

A propos de la fin de vie. 2025

*- INTRODUCTION =

Je m'appelle Daniel Spinnler, j'ai 75 ans, j'ai eu le grand plaisir d'être médecin omnipraticien durant 40 ans dans un cabinet de groupe semi-rural. En même temps j'ai eu une fonction de médecin expert ce qui m'a permis d'analyser des dossiers de maladie chronique longue avec des maladies particulières, pratiquement un jour par semaine durant 30 ans . Pour le sujet qui nous occupe ce soir, ce sont les malades qui m'ont formé, je suis issu d'une famille protestante, avec des principes religieux. Le contact avec la souffrance, l'écoute des malades, leur détresse parfois face à notre impuissance, m'a conduit à une réflexion quasi-quotidienne face à ces situations. J'ai accompagné plusieurs centaines de personnes en fin de vie , car à la campagne on quittait la vie plus facilement chez soi, "facilement" ou dans la douleur pour le malade, la famille et le médecin impuissant et affecté émotionnellement .

Avant de débiter, une précision d'importance =

Cet exposé est réalisé **à la demande de membres de notre assemblée** afin que chacun **puisse faire seul son opinion en son "âme et conscience"** en conformité avec ses considérations politique et/ou religieuse.

J'ai participé dans ce but à une formation sur les soins palliatifs durant trois mois, une fois par semaine, initiée par le ministère de la santé et Véronique Fournier, présidente du centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, pour le personnel médical et para-médical.

Mon seul propos ce soir est d'être didactique et de contribuer à aider votre réflexion en détaillant les lois et expliquant les mots utilisés.

Nous allons parler de la loi sur la fin de vie et pas de la loi sur la mort. La mort est un non événement comme le disait Axel Khan avant lui même de se faire aider à mourir.

La fin de vie, elle, est un événement. La mort se passe « bien" le plus souvent, mais parfois elle se passe mal pour tout le monde : pour celui qui va mourir et pour son entourage.

Nous voulons le plus souvent mourir à domicile, ceci est de plus en plus difficile, comme il est difficile d'entrer à l'hôpital, d'y obtenir des soins palliatifs et encore plus la sédation continue.

C'est une tâche encore plus complexe à domicile pour les soins palliatifs et pour la sédation continue sur le plan technique.

Qui dit fin de vie , dit personnel para-médical et médical vaincus par la maladie .

Aussi Il est parfois difficile pour le corps médical en général, d'accepter son "échec". Je met des guillemets au mot "échec" car le devoir de la médecine est d'accompagner le malade dans la recherche de la cause de ses pathologies et de traiter celles-ci dans la limite des connaissances obtenues au jour J.

Un médecin - quelle que soit la médecine qu'il préconise et propose - ne guérit pas, il essaie de vous soulager, il vous accompagne pour un meilleur vécu d'une maladie chronique.

Une maladie dite chronique due à accident traumatique, à une défaillance de votre environnement, un vieillissement physiologique, un défaut du mécanisme de renouvellement de nos cellules (appelé cancer) pour lequel l'épigénétique joue un rôle primordial, un accident de votre système cardio-vasculaire, ou autre.

En fait l'iceberg d'un mal plus profond dont le plus souvent on ne connaît pas les premières racines apparues plusieurs années auparavant insidieusement .

Bien avant nous la fin de vie a fait couler beaucoup d'encre.

Certains veulent entrer dans la mort "les yeux ouverts" comme l'avait écrit Marguerite Yourcenar, d'autres souhaitent que la mort les prenne "nonchalant d'elle" disait Montaigne.

Vladimir Jankelevitch nous rappelle, lui que " comme la naissance, la mort est la seule expérience que nous ne ferons qu'une fois."

Au XVe siècle on a remplacé le mot "agonie" qui en grec signifie "combat, lutte", par le mot "mort" . Ce soir, nous allons parler des derniers instants de vie.

