

Divers éléments de réflexion sur le thème de la fin de vie

Date de mise à jour : 30 octobre 2023

Peut-on librement décider de sa mort ?

« La question a été au cœur du débat national qui s'est tenu du 9 décembre 2022 au 2 avril 2023 par la Convention citoyenne sur la fin de vie composée de 185 citoyens tirés au sort.

L'Elysée souhaitait ainsi poser les bases d'un "débat ordonné, serein et éclairé", qui pourrait aboutir à une loi à la fin 2023, alors que les positions peuvent être très éloignées entre les militants d'une mort "choisie", qui défendent la légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté, et les partisans d'une mort "naturelle" qu'ils appellent à mieux accompagner grâce aux soins palliatifs.

Pourquoi le débat a-t-il été relancé ?

Durant son premier quinquennat, Emmanuel Macron était resté discret sur les questions de fin de vie, tout comme son gouvernement, qui a soutenu un plan de développement des soins palliatifs.

Une succession d'événements est pourtant venue interroger la pertinence du modèle français : la mort de Vincent Lambert en 2019, l'ultime combat du militant Alain Cocq en 2020, le suicide assisté en Suisse de Paulette Guinchard, ex-secrétaire d'Etat de Lionel Jospin, en 2021, ou encore la légalisation de l'euthanasie en Espagne la même année.

La pression politique s'est intensifiée en 2021, avec l'examen à l'Assemblée nationale d'une proposition de loi "pour le droit à une fin de vie libre et choisie". Le texte n'a pas pu être voté dans les temps, mais il a révélé un large soutien des députés, y compris de la majorité, pour une aide active à mourir.

Pressé par son propre camp, le chef de l'Etat s'est donc résolu à ce que cette question soit "débatte de manière approfondie par la nation", selon l'Elysée. Parallèlement Des rencontres avec des experts ont été initiées dans les territoires par les espaces éthiques régionaux.

Le gouvernement a initié des concertations avec les acteurs de terrain, "comme les équipes des soins palliatifs". Il a mis sur pied un groupe de travail parlementaire transpartisan. Des députés ont aussi lancé, comme pour mieux faire une mission d'évaluation de la loi Claeys-Leonetti, texte qui constitue le socle du cadre actuel de la fin de vie. »

Dès le début de ces travaux, il nous a paru intéressant de les suivre, dans la mesure du possible, et de rassembler ici et là, d'autres problématiques ou points de vue, de faire une sorte de « veille » qui nous permettrait éventuellement d'en faire ultérieurement notre miel.

1. Le cadre législatif actuel : La loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016

« Elle a renforcé un arsenal législatif de plus en plus protecteur des droits des malades. Elle a imposé aux médecins, sauf exception, le devoir de suivre les directives anticipées rédigées par les patients majeurs.

Ces documents permettent, par exemple, d'exprimer un refus de tout acharnement thérapeutique ou un souhait de mourir à domicile. La loi a aussi introduit la possibilité pour un malade de désigner une personne de confiance pour faire respecter ses dernières volontés.

Autre avancée notable : l'apparition formelle de la sédation profonde et continue. "A la demande du patient d'éviter toute souffrance", cette procédure permet de plonger la personne dans un état d'inconscience, en plus d'un arrêt des traitements et d'une administration d'antalgique destinée à apaiser les douleurs.

Cet endormissement jusqu'à la mort peut être réalisé à l'hôpital comme à domicile. Sa pratique est cependant réservée aux pronostics vitaux engagés à court terme, ne dépassant pas quelques jours.

Les patients doivent être atteints d'une maladie grave et incurable et d'une souffrance qui résiste aux traitements (ou être en demande d'un arrêt des traitements qui entraînerait une souffrance insupportable). »

Ces citations et les précédentes sont extraites de l'article de Yann Thomson :

https://www.francetvinfo.fr/societe/euthanasie/l-article-a-lire-pour-comprendre-le-debat-sur-la-fin-de-vie-en-france_5508522.html

2. L'avis 139 du Comité Consultatif National d'Ethique rendu public le 13 septembre 2022 : questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité

<https://www.ccne-ethique.fr/node/529>

3. Un dossier intéressant avant les travaux de la Convention : le dossier Terra Nova sur la fin de vie

<https://tnova.fr/dossier-fin-de-vie/>

8 contributions très intéressantes proposant des repères pour comprendre les enjeux éthiques et médicaux de la fin de vie et pour identifier les positions en présence.

