« FIN DE VIE : QUELLES APPROCHES ÉTHIQUES ?

Comment aborder sereinement la question demain ?

VINCENT MOREL
Service de soins palliatifs CHU Rennes
Université Rennes
ST Brieuc le 29 avril 2025

L'EUTHANASIE
un débat volontairement étouffé !
Mélanie Raphael-Béthune
Préface de Jean-Luc Romero
Plus de 5 magasins
Fnac · En stock
L'euthanasie - un Dé...
Marine Lamoureux
EUTHANASIE
le débat tronqué
Préface de Claude Évin
calmann-lévy
Hachette
Euthanasie, le déba...
COMPRENDRE LA MORT
L'EUTHANASIE CHOISIE
& SES ENJEUX
Prix Prescrire
2015
Amazon · En stock
Amazon.fr - MORT ...
L'IMPASSE
de
L'EUTHANASIE
Plus de 5 magasins
Fnac · En stock
L Impasse de L Euth...
L'EUTHANASIE EN QUESTION
Nouvelle édition
FAUT-IL TUER PAR AMOUR ?
Jean Toulat
Pygmalion
Amazon · En stock
Amazon.fr - L'Eutha...
L'euthanasie
Amazon · En stock
QUAND L'EUTHANASIE SERA LÀ...
SALVATOR
Fnac · En stock
Requiem pour ceux qui lu...
Ça fait débat !
Faut-il autoriser l'euthanasie ?
Emmanuel Hirsch
Plus de 5 magasins
Decitre · En stock
Faut-Il autoriser L'eutha...
Euthanasie, l'envers du décor
Témoignages de soignants
« Qui souffre veut être accompagné, même s'il désire mourir... »
Amazon · En stock
Amazon.fr - L'euthanasie, l'...
POUR OU CONTRE L'EUTHANASIE ?
Mémoire d'un débat jamais soldé
Éditions L'Harmattan
POUR OU CONTRE L'EU...
TUGDUAL DERVILLE
ENCORE UN PEU ?
Plus de 5 magasins
Fnac · En stock
Docteur, ai-je le droit de Vivr...
DIS, C'EST QUOI
l'euthanasie ?
Plus de 5 magasins
Decitre · En stock
Dis, C'est Quoi L'euthan...
L'euthanasie au seuil des soins palliatifs
Vingt ans de modèle belge
Cultura · En stock
L'euthanasie au seuil de...
Fin de vie : peut-on choisir sa mort ?
L'euthanasie n'est pas LA solution
Non à l'euthanasie
Fin de vie : peut-on choisir sa mort ?
L'euthanasie
Plus de 5 magasins
JEAN-FRÉDÉRIC POISSON
SOINS PALLIATIFS, LA VRAIE ALTERNATIVE À L'EUTHANASIE
"Personne ne doit mourir seul"
GABRIEL RINGLET
"VOUS ME COUCHEREZ NU SUR LA TERRE NUE"
ALBIN MICHEL
Docteur Victor Largey
La liberté de mourir
Euthanasie
Quelques réflexions à propos d'une loi
Olivier Nkulu Kabamba
L'EUTHANASIE
admise en Soins palliatifs
Défis humains pour les médecins
Alors vous êtes pour ou vous êtes contre ?

LES POINTS DE CONVERGENCE

- Une subjectivité incontournable
- Le refus de l'acharnement thérapeutique
- Le refus de souffrir
- Un souhait de donner au patient une place centrale
- La nécessité de développer les SP

LES POINTS DE DIVERGENCE

- Une sémantique différente (la dignité ?)
- Une tension entre valorisation individuelle *«qui définirait pour lui-même le contour de son destin personnel CCNE 2022 »* et attention à la dimension collective *« du plus vulnérable CCNE 2022 »*
- Une analyse différente du concept d'autonomie

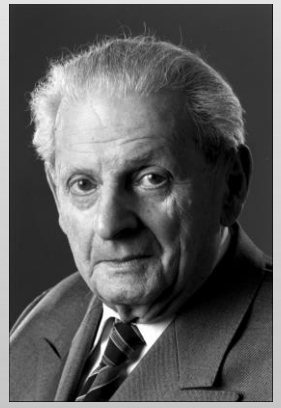
« Autonomie comme performance personnel CCNE 2022 »

- Résultat et prise en compte de l'intention *«entre une approche déontique qui s'attacherait aux moyens et une approche conséquantialiste qui s'attacherait aux résultats »*
- Fonction de la médecine

LE DIGNITÉ : QUI DIT VRAI ?