***- La fin de vie, on en parle aujourd'hui en France =**

Suivant sa promesse de campagne, le président Macron a lancé en 2022 une réflexion sur la fin de vie.

Il a consulté le CCNE qui a donné son avis le 13 septembre 2022 .

Une convention citoyenne avec 185 citoyens a été lancée le 9 décembre 2022 dont les conclusions ont été données en avril 2023.

La loi, ouvrant une aide active à mourir, a été votée à l'Assemblée

nationale le 27 mai 2025 dernier par **305 voix contre 199**. Mais le Sénat ne s'est pas encore prononcé et la discussion est loin d'être close.

Nous allons faire le tour de la situation en France et dans le monde de façon législative. Puis aborder en les définissant, les mots que vous côtoyez dans vos journaux et autres média

***- HISTORIQUE en France =**

- Durant nos études pratiques à l'hôpital, il y a un demi siècle, nous étions confrontés à la fin de vie et au dit "**cocktail lytique**".

Il s'agissait d'un mélange de drogues = un antihistaminique sédatif, le Phénergan, un neuroleptique anxiolytique le Largactil, un analgésique central le Dolosal, opioïde de synthèse, cousin de la morphine, mais aussi dépresseur respiratoire. Ce cocktail était utilisé pour provoquer une perte de conscience et diminuer les souffrances du malade. Fin de vie non avouée, il suffisait d'accélérer la vitesse de perfusion pour "risquer" ce qu'on appelle en d'autres circonstances une "over-dose".

- arrive la **loi du 09/06/1999 dite loi Neuwirth** (du nom de *Lucien N homme politique*) = **TRÈS importante** sur le plan législatif, social et médical, et pourtant méconnue .

Elle regroupe des dispositions visant à développer les structures de soins palliatifs en milieu hospitalier, médico-social et à domicile, pour soulager les douleurs et sauvegarder la dignité de la personne malade.

- **puis la loi du 04/03/2002 dite loi Kouchner (du nom du médecin bien connu)** = nous changeons de paradigme.

Le malade acquiert des droits. Le patient devient agent de sa maladie. Le médecin doit l'informer de manière simple, compréhensible, intelligente, et loyale, sur son état de santé, afin de lui permettre de prendre des décisions qui le concernent.

Il est évoqué ici **les droits essentiels du malade**. Quelles sont-ils ? =

- être informé avec précision sur son état de santé,
- consentir aux soins avec le droit de refuser un traitement,
- le droit d'être accompagné d'une personne de confiance,
- avoir accès à son dossier médical

- **la loi du 22/04/2005 dite loi Léonetti** (du nom du *Dr Jean Léonetti, cardiologue*) = cette loi **condamne l'obstination déraisonnable**, que l'on appelait auparavant acharnement thérapeutique, c'est-à-dire tout

traitement disproportionné à la situation, inutile ou susceptible de maintenir la vie artificiellement. Il y aura un arrêt des traitements après une procédure collégiale et multidisciplinaire c'est-à-dire avis par le médecin hospitalier en charge du malade, le médecin traitant si possible, les infirmières et tout le personnel paramédical. Mais la décision finale appartient au médecin ayant en charge le patient. Cette loi comporte également pour la première fois, **la notion de directives anticipées** c'est-à-dire la possibilité aux personnes d'écrire ce qu'elles souhaiteraient qu'il soit décidé, pour elle, en situation de fin de vie, pour le cas où elles auraient perdu la capacité de le faire savoir.

Mais en 2005 ces premières directives anticipées ne s'imposent pas aux médecins. Elles étaient simplement une orientation dont ils devaient tenir compte pour prendre leurs décisions. Elles avaient une durée de validité limitée à trois ans avec renouvellement régulier.

Les mots de Jean Léonetti concluaient la loi : "laisser mourir oui, faire mourir non".