4. La Convention Citoyenne sur la fin de Vie qui s'est tenue de décembre 2022 à avril 2023

<https://conventioncitoyennesurlafindevie.contribution.lecese.fr/>

L'ensemble des travaux de la Convention a été mis en ligne, session après session à la disposition de tous, à l'exception des délibérations entre les membres, permettant ainsi à tout un chacun de suivre l'ensemble des travaux.

Ce site est très bien fait, tant pour la documentation fournie aux participants que pour suivre les auditions et les tables rondes avec des intervenants qui sont retransmises ainsi que les conclusions tirées à la fin des sessions.

Trois phases de travaux

- Phase d'appropriation et de rencontre : sessions 1 et 2
- Phase de délibération : sessions 3, 4, 5, et 6
- Phase d'harmonisation et restitution des travaux : sessions 7, 8 et 9

Dans le compte rendu de la session 1 des 9,10 et 11 décembre 2022 la vidéo de la table ronde croisant les regards de la Suisse et de la Belgique sur la fin de vie est particulièrement intéressante.

Notamment l'intervention de la médecin belge travaillant depuis trente ans dans les soins palliatifs, ayant lancé une pétition contre l'euthanasie au moment des discussions sur une éventuelle loi, qui estime qu'au bout de vingt ans il n'y a plus d'opposition entre les deux, mais une très grande coopération, (à noter 3/4 des patients qui demandent l'euthanasie sont en soins palliatifs),

Note de synthèse « fin de vie » _ octobre 2023

que le dialogue autour de la mort est devenu plus facile, que de nouveaux rites religieux accompagnant l' euthanasie ont été inventés ainsi que des réflexions sur les directives du patient sur l'après de sa mort.

Outrée par la caricature française de l'euthanasie belge, elle a écrit un livre « L'Euthanasie aux service des soins palliatifs »

Dans le compte rendu de la session 2 des 16, 17 et 18 décembre : la table ronde qui rassemblait les représentants de différents cultes est intéressante

Dans le compte rendu de la session 3 les 6,7 et 8 janvier 2023 : la table ronde sur l'aide active à mourir qui rassemblait Jonathan Denis président de l'ADMD et Claire Fourcade présidente de la SFAP.

Dans le compte rendu de la session 4 des 20, 21 et 22 janvier : la table ronde avec des représentants des Pays-Bas, Italie, Oregon et Canada.

Une autre table ronde sur les souffrances réfractaires avec des professionnels de santé, des patients et leur famille est très intéressante.

Pendant la session 5 des 3,4 et 5 février a eu lieu le premier débat en hémicycle avec les 185 membres de la Convention.

Ainsi qu'une table ronde sur la sédation profonde et continue mais aussi plus largement sur les soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie avec Régis Aubry, Directeur du pôle "vulnérabilités liées à la santé" au CHU de Besançon, Membre du Comité Consultatif National d'éthique (CCNE) et Professeur associé de médecine palliative.

La session 6 du 17 au 19 février a marqué la fin de la phase de délibération

Les membres de la convention ont procédé à la restitution des travaux en groupes et au vote des propositions relatives au cadre actuel de l'accompagnement de la fin de vie en dégagant les enjeux prioritaires liés au développement des soins palliatifs, au respect du choix et de la volonté du patient, à l'accompagnement à domicile, à l'information et la formation, à l'égalité d'accès à l'accompagnement de la fin de vie, à l'organisation du parcours de soins de la fin de vie, et aux moyens dédiés à la recherche et au développement. Sur ces thématiques, les citoyens ont voté à la majorité qualifiée (+ de 66% de votes favorables) en faveur de 25 idées fortes pour notamment renforcer les soins palliatifs.

La session 7 des 3, 4 et 5 mars a poursuivi ce travail

Note de synthèse « fin de vie » _ octobre 2023

La Convention a acté ses propositions pour améliorer le cadre actuel de la fin de vie (aussi appelé le « quoi qu'il en soit » dans leur travaux).

A l'occasion du vote, 82% des votants ont estimé que le cadre actuel d'accompagnement de la fin de vie n'était pas adapté aux différentes situations rencontrées (142 sur un total de 173 votants), et 97% des votants ont estimé que le cadre actuel doit être amélioré, quelle que soit leur opinion sur « l'aide active à mourir » (168 sur un total de 173 votants).