- *« Si les choses ont un prix, l'homme lui a une dignité laquelle est sans degré ni partie et cela serait vrai et cela même si dieu n'existait pas »* E kant
- *« Je suis capable de dire si je suis digne ou non et personne d'autre ».* F caillavet
- *« considérant que la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constituent au fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde, l'assemblée proclame : - article 1er : tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits »* Déclaration des droit de l'homme

ET LE SENTIMENT DE DIGNITÉ ?



« Le moi, devant autrui, est infiniment responsable. » Levinas

LES POINTS DE DIVERGENCE

- Une sémantique différente (la dignité ?)
- Une tension entre valorisation individuelle *«qui définirait pour lui-même le contour de son destin personnel CCNE 2022 »* et attention à la dimension collective *« du plus vulnérable CCNE 2022 »*
- Une analyse différente du concept d'autonomie

« Autonomie comme performance personnel CCNE 2022 »

- Résultat et prise en compte de l'intention *«entre une approche déontique qui s'attacherait aux moyens et une approche conséquantialiste qui s'attacherait aux résultats »*

- Fonction de la médecine

DES CONCEPTIONS DIFFÉRENTES DE L'AUTONOMIE

	Origine du pouvoir	autonomie	Les conséquences médicales
Conception anglo-saxonne	Le juge La jurisprudence	Souveraineté individuelle Liberté individuelle auto -détermination des préférences	Refus de soins possible le consentement suffit
Conception française	Rousseau/ Kant Le législateur la loi	Le vouloir de ce qui est universalisable « un individu est autonome, selon Kant, si, réfléchissant à sa conduite, il choisit volontairement et librement de se comporter de la façon qu'il juge être universellement la meilleure »	Le consentement ne suffit pas à justifier l'intervention sur le corps

LES POINTS DE DIVERGENCE

- Une sémantique différente (la dignité ?)
- Une tension entre valorisation individuelle *«qui définirait pour lui-même le contour de son destin personnel CCNE 2022 »* et attention à la dimension collective *« du plus vulnérable CCNE 2022 »*
- Une analyse différente du concept d'autonomie

« Autonomie comme performance personnel CCNE 2022 »

- Résultat et prise en compte de l'intention *«entre une approche déontique qui s'attacherait aux moyens et une approche conséquantialiste qui s'attacherait aux résultats »*
- Fonction de la médecine

ÉTHIQUE APPLIQUÉE

« L'éthique qui est le travail que je consens à faire avec d'autres, sur le terrain, pour réduire, autant que faire se peut, l'inévitable écart entre les valeurs affichées et les pratiques effectives »

J-F MALHERBE

" l'éthique est une manière d'assumer positivement l'incertitude inhérente à notre condition humaine, un art de chercher dans la crainte et le tremblement une position plus juste à l'égard du certain comme de l'incertain". (sujet de vie ou objet de soin? 2007)

Les principes de Beauchamps et childress

Les principes	définition	Les règles	Les limites
d'autonomie «le médecin doit se régler sur la licence que lui donne le malade »	Respect de la personne et affirme la capacité de l'individu de décider pour lui même	obtenir le consentement qui doit être volontaire libre et éclairé Devoir d'information protéger la confidentialité	La liberté du sujet est affirmé comme le principe premier Dérive vers une médecine de service , de contrat
de bienfaisance « je dirigerai le régime des malades à leur avantage suivant mes forces et ma capacité »	L'obligation d'agir pour le bien-être des autres	▪Penser aux avantages des traitements ou des soins ▪promouvoir le bien	Le paternalisme médicale la déresponsabilisation, l'abus de pouvoir: forme de contrainte au TTT
non malfaisance « Et je m'abstiendrai de tout mal »	L'obligation de ne pas faire de mal aux autres « primum non nocere »	Regarder la charge, les inconvénients d'un traitement, d'un soins, d'une investigation	Modération excessive le principe de précaution
de justice « et en toute justice »	L'obligation de traiter tous les hommes de la même façon Exigence de solidarité	Visée à une juste répartition des moyens Intégrer un regard collectif dans une décision individuelle	Exclure la singularité d'une situation Que l'économie guide l'éthique