La principale critique de cette loi était qu'elle ne faisait pas suffisamment place aux droits des patients, et que la décision restait trop du côté des médecins.

- cette loi a été révisée pour laisser place **le 02/02/2016 à la loi Claeys-Léonetti** (*toujours le même Dr Jean Léonetti associé à l'homme politique Alain Claeys , toujours membre du CCNE*)

Elle ne va pas jusqu'au droit en faveur d'une aide à mourir, mais elle augmente les droits des malades en fin de vie. Et elle nomme **les devoirs des médecins à l'égard de ces patients en fin de vie.**

Elle prétend mieux répondre à la demande à mourir dans la dignité par une meilleure prise en charge de la souffrance et en clarifiant **l'usage de la sédation profonde et continue jusqu'au décès en phase terminale**

1 - les DA sont devenues plus contraignantes, et jusqu'alors consultatives, elles s'imposent désormais aux médecins sauf dans deux cas = en situation d'urgence ou si elles sont manifestement inappropriées. Leur caducité à trois ans disparaît. Elles restent valables si le malade ne les a pas contestées.

2 - le patient dûment informé par le professionnel de santé est en droit de refuser tout traitement.

3- mise en place du droit à la sédation profonde et continue, irréversible, jusqu'au décès, à la demande du patient, sans condition.

4 - la demande doit être réitérée (le nombre de fois n'est pas précisé)

5 - elle précise le statut du témoignage de la personne de confiance.

6 - Dans son article premier la loi précise que la nutrition et l'hydratation artificielle sont considérées comme des traitements, et donc arrêtées ou refusées au titre de l'obstination déraisonnable comme n'importe quel autre traitement. Cela suite à des controverses dans l'application de la loi Kouchner de 2005

- **Le 08/04/2021**, dans le cadre d'une niche parlementaire à l'Assemblée nationale (une niche parlementaire est une possibilité une fois par mois durant 24 heures, hors programme législatif prévu, aux députés de l'opposition ou des groupes minoritaires, de présenter une proposition de loi) le député PS de Charentes maritimes **Olivier Forlani** propose un projet de loi en six articles visant à créer le droit à une assistance médicalisée à mourir. Cinq députés LR ont déposé plus de 2500 amendements pour empêcher l'Assemblée nationale d'aller jusqu'au bout de la discussion sur ce texte. Olivier Forlani ne disposait que de 12 heures pour faire adopter le texte avant minuit. Mission impossible avec ses 2500 amendements. Seul l'article un est voté : il reconnaît le droit à une assistance médicalisée active à mourir à toute personne capable majeur, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable lui infligeant une souffrance physique ou psychique permanente et pour elle insupportable. Ce fut le seul article adopté à quelques minutes du temps réglementaire imparti au débat, par 240 voix pour et 48 contre.

- Une convention citoyenne avec 185 citoyens a été lancée **le 9 décembre 2022** dont les conclusions ont été données en avril 2023. Elle s'est prononcée à 75% pour un changement de loi, 75% pour l'ouverture de l'aide à mourir (dont 72% en faveur de l'aide active à mourir, 66% pour l'euthanasie)

- **De même une mission lexicale préalable pilotée par Erik Orsena** de l'Académie Française pour réfléchir aux mots de la fin de vie et réaliser un lexique pour un débat national "apaisé" en précisant le sens des expressions comme "suicide assisté", "aide active à mourir" et autres.

Je considère cette mission très importante car c'est souvent sur le sens des mots que des incompréhensions s'installent. Malheureusement cette commission a été ensuite oubliée !!

- La loi, ouvrant une aide active à mourir, a été votée à l'Assemblée nationale **le 27 mai 2025** dernier par **305 voix contre 199**. Mais le

Sénat ne s'est pas encore prononcé et la discussion est loin d'être close.