La Convention a ensuite voté ses propositions sur ce volet majeur de leurs travaux, autour de 9 thèmes :

- Le développement des soins palliatifs ;
- Le respect du choix et de la volonté des patients ;
- L'accompagnement à domicile ;
- La garantie des budgets nécessaires ;
- L'égalité d'accès à l'accompagnement de la fin de vie ;
- L'information du grand public ;
- La formation des professionnels de santé ;
- L'organisation du parcours de soins ;
- Les moyens dédiés à la recherche et développement pour mieux prendre en charge la souffrance et inventer les futurs remèdes

A la session 8 des 17,18 et 19 mars les citoyens se sont prononcés à une large majorité en faveur de l'ouverture d'une aide active à mourir avec conditions :

Voici le résultat des votes :

« L'accès à l'aide active à mourir devrait-il être ouvert ? » (164 votants) :

- 75,6% ont répondu « oui » ;
- 23,2% ont répondu « non » ;
- 1,2% se sont abstenus.

« La possibilité d'un accès à l'aide active à mourir devrait-elle être ouverte aux personnes avec condition(s) ? » (163 votants) :

- 70,6% ont répondu « oui » ;
- 14,7% ont répondu « non » ;
- 13,5% ont indiqué être opposés à l'ouverture de l'aide active à mourir

La Convention s'est ensuite positionnée sur les différentes modalités d'aide active à mourir qui lui semblaient les plus adaptées, en faisant apparaître une majorité en faveur du suicide assisté :

- L'ouverture de l'aide active à mourir sous la forme du suicide assisté seul a recueilli 9,8% des votes ;

Note de synthèse « fin de vie » _ octobre 2023

- L'ouverture de l'aide active à mourir sous la forme de l'euthanasie seule a recueilli 3,1% des votes ;
- L'ouverture de l'aide active à mourir sous la forme du suicide assisté avec exception d'euthanasie a recueilli 28,2% des votes ;
- L'ouverture de l'aide active à mourir sous la forme du suicide assisté ou de l'euthanasie au choix a recueilli 39,9% des votes ;
- 18,4% des citoyens ont indiqué être opposés à l'ouverture de l'accès à l'Aide Active à Mourir ;
- 0,6% des citoyens se sont abstenus

Les citoyens ont acté leurs propositions sur les parcours d'accès à l'aide active à mourir.

Leurs propositions couvrent les thèmes suivants : l'expression de la demande, l'accompagnement médical et psychologique, l'évaluation du discernement, la validation de la demande, la réalisation de l'acte, l'encadrement et contrôle.

La dernière session du 31 mars au 2 avril a été consacrée à l'adoption du document final et à la restitution des travaux

« Au terme de débats nourris et respectueux, la Convention citoyenne s'est positionnée majoritairement (75,6% des votants) en faveur de l'aide active à mourir, modalité la plus adaptée pour respecter la liberté de choix des citoyens, combler les insuffisances du cadre légal actuel, notamment les limites de la sédation profonde et continue et mettre fin aux situations d'hypocrisie constatées... »

« La Convention citoyenne fait émerger une position majoritaire : celle de la nécessité de mettre en place à la fois le suicide assisté et l'euthanasie, dans la mesure où le suicide assisté seul ou l'euthanasie seule ne répondent pas à l'ensemble des situations rencontrées.

Pour une partie des conventionnels, le suicide assisté doit prévaloir et l'euthanasie doit demeurer une exception (28,2%). Pour d'autres, le suicide assisté et l'euthanasie doivent être proposés « au choix » (39,9%).

Environ un quart des citoyens (23,2 %) s'est prononcé contre une ouverture de l'aide active à mourir. Ces citoyens ont notamment mis en avant la méconnaissance et la faible application de la loi Claeys-Leonetti de 2016, privilégiant d'abord une pleine et entière application du cadre actuel.

Ils ont aussi souligné les risques de dérives que l'ouverture de l'aide active à mourir pourrait faire peser sur les personnes vulnérables (les personnes dépendantes, en situation de handicap ou celles qui présentent une altération

du discernement...) ainsi que les risques de déstabilisation de notre système de santé, face aux réticences fortes d'une partie des professionnels de santé. »

« La volonté du patient, qui doit être respectée dans tous les cas de figure, est le préalable à tout accès à l'aide active à mourir. Les principaux critères travaillés ont été : le discernement, l'incurabilité, le pronostic vital engagé, les souffrances (réfractaires, physiques, psychiques, existentielles), l'âge.