Ethique de conviction/déontologique

- l'action se réfère à des impératifs auxquels il s'agit d'obéir. ex : interdit de tuer, traiter chacun comme un égal; ne pas mentir; dire la vérité; soulager
- théorie philosophique déontologique : on nous demande de toujours respecter certaines règles et cela indépendamment des conséquences possibles.
- la déontologie est une éthique de la conviction qui accorde une valeur morale aux moyens indépendamment des conséquences heureuses ou malheureuse.
- c'est ainsi qu'un acte éthique ne peut jamais être jugé sur ses résultats.
- principe du double effet

Ethique conséquentialiste

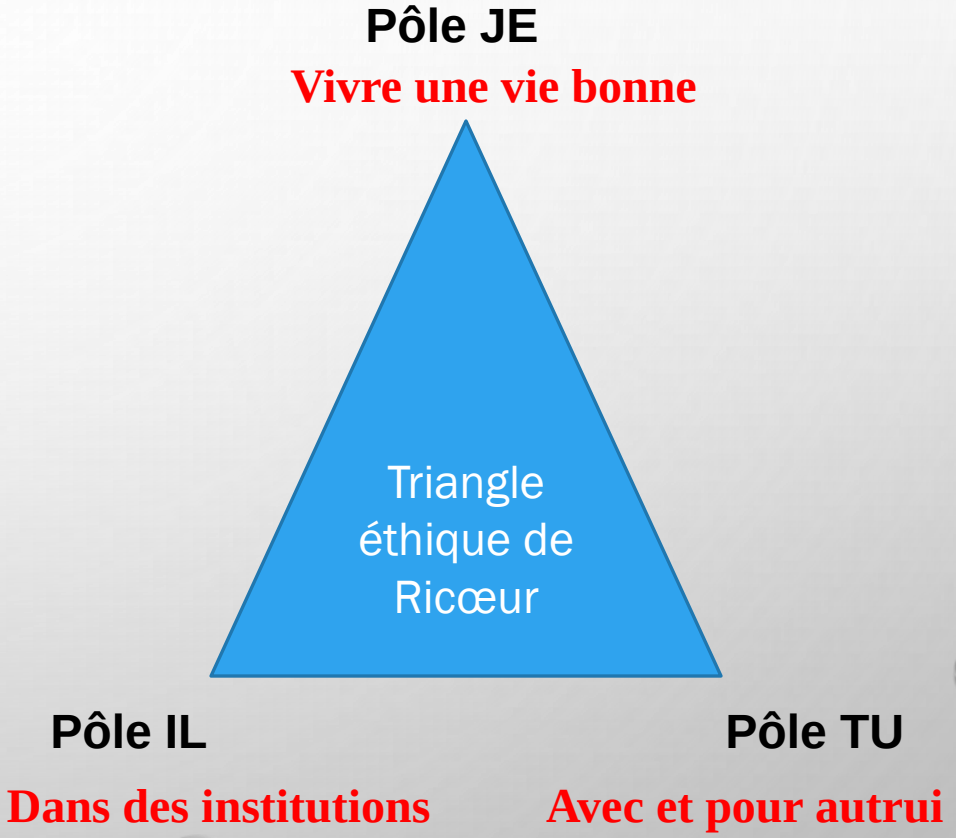
« Le bien n'est pas dans l'acte il est dans l'effet »

- théorie philosophique conséquentialiste : on demanderait directement ou indirectement la promotion du meilleur état des choses possibles
- les conséquences de nos actions sont ici seules à prendre en considération.
- nous sommes ainsi dans une approche utilitariste qui est une doctrine qui cherche à évaluer de manière objective les actions humaines
- c'est une éthique de la responsabilité qui ne s'intéresse qu'aux fins et n'est pas regardante sur les moyens.
- principe de bienfaisance et de non malfaisance

Le triangle éthique de Ricœur

« L'éthique est la question de notre attitude face à nous même, à autrui et au monde »

	Visée éthique **Le bon**
	Visée d'une vie bonne Sens, Finalités? Valeurs
JE Soi	*Estime de soi* Mes valeurs, mes priorités, mon préférable
TU autre	**Avec et pour autrui** Sollicitude pour l'autre Ses préférables Réciprocité des libertés Reconnaissance mutuelle
IL chacun	**Dans des institutions justes** Visée du bien commun Recherche du bien vivre ensemble Socialisation des valeurs



L'IMPORTANCE DE LA RENCONTRE

- La rencontre première: enjeux Ethique
- Le souci de la petite choses
- Ce qui est important pour lui

