HUGLO**

Avocat

**Me contacter**

## **Ses dernières publications**

- [La loi "Léonetti Claeys" du février 2016 créant de nouveaux droits pour les personnes malades en fin de vie](#)
- [MEDIATOR: état des lieux des procédures en cours-les responsabilités partagées](#)
- [Quelques dispositions législatives adoptées en 2015 concernant le droit de la santé.](#)

## Sur le même sujet

image:

<http://media.juristatic.com/public/img/Actualite/visuel/node/303x170/default.jpg>

**Les soins palliatifs : peut mieux faire !!** Par

Juritravail le 07/09/2015

image:

<http://media.juristatic.com/public/img/Actualite/visuel/node/303x170/default.jpg>

**Résumé sur l'Affaire de Monsieur Vincent**

**LAMBERT** Par Juritravail le 25/07/2014



## Commenter cet article

image: [http://www.juritravail.com/public/img/Node/rediger\\_commentaire.png](http://www.juritravail.com/public/img/Node/rediger_commentaire.png)

### Maître Delphine HUGLO

image: <http://www.wgcdn.net/juritravail/image/Avocat/avocats/huglo-delphine-76901.jpg?20160406>

Avocat au Barreau de PARIS

Droit de la Famille - Divorce - Droit Pénal - Droit de la  
Consommation - Droit de la Santé

## **Delphine HUGLO Lawyer - Edited on 05-04-2016**

Law "Leonetti Claey's' No. 2016-87 of 2 February 2016 published in OJ No. 0028 of 3 February 2016 creating new rights for sick people at end of life

### **Introduction:**

Advances in medicine leads to new issues: the extension of the life of patients with advanced age, or after a serious accident raises ethical questions: how do we respect the dignity of people reaching the end of their lives ?

We all remember the story of Vincent Humbert who after a very serious accident is in a minimally conscious state. His story has made a major contribution to the adoption of a special law on end of life April 22, 2005: Law No. 2005-370 of 22 April 2005 on patients' rights and end of life, the Leonetti legislation.

In particularly serious cases, the judges in correctional courts have been faced with dilemmas to make tough decisions in « borderline cases ».

Given these situations and the lack of an applicable law, it became necessary to think of adopting a new law. This is the objective of the new law "Leonetti Claey's' No. 2016-87 of 2 February 2016 creating new rights for the sick and people in later life.

### **Part 1: Background / problem**

The existing legislation:

Article 37 of the Code of Medical Ethics states: "In all circumstances, the physician must strive to alleviate the suffering of the patient by means appropriate to his condition and assist him morally. He must refrain from any unreasonable obstinacy in investigations or treatment and may refrain from undertaking or pursuing treatments that appear useless, disproportionate or that have no other purpose or effect than maintaining artificial life support. "

Article L 1111-4 of the Public Health Code provided prior to the Act of 2 February 2016:

"The physician must respect the will of the person after having informed of the consequences of his choices. If the will of the person to refuse or discontinue any treatment puts his life in danger, the doctor must do everything possible to convince the patient to accept essential care "

These provisions appearing to be insufficient, a mission had been entrusted to the deputy Jean Leonetti leading to the adoption of the Law of 22 April 2005 on the end of life called the Leonetti legislation providing a framework for good medical practice, giving preference to the expression of collective solidarity by helping people in later life and an individualistic vision of the human person enabling each one to decide to end his life.

The law does not decriminalize euthanasia, medical ethics code stating that "the physician does not cause death. "

The law led to the inclusion in the Public Health Code of a section called "expression of the will of patients at end of life"

The provisions of the law were also included in the Code of Medical Ethics Articles 36 37 and 38.

Those decrees provided:

The obligation of the doctor to respect the refusal of care expressed by the patient

The exclusion of unreasonable obstinacy (avoid unnecessary and disproportionate care)

The prohibition of deliberately causing death

Thus the patient "participates" in the medical decision. As for the doctor, it can relieve the patient end of life by administering treatments with the side effect of shortening life (administration of analgesics), but this is by no means allows any act having for effect to shorten life.

The law also provides for the development of palliative care. These treatments designed to relieve pain are too often used to take over after curative care and end of life, when they could be used earlier as a treatment.