Pour les citoyens, le discernement doit être systématiquement pris en compte et analysé, de façon à s'assurer de la volonté libre et éclairée du patient. Ce discernement peut être exprimé de façon directe ou indirecte, via les directives anticipées ou la personne de confiance. Sur la question de l'âge, et notamment celle de l'accès à l'aide active à mourir pour les mineurs, les débats n'ont pas été conclusifs.

Parmi les arguments évoqués, celles et ceux en faveur d'un accès pour les mineurs estiment que ces derniers font face à des situations médicales insolubles, au même titre que le reste de la population.

D'autres estiment que la volonté est plus complexe à déterminer lorsqu'il s'agit de mineurs, dont les souhaits doivent être conciliés avec ceux de leurs représentants légaux. Sur la question de la condition médicale des patients, les critères d'incurabilité, de souffrance réfractaire et de souffrance physique sont jugés prioritaires. La question du pronostic vital engagé est également évoquée.

Pour le courant de pensée prônant un accès dit universel (sans autre condition que la volonté du patient – 21,7%), l'accès à l'aide active à mourir fait l'objet d'un parcours et d'un accompagnement, sans que des conditions médicales ne soient prises en compte. Cette façon égalitaire et universelle de penser l'aide active à mourir pourrait permettre de répondre à toutes les situations. ...incluant conditions d'accès, garde-fous et mécanismes de contrôle.

Dans le cadre d'une ouverture à l'aide active à mourir, les citoyennes et citoyens ont proposé des modalités de mise en œuvre de ces parcours : L'écoute de la demande, qui doit garantir que la volonté exprimée est libre et éclairée, Un accompagnement médical et psychologique complet incluant une évaluation du discernement de la personne.

Une validation soumise à une procédure collégiale et pluridisciplinaire, Une réalisation encadrée par le corps médical (même dans le cas d'un suicide assisté) dans un lieu choisi par la personne (une structure médicale, le domicile, un EHPAD...) et dans le respect de la clause de conscience des professionnels de santé, Une commission de suivi et de contrôle pour s'assurer du respect de la procédure définie.

Enfin, 78% des citoyennes et citoyens estiment que les soignants doivent pouvoir faire valoir une clause de conscience pour ne pas participer à la procédure de réalisation de l'acte. En cas d'exercice de cette clause, le patient doit être orienté vers un autre professionnel. »

Le Rapport de la Convention est consultable sur le site ainsi que le Manifeste des 184 membres de la Commission qui détaille l'ensemble de leurs propositions.

5. Le rapport de la Commission d'information des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale sur l'évaluation de la loi Clayes-Leonetti en date du 29 mars 2023

<https://www.assemblée-nationale.fr>

Très intéressant

Sur les trois avancées de la loi de 2016, l'accès aux soins palliatifs pour tous, l'expression de la volonté du patient par les directives anticipées et le choix d'une personne de confiance, le droit à une sédation profonde et continue jusqu'aux décès, les députés ont estimé que la loi était largement méconnue des patients comme des soignants, que l'accès aux soins palliatifs était « insatisfaisant » et la sédation « un droit inconnu ».

Ils estiment toutefois que cette loi mieux appliquée répondrait à la grande majorité des situations, rejoignant ainsi les travaux de la Convention Citoyenne.

La question de l'aide active à mourir n'étant pas dans leur mission, les députés ne l'ont pas abordée mais les acteurs auditionnés l'ont mise sur la table.

6. La situation à l'étranger

Les dossiers du CNSPV/ panorama des législations sur l'aide active à mourir dans le monde

<https://www.parlons-fin-de-vie.fr>

Le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie a réalisé un travail remarquable et passionnant : 300 pages analysant pour chaque pays le contexte l'historique de la reconnaissance de l'aide à mourir, la législation, ou les décisions judiciaires les procédures etc. Voici des extraits de l'introduction et de la conclusion ainsi qu'une synthèse de la situation pays par pays.

Note de synthèse « fin de vie » _ octobre 2023

Introduction

« Dans le monde contemporain, plusieurs pays se sont positionnés sur les possibilités d'accès à une aide active à mourir*, sous la forme de l'euthanasie, du suicide assisté, ou bien des deux. Le choix de légiférer ou non sur ces pratiques est le fruit de longs processus qui mêlent très fréquemment des discussions parlementaires à des situations concrètes, et qui mobilisent aussi bien les législateurs que les professionnels de santé et les citoyens, malades ou non.