LES POINTS DE DIVERGENCE

- Une sémantique différente (la dignité ?)
- Une tension entre valorisation individuelle *«qui définirait pour lui-même le contour de son destin personnel CCNE 2022 »* et attention à la dimension collective *« du plus vulnérable CCNE 2022 »*
- Une analyse différente du concept d'autonomie

« Autonomie comme performance personnel CCNE 2022 »

- Résultat et prise en compte de l'intention *«entre une approche déontique qui s'attacherait aux moyens et une approche conséquantialiste qui s'attacherait aux résultats »*
- Fonction de la médecine

UN CONTEXTE DE DISCUSSION QUI CHANGE

- **LA RECHERCHE D'UNE NOUVELLE « BONNE MORT »**
  - « La mort n'est plus perçue comme un temps essentiel de l'expérience humaine » p9
  - « une mort pressée. Comme une urgence à mourir »
- **DES SITUATIONS CLINIQUES NON PRISES EN COMPTE**
  - Des situations complexes et impensées
  - Réponse législative insuffisante : au bout de 3 lois.

  « certaines personnes souffrant de maladies graves et incurables, provoquant des souffrances réfractaires, dont le pronostic vital n'est pas engagé à court terme, mais à moyen terme, ne rencontrent pas de solution toujours adaptée à leur détresse dans le champ des dispositions législatives. il en va de même des situations de dépendance à des traitements vitaux dont l'arrêt, décidé par la personne lorsqu'elle est consciente, sans altération de ses fonctions cognitives, n'entraîne pas un décès à court terme ccne 2022 »
  - Prise en charge, organisation des soins encore difficiles au bout de 4 plans.
  - *« le CCNE déplore une application insuffisante des plans successifs en faveur des soins palliatifs »*
- **DES ATTENTES DE LA SOCIÉTÉ : PANEL CITOYEN**
  - Plus d'autonomie, plus de maîtrise
  - Plus de liberté « l'ultime liberté »
  - Le débat ne porte plus sur la notion de dignité
  - Une demande sociétale en faveur de l'aide active à mourir : sondage, panel citoyen, conférence citoyenne révision loi bioéthique
  - **Un débat parlementaire qui traduit ces attentes vote du 8 avril 2021**

UN ENVIRONNEMENT QUI CHANGE

- **25 LÉGISLATIONS (11 ÉTATS) ET 4 DÉCISIONS DE JUSTICE**
  - benelux et europe (dernier en europe espagne, autriche, Allemagne)
  - etats-unis (9), canada et quebec , australie (5)
- **L'article 1 de la loi Falorini adoptée en avril 2022** *« une assistance médicalisée active à mourir peut-être demandée par toute personne capable et majeure … »*
- **L' AVIS 139 DU CCNE**

« Les réflexions du CCNE reposent sur la conciliation de deux principes fondamentaux : le devoir de solidarité envers les personnes les plus vulnérables et le respect de l'autonomie de la personne. Si le législateur venait à s'emparer de ce sujet, le CCNE considère « qu'il existe une voie pour une application éthique d'une aide active à mourir, à certaines conditions strictes, avec lesquelles il apparait inacceptable de transiger ». celles-ci devront allier de manière indissociable un renforcement des mesures de santé publique en faveur des soins palliatifs et la prise en compte de repères éthiques majeurs dans les mesures législatives qui seraient prises. »

- **DES MODÈLES DIFFÉRENTS**
  - euthanasie/ suicide assisté
  - périmètre plus ou moins large (espérance de vie, age, pathologie ou handicap)
  - place de la médecine (participe à l'ensemble du processus … expertise initiale seule) ,
- **DES CONTRÔLES DIFFÉRENTS**
  - a posteriori (belgique canada) / à priori (états unis, autriche, espagne)

LES DIFFÉRENTES RAISONS DE SOUHAITER MOURIR

- Le fait de souffrir
- Le fait de ne pas être écouté
- Le refus de l'acharnement thérapeutique
- La peur de souffrir, de pas être écouté, de subir l'acharnement tttique

  Réponses soignantes, médicales : progrès des soins palliatifs, loi, formation , politiques publiques
- La volonté de maîtrise, de faire état de « son ultime liberté », la peur de mal vieillir, de mal mourir selon ses propres critères, d'être « une charge »

  Pas de réponse médicale, peut être une réponse sociétale

Etude F Guirimand (2200 patients)