Selon la loi proposée au Sénat, pour accéder à l'aide à mourir, le malade devra remplir cinq conditions :

- être majeur,
- être français ou résident étranger régulier et stable en France,
- être atteint d'une affection grave et incurable - quelle qu'en soit la cause - qui engage le pronostic vital en phase avancée ou terminale,
- présenter une souffrance physique ou psychologique constante réfractaire au traitement,
- être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée.

***- SITUATION DANS LE MONDE =**

- En 2002 la Belgique a adopté simultanément trois lois :
 - 1 - pour sauvegarder les droits des patients
 - 2 - pour développer les SP
 - 3 - pour légaliser l'euthanasie

Sans opposer comme en France, les soins palliatifs et l'aide active à mourir, le législateur belge les a conçus comme des solutions complémentaires. D'un côté des moyens pour soulager les patients qui souhaitent laisser arriver la mort, de l'autre une solution permettant à ceux qui le souhaitent de déclencher l'arrivée de leur propre mort. En 2024 en Belgique 03 % des morts résultent d'une euthanasie.

- pays autorisant l'euthanasie : la Belgique en 2002 et la Colombie en 2015
- pays autorisant le suicide assisté et l'euthanasie : les Pays-Bas en 2001, Luxembourg en 2009, le Canada en 2016, certains états d'Australie de 2017 à 2021, la Nouvelle-Zélande en 2020, et l'Espagne en 2021, le 18 mars. La Suisse en 1987, 10 états des Etats Unis d'Amérique de 1997 à 2019
- pays autorisant l'aide active à mourir, le Portugal depuis le 29/1/2021
- en Irlande depuis le 7 octobre 2020 le projet est adopté et le processus législatif est en cours.
- l'Allemagne le 9 juillet 2019 a voté le droit à l'autodétermination du malade qui prime sur le devoir du médecin à lui porter assistance.
- les italiens ont dépénalisé l'aide au suicide, mais une loi plus précise est à venir afin d'éviter les abus possibles

***- LES ENJEUX D'UNE POSSIBLE LOI SUR L'AIDE À MOURIR =**

Afin d'éviter le frein total et la précipitation, il faut définir autant le cadre

que le contenu.

1 - Le cadre =

Il doit être démocratique, citoyen diront certains, concerté et assumé;
Personne n'est pour la mort.

Nous sommes dans une situation tragique : la fin de vie.

Il faut un cadre de discussion pour définir les critères des situations et des gestes autorisés.

Faut-il laisser le libre choix aux malades en fin de vie entre =

- soit bénéficier **uniquement** de soins palliatifs quand ils sont possibles dans le lieu où le malade se trouve (si vous voulez nous y reviendrons plus tard mais il faut savoir que 27 à 30 départements français n'ont aucun service de soins palliatifs).

- soit bénéficier de **SP avec** possibilité de demander l'aide à mourir, en intégrant le fait que dans un état laïque, la mort appartient aux malades dans la souveraineté de la personne et pas à la collectivité.

Se pose la possibilité du respect laïque de liberté, à savoir pour le malade de pouvoir imposer ce qu'il souhaite dans les derniers jours de sa vie, de partir sans souffrance et en application de son concept de dignité vis-à-vis de son vécu et de celui de ses proches, avec si nécessaire dans cette situation la nécessité de l'aide à mourir dans un contexte médical et social.

Je reprendrai les mots du pasteur Stéphane Lavignotte de la Mission Populaire Évangélique : "pour moi le binaire Pour ou Contre n'existe pas : il faut créer des cadres permettant à chacun de décider en conscience, et devant Dieu, pour les croyants".

La loi Claeys-Léonetti de 2016 a posé les jalons du cadre pour la mise en route d'une sédation profonde, continue et maintenue jusqu'au décès lorsque le pronostic vital est engagé à court terme.

La définition du court terme est difficile à apprécier. S'agit-il d'heures, de jours ou semaines, sachant qu'il n'existe pas d'abaque en médecine à propos du pronostic de vie pour chaque maladie, pronostic qui dépend des antécédents, de l'état du malade, de son état musculo-squelettique, du niveau d'atteinte et du nombre d'organes touchés, et surtout du désir de vivre et de se battre ou non du malade.