### **Three situations were dealt with by the Leonetti Law:**

the conscious person who is not the end of life:

The 2005 Act aims to strengthen the patient's consent who can refuse any and all treatments, including that of artificial feeding.

The sick person in later life:

If the patient is in an advanced phase or terminal phase of a serious and lasting affection and decided to stop all treatment, the physician must respect his wishes and inform the patient of the consequences of his choice, he must safeguard the dignity of the dying, ensure quality of life by providing him with palliative care.

The unconscious person:

Any person hospitalized or not can designate a trusted person who would be consulted if he/she was unable to express their will.

Any adult can write advanced directives.

### **Criminal proceedings:**

Several cases have resulted in random decisions considering end of life situations that are often dramatic.

The criminal law does not qualify euthanasia, but the facts can be qualified as murder, poisoning or failure to assist a person in danger.

A 1987 law punishes incitement to suicide and a 2001 law strengthens the prevention and suppression of organisations (sects) which infringe on human rights.

In the case of Vincent Humbert, the Marie Humbert case was dismissed. In another cases, there were felony conviction.

Other cases have involved healthcare personnel who committed euthanasia to terminally ill patients. In these cases, judges have been willing to appear lenient in terms of convictions by qualifying the acts as misdemeanors instead of crime or in minimizing the penalties.

### **Towards a new law:**

Following the case of Chantal Sebire, deceased, who was denied euthanasia, the Leonetti law was considered insufficient.

Several reports and opinions were issued with the report Sicard, the report Claeys-Leonetti, the opinion of the CCNE (National Consultative Ethics Committee), all of which wished to strengthen existing shortcomings concerning the end of life and the strengthening of palliative care .

## Part 2: Content of the new law of February 2, 2016

The law of February 2, 2016 creating new rights for the sick and people in later life amends a number of provisions in the legislative part of the Public Health Code concerning the rights of patients and users of the health system.

It clarifies and reinforces the provisions that existed before.

### The rejection of unreasonable obstinacy

First, the right to refuse unreasonable obstinacy brought about by the Leonetti law of 22 April 2005 is further clarified in Article L. 1110-5-1 of the Code. Not only, the doctor should not pursue unnecessary procedures, disproportionate or which have no other effect than to only artificially maintain life, but the new law adds that the doctor should not put in place these treatments which constitute an unreasonable obstinacy, in accordance with the patient's will, or if the patient is unable to express his will, after decision in a collegial process.

Inspired by Vincent Lambert case and the decision of the State Council of 24 June 2014, the legislator said that nutrition and artificial hydration treatments are likely to be stopped under the refusal of unreasonable obstinacy ( Art. L. 1110-5-1, para. 2).

### The right to refuse care expressed by the patient

Article L. 1111-4 modified enshrines the right to refuse care by the patient by removing the obligation for the doctor to do everything possible to convince his patient to accept essential treatment. Now, the doctor must respect the will expressed by the patient after having simply informed of the consequences and the seriousness of his choice.

### The right to easing the suffering

The new Article L. 1110-5-3 solemnly dedicated the right to calm the patient's suffering is a right to receive treatment and care to ensure the best possible healing of suffering, even though they may have the effect of shortening life.

### Advance directives

Article L. 1111-11 on advance directives are a number of changes in the direction of a better respect of anticipated will expressed by the patient for his end of life. These advance directives express the will (and not just the wishes) of the patient concerning the end of life. Any adult can write them in case he would one day be unable to express his will.

With the Act of 2 February 2016, the scope of advance directives has expanded: they can anticipate in advance the conditions "of the pursuit, the limitation or refusal of treatment or medical procedures ". Furthermore, these guidelines are now subject to revision rather than dismissed at any time and by any means. If they previously had a validity of three years, they are now considered pertinent indefinitely. Parliament has provided a model of drafting of these guidelines, the content of which will be set by decree of the State Council (French Supreme Court).