Les débats suscités par ces questionnements reflètent des divisions éthiques au sein de la société, les uns percevant ces pratiques comme un moyen de respecter l'autonomie des personnes qui demandent à ce qu'on les aide à mourir, et les autres mettant en avant le principe inviolable du respect de la vie humaine ou la malfaisance de l'acte médical visant à mettre fin à la vie du patient.

Autrement dit, certains les perçoivent comme un acte visant à respecter la dignité humaine du patient singulier et d'autres les considèrent comme délétères sur le plan humain en général. Notons d'ores et déjà que ces débats ne prennent pas fin avec la législation lorsqu'il y en a une ; ils perdurent à la fois dans les discussions parlementaires visant à élargir les possibilités d'accès à ces pratiques et dans des discussions quotidiennes à propos de cas particuliers. »

Le point pays par pays

Législations étrangères : uniquement le suicide assisté : Suisse

Euthanasie et suicide assisté : 11 Etats Unis, Pays Bas, Belgique, Luxembourg, Canada, Australie, Nouvelle Zélande, Espagne, Autriche

Législation en discussion : Portugal

Décisions de justice favorables au suicide assisté : Colombie, Italie, Allemagne

La conclusion

Le contexte de la prise en charge et de l'accompagnement de la fin de vie a beaucoup évolué depuis trois décennies dans le monde, avec une attention croissante donnée à la voix des patients et à leur volonté en ce qui concerne la manière dont ils souhaitent terminer leur vie.

Cela a pu se traduire par diverses lois sur les droits des patients et spécifiquement des patients en fin de vie, mais aussi par une augmentation récente des lois et des décisions de justice dépénalisant l'euthanasie et le suicide assisté.

Note de synthèse « fin de vie » _ octobre 2023

Dans les pays qui se sont positionnés légalement ou juridiquement en faveur de l'euthanasie, du suicide assisté, ou des deux, on constate néanmoins que l'argument du respect de la volonté de la personne en fin de vie n'est pas le seul nécessaire et déterminant, non seulement à l'élaboration de la loi, mais également à sa bonne mise en œuvre.

Alors qu'il est mis en avant dans certains pays, dont les États-Unis ou l'Espagne par exemple, et que les cas particuliers portés devant la justice peuvent mener un gouvernement à se positionner sur la question, comme au Canada ou en Nouvelle-Zélande, il n'empêche qu'un autre argument doit être mobilisé pour qu'un pays légifère : celui que l'aide active à mourir (l'euthanasie comme le suicide assisté) manque à l'offre de soins en fin de vie.

En d'autres termes, elle est conçue par ceux qui la pratiquent dans les conditions définies et encadrées comme une alternative supplémentaire dans l'offre de soins pour les personnes atteintes de maladie grave et incurable.

Que cela soit mis en avant comme tel comme au Québec, ou que cela soit discuté dans les débats préalables à la loi en termes de complémentarité possible avec les soins palliatifs existants comme en Belgique ou au Luxembourg par exemple, cet argument doit nécessairement aussi prévaloir pour que la loi puisse être élaborée et mise en application.

Là où l'argument seul de l'autodétermination de la personne pour sa fin de vie a été mis en avant lors de l'élaboration de la loi jusqu'à en faire un droit du patient éligible, et que l'opposition médicale à considérer l'aide active à mourir comme un possible soin médical en fin de vie demeure, comme en Espagne, la loi peine à être appliquée et le droit à être effectif.

D'autres arguments peuvent en outre être trouvés, dont la nécessité de contrôler une pratique existante ou l'appui sur l'expérience internationale.

Dans tous les cas, la double reconnaissance de l'autodétermination de la personne pour la fin de sa vie et de l'aide active à mourir comme une possibilité supplémentaire de soin pour les personnes atteintes de maladie grave et incurable constitue le socle des législations, et fonde les critères d'éligibilité d'accès à l'aide active à mourir dans les différents pays.

Partout où une loi spécifique à l'aide active à mourir par un médecin existe, les critères de capacité de demander volontairement et de prendre une décision informée pour soi-même vis-à-vis de l'euthanasie ou du suicide assisté ainsi que de souffrir d'une maladie grave et incurable sont des conditions intangibles d'accès à la pratique.

Ensuite, selon les pays, les législations peuvent apporter une précision sur le stade de la maladie qui doit être atteint pour avoir accès à l'aide active à mourir – un pronostic vital inférieur à six mois par exemple dans les États américains ou en Australie – ou élargir l'accès à des populations spécifiques – notamment les mineurs aux Pays-Bas et en Belgique ou les personnes atteintes de maladie mentale seule aux Pays-Bas, en Belgique ou encore au Luxembourg – moyennant la reconnaissance de la capacité de discernement et de la maladie grave et incurable dans ces cas particuliers.