Cette loi ne propose rien aux personnes qui ont une maladie grave, au pronostic vital incurable et très sombre, avec des symptômes à venir importants et impactant fortement l'équilibre physique et psychique de la

personne.

Pour le cas des maladies neuro-dégénératives familiales il est pour le malade, psychologiquement douloureux, et pour certains atroce, de s'imaginer revivre la fin de vie qu'a vécu un ascendant avant lui et devant lui.

Cette loi réitère le refus de toute intervention dans notre décision de fin de vie, d'où l'intérêt des directives anticipées de la personne de confiance lorsque nous ne sommes plus aptes à nous exprimer.

2- Le cadre étant posé il faut envisager le contenu = la description des actes et la précision des mots est essentielle

- **la fin de vie** = nous l'avons longuement abordée, ce sont les derniers instants au delà de toute thérapeutique en vigueur au jour J

- **la maladie et ses conséquences** = toutes n'ont pas le même degré de souffrance physique et psychique, selon les organes atteints

- **les Soins Palliatifs** = *"c'est tout ce qui reste à faire quand il n'y a plus rien à faire"* = *c'est à dire beaucoup !*

L'objectif n'est plus de guérir mais de préserver la qualité de vie des patients confrontés aux conséquences d'une maladie grave et potentiellement mortelle.

Les SP n'empêchent pas la mort en chemin, ne l'accélèrent pas, ne la ralentissent pas.

c'est accompagner le malade mais l'accompagner c'est quoi : écouter, accueillir, ne pas faire taire tous les signes de sa souffrance, accepter ses sursauts d'injustice et de colère. Aider le malade à rester lui-même jusqu'à sa fin de vie, quand tout va lui échapper, l'aider à partir le plus serein possible et apaisé face à l'épreuve du départ. Ce n'est plus la médecine qui compte, l'équipe paramédicale est primordiale de l'aide soignante au kinésithérapeute, de la coiffeuse à la psychologue, la liste est longue.

MAIS ... les moyens manquent.

- **Cour des comptes de 2024** = 21 départements ne comportent pas d'unités spécialisées en SP

- **les Directives Anticipées** = il s'agit d'une déclaration écrite qui indique nos volontés pour notre fin de vie si un jour nous étions en situation de ne plus pouvoir nous exprimer.

Elles n'ont pas de limite de validité dans le temps. Elles sont modifiables à tout moment, sans oublier de détruire les précédentes. Il est conseillé de les signaler à vos proches, à votre médecin, vous pouvez leur en

donner des copies ou les conserver dans votre Dossier Médical Partagé. Vous pouvez être aidé pour les rédiger.

- La personne de Confiance = vous l'investissez d'une mission d'accompagnement, qui peut être une assistance lors des consultations (deux paires d'oreilles valent mieux qu'une), une assistance lors de l'accès à votre dossier en votre présence, et SURTOUT d'être votre porte-parole auprès de l'équipe médicale si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté

Elle doit avoir donné son accord et signé avec vous le papier de déclaration de personne de confiance. Mais qui peut être cette personne de confiance ? un proche familial ou non, un ami, quelqu'un en qui vous avez confiance et qui vous connaît bien.