Finally, the most significant development on these advance directives concerns the ability to make them effective in the doctor patient relationship. Previously, the doctor only had the duty to consult the guidelines with no real binding effect. The law of February 2, 2016 provides that these guidelines now require the doctor to take them in consideration prior to any decision of investigation, intervention or treatment. However, in order not to impose excessive strain on the medical team and leave some leeway, the law provides two exceptions to the guidelines' enforceability. The doctor can deviate from the guidelines in life-threatening emergencies in order

to have sufficient time to assess the medical situation or when the advanced directives can be estimated to be manifestly inappropriate or inconsistent with the medical situation. If necessary, the doctor's refusal to implement the patient's advance directive is done after a medical collegial process and inscribed in the medical record. The person of trust or by default the family or relatives are informed of the decision.

### **The person of trust**

Respect for the patient's will in later life is also re-affirmed in a new provision concerning the person of trust, Article L. 1111-6. Any adult can designate a trusted person who will be consulted in case she would be unable to express their will.

The role of the support person has been strengthened: now, his testimony prevails over any other evidence of the family or relatives. It is stated that the appointment of the person of trust is co-signed by the latter. This designation is not only revocable now, but also can be revised at any time.

Finally, if earlier a person under guardianship could designate a support person during the period of guardianship, the new law provides that a person under guardianship is now authorized to designate such a trusted person with the authorization of the family council or the judge. The new law codifies the hierarchy of the various elements of information in order to search for the will of the person unable to express themselves. Thus the advanced directives, failing this, the testimony of the person of trust or, if not available the testimony of the family or close friends is admissible under the new Article L. 1111-12.

### **The right to a deep sedation and continues until death**

Surely the most significant development of the law resides in the consecration of a new right to a continuous deep sedation until death and in Article L. 1110-5-2 with the objective of avoiding the suffering of the patient and unreasonable medical obstinacy. If this form of sedation is already practiced in palliative care, it lacked homogeneity. The law has now harmonized the practice by providing deep and continued sedation causing altered consciousness maintained until death. It must be associated with analgesics and termination of all life-sustaining treatments.

This sedation may intervene only at the request of the patient and in two cases.

The first case concerns the patient with a serious and incurable disease, with a short term prognosis, and with suffering that cannot be alleviated by treatment.

The second case is the patient with a serious and incurable disease who asks that treatment be stopped, engaging a short-term prognosis of death and is likely to cause unbearable pain.

About the patient unable to express his will, the new law authorizes the doctor to engage a terminal sedation to avoid suffering and unreasonable medical obstinacy, condition that dictates interruption of life-sustaining treatments. This deep sedation decision is taken after a collegial process of the healthcare team. It is registered in the patient's medical record. Continuous deep sedation and may be put in place not only in the hospital, but also the patient's home, in institutions of care or services for elderly people.

## **Conclusion**

Without taking a position on the delicate terrain of active euthanasia or assisted dying as some of our European neighbors, the new law attempts a search for balance while correcting some flaws or absences of the law Léonetti 2005. In this, it is a step towards more humanity to patients at end of life.

By Delphine HUGLO  
Bar of Paris

[next article](#)  
[Palliative care: can better ...](#)

[About the author](#)

Image: <http://www.wgcdn.net/juritravail/image/Avocat/avocats/huglo-delphine-76901.jpg?20160406>

[Delphine HUGLO](#)

[Lawyer](#)

[Contact me](#)

[His latest publications](#)

[The law "Leonetti Claey's" of February 2016 creating new rights for sick people at end of life](#)

[MEDIATOR: overview of ongoing proceedings, shared responsibilities](#)

[Some legislation passed in 2015 concerning the right to health.](#)

[On the same subject](#)

Image: <http://media.juristatic.com/public/img/Actualite/visuel/node/303x170/default.jpg> Article  
[AvocatLes palliative care: could do better !! For the Juritravail 09/07/2015](#)

Image: <http://media.juristatic.com/public/img/Actualite/visuel/node/303x170/default.jpg> Article  
[AvocatRésumé on Mr. Vincent LAMBERT Case For Juritravail the 07/25/2014](#)

[Comment on this article](#)

Image: [http://www.juritravail.com/public/img/Node/rediger\\_commentaire.png](http://www.juritravail.com/public/img/Node/rediger_commentaire.png)

[Master Delphine HUGLO](#)

Image: <http://www.wgcdn.net/juritravail/image/Avocat/avocats/huglo-delphine-76901.jpg?20160406>

[Member of the PARIS Bar](#)

[Family Law - Divorce - Criminal Law - Consumer Law - Health Law](#)