- 200 souhaitsde mourir (environ 10 %) " *I wish to hasten death*"
  - 60 % ne pas accélérer le décès (environ 120)
  - 40 % accélérer le décès (environ 80) : 60 euthanasies (26 réitèrent 1 fois); 20 SA (2 réitère 1 fois)
- 6 persistent (0,3 % patients; 3 % des demandes)

Guirimand F, Dubois E, Laporte L ,Richard JF, Leboul D. Souhait de mourir et demande explicite d'euthanasie dans un hôpital de soins palliatifs. Medecine palliative 2016, vol (15) 2 : 86-95 Doi : 10.1016/j.medpal.2015.06.007

DIVERSITÉ DE L'ENCADREMENT DE LA DÉLIBÉRATION ET DES PRATIQUES PAR LA LOI (Pr D Mallet Tours)

- **RESPECT ET APPLICATION DE DROITS DES PATIENTS (LOI KOUCHNER 2002)** loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
  - Droit du patient → devoir du médecin
    - Droit à l'information du patient → devoir d'informer du médecin
    - Droit d'opposition du patient (refus de tt, DA) → devoir d'appliquer
- **CONSTRUCTION D'UNE PRATIQUE ENTRE DES INTERDITS ET RESPECT D'UNE FORME DE PROCÉDURE DÉLIBÉRATIVE (LOI LÉONETTI 2005)** loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie
  - Respect d'un cadre limitant : interdit de l'homicide, interdit de l'obstination déraisonnable
  - Encadrement de la forme de la délibération (procédure collégiale) mais liberté du contenu : éthique procédurale favorisant une éthique de la discussion
  - Liberté dans la mise en œuvre de la décision

DIVERSITÉ DE L'ENCADREMENT DE LA DÉLIBÉRATION ET DES PRATIQUES PAR LA LOI (Pr D Mallet)

- **MODELAGE DE LA DÉLIBÉRATION ET DU SOIN (LOI CLAYES LEONETTI 2016 SUR LA PARTIE SPCJD)** loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
  - Délibération se limitant à la vérification d'une congruence à des critères prédéfinis
  - Mise en œuvre de la décision définie par la loi
    - Traitements antalgiques + sédation profonde + arrêt des tt prolongeant l'existence

- **DROIT À L'AIDE ACTIVE À MOURIR : UN MIXTE PROCÉDURAL ET «CRITÉRIEL» ? (A VENIR)**
  - Conditions nécessaires :
    - Vérification de la conformité à des critères prédéfinis
    - Application d'un cadre délibératif : procédure collégiale ?, cellule de délibération ?, binôme médecin référent et médecin consultant ?
  - Particularité du possible recours à une clause de conscience individuelle

CONCLUSION

- **Des points de vigilances**
  - Tenir les points de tensions
  - Pas de demande d'aide à mourir par défaut de soins ou incompétence soignante
  - Arriver à construire un chemin éthique respectueux de nos libertés respectives

- **Pour préparer le débat à venir**
  - Texte en 2 volets
  - Consensus sur les développement des soins palliatifs
  - Difficulté a rester dans un « modèle contenu »
  - Accepter les « effets de bord »

- **Un risque de déception utopie de penser « guérir la mort »**

« FIN DE VIE : QUELLES APPROCHES ÉTHIQUES ? »

Comment aborder sereinement la question demain ?

VINCENT MOREL
Service de soins palliatifs CHU Rennes
Université Rennes
ST Brieuc le 29 avril 2025

	limitation de traitement	Sédation profonde et continue	Euthanasie	Assistance au suicide
Intention	Ne plus chercher à prolonger artificiellement la vie Refus acharnement thérapeutique	Dormir pour ne pas souffrir	Provoquer le décès	Provoquer le décès
Procédure	Lorsque les traitements sont inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient	Administrer un sédatif avec des doses graduées jusqu'à obtention d'un endormissement	Administrer un produit à dose létale	Prendre un produit à dose létale
Intervention principale	Médecine	Médecine	Médecine (expertise /décision/ Mise en œuvre)	Médecine: expertise Individu : décision, mise en œuvre
Cause du décès	Evolution de la maladie	Evolution de la maladie	L'injection du produit	L'absorption orale du produit
Période Agonie	Variable	Variable	Quelques secondes à minutes	Quelques secondes à minutes
Repères psychiques	Retrait de la technique et démaîtrise	Maitrise de l'endormissement	Demande de maîtrise du patient	Maitrise absolue par le patient
Éthique	Construction d'un rapport à la technique par la proportionnalité des traitements	Ne pas souffrir	Autodétermination	Autodétermination autonomie