Les législations prévoient des garde-fous pour vérifier la présence de ces critères, à savoir toujours au moins attestation de la capacité de discernement de la personne demandeuse par un médecin, la consultation d'un deuxième médecin pour attester du caractère grave et incurable de la maladie et l'information à la personne demandeuse des autres possibilités de soins existantes, dont les soins palliatifs.

Les personnes peuvent révoquer leur demande à tout moment, et nul médecin ou professionnel de santé, nulle part, n'est tenu de participer à la pratique de l'aide active à mourir s'il considère qu'elle va à l'encontre de ses convictions personnelles ou professionnelles.

La pratique est enfin contrôlée a priori, a posteriori, ou les deux selon les modalités spécifiques au pays. Dans les pays qui ont dépénalisé l'aide active à mourir, lorsque la capacité de décider vis-à-vis de l'aide active à mourir et que le caractère grave et incurable de la maladie ne sont pas mis en doute, l'acte ne pose pas réellement question.

Ce qui questionne cependant, ce sont ces situations où ces deux critères ne sont pas aisément déterminables, c'est-à-dire par exemple les situations de maladie mentale seule, de démence, de multiples symptômes de vieillesse, de mineurs.

Certains pays ont fait le choix de ne pas faire entrer ces situations dans le champ de ce que la loi autorise ; d'autres ne ferment pas la porte, mais indiquent des conditions supplémentaires et appellent des recommandations précises, comme la consultation obligatoire d'un psychiatre dans les cas de maladies mentales seules.

Par ailleurs, il est possible de s'interroger et notamment dans les pays qui autorisent l'aide active à mourir depuis le plus longtemps, ce sont les situations où le critère de maladie grave et incurable ne serait plus un critère déterminant pour être éligible à l'aide active à mourir : en Suisse, c'est le refus de l'instance représentative des médecins de remplacer le critère de « fin de vie proche » par celui de « souffrances insupportables » pour être éligible à l'aide active à mourir ; aux Pays-Bas, c'est le refus à la fois du législateur et de l'instance

représentative des médecins d'autoriser ces derniers à accéder aux demandes d'aide active à mourir pour « fatigue de vivre ».

« Ces deux exemples illustrent en quoi le critère de maladie grave et incurable reste fondamental dans la dépénalisation de l'aide active à mourir aujourd'hui, en maintenant l'inscription de la pratique dans le champ sanitaire et pas simplement dans le droit commun. »

7. Quelques articles de presse récoltés au cours de ce travail

Alain Claeys : « En parlant d'aide active à mourir on change de paradigmes »

Genethique 24 janvier 2023

<https://www.genethique.org/alain-claeys-en-parlant-daide-active-a-mourir-on-change-de-paradigme>

2 articles du Monde du 7 février 2003 :

1/Un article d'un médecin canadien janvier 2023 sur les rumeurs circulant sur la loi canadienne

<https://choisirmafindevie.org/2023/01/16/mise-au-point-concernant-lelargissement-de-laide-medicale-a-mourir-au-quebec-et-au-canada/>

2/La tribune de Jean Louis Touraine dans Libération sur les fake- news sur la loi belge

<https://choisirmafindevie.org/2023/01/16/la-loi-belge-au-travers-du-prisme-francais-tribune-de-jean-louis-touraine/>

Articles à consulter

- [Article le Monde 7 février 2023 Spranzi p2 Boussemart position des Bouddhistes](#)
- [Article le Monde 7 février 2023 Marta Spranzi rôle des médecins p1](#)
- [Déclaration CNaV Fin de Vie \(1\).pdf](#)
- [Infographie fin de vie-Vdeflfof MGEN.pdf](#)
- [Article Le Monde 10 mars 2023_A Comte Sponville. Etat démocratique et soins palliatifs](#)
- [Manifeste fin de vie-HD.pdf](#)

Tout ceci ne constitue pas un travail exhaustif sur cette question complexe est sensible.

Il répond seulement à un souhait de rassembler les débats actuels chez nous, de cerner les divergences et convergences d'opinions, de les rendre visibles et d'apprendre des expériences des autres pays qui ont légiféré sur la fin de vie, chacun avec une culture et une histoire différentes.