Un enfant ? C'est souvent une épreuve pour lui , et si votre descendance dépasse l'unité , lequel choisir sans susciter jalousie ou reproche plus tard à propos des décisions prises.

site "parlons-fin-de-vie.fr"

- L'obstination déraisonnable : ex acharnement thérapeutique = elle correspond au fait de poursuivre des traitements devenus inutiles et disproportionnés, sans autre effet que le seul maintien artificiel de la vie . Plus simplement quand on dépasse les bornes, et pour Montaigne "quand on injurie la nature"

- La procédure collégiale =

C'est une procédure de concertation entre le médecin en charge du patient, un deuxième médecin extérieur sans lien hiérarchique avec le premier, et l'équipe soignante

Elle est engagée si le patient demande la sédation progressive continue jusqu'au décès /

si le patient ne peut plus s'exprimer et que l'arrêt des traitements a été envisagée dans le cadre d'une réflexion sur l'obstination déraisonnable et alors. sur demande ou après contact avec la personne de confiance, ou la famille, ou un proche /

si les directives anticipées sont inappropriées.

Savoir s'il faut arrêter un traitement ou pas n'est pas une décision médicale mais humaine. C'est ce qui gêne actuellement une partie du corps médical pour une décision qui n'est plus de l'ordre de la thérapeutique.

- Hydratation et nutrition =

Mourir de faim ou de soif est une de nos terreurs ancestrales. C'est un

point très douloureux à aborder pour tous. Il ne faut pas projeter ses propres angoisses sur le malade.

Il faut savoir que =

- ce n'est pas parce que le malade ne mange pas qu'il va mourir, mais parce qu'il va mourir qu'il ne mange pas !

- Les sensations de soif de faim disparaissent en fin de vie.

- La déshydratation entraîne la sécrétion d'opioïdes cérébraux ayant une action antalgique

- L'hydratation n'améliore pas - en fin de vie - la sensation de soif , mais augmente le risque d'encombrement pulmonaire , le risque d'œdèmes et de vomissements

- Le jeûne induit une production de corps cétoniques ayant un effet anorexique central.

Hydratation et nutrition correspondent à des traitements. Leur arrêt ne correspond pas à un arrêt des soins.

Et il est bon de savoir que des soins de bouche répétés, un nursing avec massage des points d'appuis demandent plus de temps que poser une perfusion et améliorent beaucoup notre bien-être.

- Sédation =

Elle a pour but la baisse de la vigilance jusqu'à la perte de conscience par des moyens médicamenteux pour mettre fin à une situation insupportable pour le malade physiquement et psychologiquement.

Je vous rappelle que la souffrance psychique est souvent plus difficile à supporter que certaines souffrances physiques.

Elle peut être temporaire pour des soins (soins d'escarre par exemple) ou pour attendre la venue d'un proche.

Ce soir, nous parlons de sédation profonde continue maintenue et irréversible jusqu'au décès, sédation obtenue par une perfusion de Midazolam. Ce produit présente une action sédative et hypnotique intense utilisé en analgésie et en sédation.

La personne fait ses adieux à ses proches. La démarche médicamenteuse la conduit à un état de non conscience à son environnement. C'est comme un droit de dormir, avant de mourir.

Pour l'avoir vécu pour une amie malade récemment, ce sommeil est très difficile pour les proches car le corps est toujours là mais vide . Attention je dis bien on ne provoque pas la mort. on l'attend ! ... et tant pour la famille que pour l'équipe soignante on l'espère rapidement

Le mot "rapide" est rarement présent dans cette situation, car le terme peut mettre quelques heures à une dizaine de jours pour survenir.

Avec la famille, je viens de parler de l'équipe soignante car inévitablement au fil des jours un lien se crée, ce qui explique la réticence du corps médical dans les sondages actuels, car l'épreuve est aussi pour nous difficile.

- La réitération de la demande =

Elle est identique mais différente dans le temps selon les législations. En France, ce temps ne concerne que la période de la fin de vie toute proche quelques jours avant la réalisation de la sédation continue. Le malade est questionné à plusieurs reprises sur sa demande. Au bout d'une heure la sédation est interrompue, le malade, prévenu, est questionné sur son vécu et la question de la réitération est posée avant un acte cette fois définitif.

En Belgique dès la première rencontre avec le médecin "Volontaire" chargé de "monter le dossier", le patient est prévenu de la réitération de la demande au fil des consultations. Le processus est plus long car la rencontre a théoriquement lieu quand le patient est encore valide et en soins. Le médecin explique le pourquoi, le comment, le quand, et surtout le non engagement systématique du malade qui conserve son libre-arbitre jusqu'à la dernière seconde. Une condition est toutefois exigée par nos confrères belges = que les demandeurs avertissent systématiquement leur famille ou et leurs proches de leur décision. En discutant avec mes confrères belges Frederic De Vogdt et François Damas, ces derniers confirment que seuls 5 à 8 % des malades iront jusqu'au bout de leur demande.

Pourquoi , est peut-être votre réflexion ?

Epitecte, au premier siècle de notre ère, avait déjà la réponse "la source des misères de l'être humain n'est pas la mort , ... mais la crainte de la mort." Ce n'est pas la mort qui effraie mais la douleur qui peut l'accompagner. Le titre du livre de mon confrère Frederic De Vogdt est très explicite "Docteur rendez-moi ma liberté". la liberté de partir sans souffrir. Rassurés sur leur sort, la plupart des demandeurs ne réclameront pas le geste.

Le reportage de Marina Carrere d'Encausse sur la vie est intéressant lors de l'interview de François Damas celui-ci expose plusieurs consultations filmées avec l'accord des patients, dont un cas d'abandon de la demande d'un homme qui avait fait une demande quelques consultations antérieurement.

***- Avant vos questions et réflexions voici les miennes surgies au fil de cet entretien =**

- est-ce qu'un humain peut demander à mourir ?
- En quoi cela TE pose problème si JE demande à ce que l'on M'aide à mourir ?
- En quoi cela ME pose problème si TU demandes à ce que l'on T'aide à mourir
- Ce qui me concerne est-il opposable aux autres ?... et par là se pose la question du droit à l'autodétermination des personnes
- Toutes les demandes sont justifiables mais aucune n'est juste
- Les questions que je me pose en tant que médecin = est-ce le moment ou pas ? pourquoi déjà ? Ou , face aux douleurs du malade seulement maintenant ?
- la demande est à réitérer ... mais combien de fois ? trop de fois ou pas assez
- Quelle durée entre la prise de décision et l'acte de sédation ?
- Quand parler de fin de vie = quelques heures avant , une semaine avant lors de l'annonce de la maladie, c'est difficile pour l'entourage, difficile pour le corps médical, à un certain moment moins pour le malade car lui sait qu'il n'en peut plus et qu'il veut partir dignement en laissant une image non dégradée de sa personne. Une inquiétude exprimée par beaucoup de mes malades.
- Eviter le spectre de la dérive économique et du suicide altruiste : ne plus être un poids moral, ou économique pour sa famille et peut-être pour la société.

***- Ma conclusion =**

Il s'agit d' un débat qui n'a pas vocation à être clos, car aucune loi ne résoudra tous les conflits.

Le droit dans une démocratie, n'a pas vocation à dire ce qui est permis, mais ce qui est interdit, et à pousser chacun à la réflexion.

Pour celle ou celui qui part, l'aide à mourir est la volonté de contrôler sa mort, pas de l'effacer.

Pour beaucoup la liberté est de savoir qu'une solution existe et qu'elle est à leur disposition, décision qu'ils prendront, ou pas, guidés en partie par leur passé, leurs croyances, mais surtout le moment venu, par le présent vécu, bien ou mal, en réclamant de l'aide ou pas.

C'est l'**ultime** liberté car si l'on peut choisir de mourir on ne peut pas choisir de ne PAS mourir.

CE QUE NOUS DEVRIONS NE PAS AVOIR OUBLIÉ mais souvent le plus difficile :

- AVOIR RANGÉ LE BUREAU DE SA VIE

- AVOIR PU DIRE AU REVOIR A CHACUN QUI A COMPTÉ POUR SOI

Merci d'avoir eu la patience de m'écouter.