	Euthanasie	Suicide assisté
Les messages explicites ou implicites	L'interdit de tuer est transgressé, avec la caution assumée de la puissance publique, responsable de la mise en œuvre des lois votées par le parlement	L'interdit de l'homicide n'est pas remis en cause. L'État entérine le fait que l'acte de suicide relève d'une liberté fondamentale de la personne et que le droit ne peut pas s'opposer à ce qu'il soit facilité
Autonomie et liberté	L'exercice de la liberté s'arrête à mi-chemin. La personne n'assume pas la réalisation de l'acte, puisqu'elle se repose sur une tierce personne	L'exercice de leur liberté est laissé aux candidats à une mort instantanée, dans une démarche autonome ménageant au maximum les espaces de liberté des tiers.
Implication des médecins et de la relation de soins	la participation directe et active d'un médecin remettrait en cause les valeurs fondamentales des soignants, fondées sur le « care » et affirmerait que donner la mort est un soins	Il n'appellerait que marginalement une implication médicale. Le plus souvent, le rôle du médecin se limite à la vérification que les critères de qualification fixés par la loi sont satisfaits. Il n'intervient qu'en tant qu'expert, non pas en tant qu'acteur.
Le consentement libre et éclairé	Dans la mesure où l'acte est réalisé par un tiers, il y a en effet de nombreuses situations où le malade peut être incité, pour des motifs divers, à consentir à une euthanasie.	La démarche à accomplir pour obtenir le produit létal et aller jusqu'au bout de la démarche de suicide exige une motivation forte et persistante
Le contrôle	Les pays qui ont dépénalisé l'euthanasie ont tous mis en place un contrôle a posteriori, ce qui est en soi interroge	La transmission du dossier à l'autorité de tutelle conditionne la prescription et la délivrance du produit létal. Se faisant antérieurement à l'acte, ce processus offre des garanties plus solides de fiabilité.
La rétractation	Une euthanasie est un processus engageant. Il n'est pas simple de l'interrompre, étant donné sa logistique, sa programmation, la mobilisation d'un médecin, souvent aussi celle de proches. La personne peut se trouver prise dans un engrenage, dont elle a du mal à s'extraire, même si cela est envisagé	Cette voie ménage réellement la possibilité pour le patient de changer d'avis, sans se déjuger. *Étienne Hubert et Vincent Morel, « Euthanasie et suicide assisté, deux voies distinctes malgré les apparences », Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 10 octobre 2023 (ISSN 0003-4487, DOI 10.1016/j.amp.2023.09.004 in press*
Une pente plus ou moins glissante	Si l'on s'en tient aux 6 états qui ont accumulé 20 années ou plus de pratique de mort provoquée, on a affaire à deux rythmes de progression tout à fait différents. D'un côté, avec l'euthanasie, il y a actuellement en Belgique et en Hollande un ratio de décès par euthanasie sur décès totaux de 5 à 6%, et même de 7% au Québec. A l'autre extrême, il y a le cas de l'Oregon, où les suicides assistés représentent 0,6% des décès totaux [5]. Entre les 2, il y a celui de la Suisse, avec un ratio de 1,8%, Il y a une autre façon de prendre conscience de l'écart spectaculaire entre les deux voies **: le Canada (38 millions d'habitants) et la Californie (39 millions d'habitants)** ont tous les deux légalisé la mort provoquée en 2016. Or le Canada a enregistré 10.064 euthanasies en 2021 alors que la Californie n'a comptabilisé que 486 suicides assistés. **Le rapport est de 1 à 21 !**	

Réflexions de la commission éthique de la SRLF à propos du projet de loi fin de vie du gouvernement français projeté pour 2024

Reflections from the SRLF ethics committee about the French government's end-of-life law that is planned for 2024

Robin Cremer[1*] • Jean-Philippe Rigaud[2] • Bénédicte Gaillard - Le Roux[3] • Anne-Laure Poujol[4] • Nicolas de Prost[5] Caroline Hauw - Berlemont[6] • Cyril Goulenok[7] • Odile Noizet - Yverneau[8] • Mercè Jourdain[9] • Emmanuelle Mercier[10] Julien Duvivier[11] • Baptiste Biancarelli[12] • Antoine Lafarge[13] • Marc Grassin[14] • Benjamin Zuber[15]

Reçu le 26 mars 2024 ; accepté le 3 mai 2024.

TABLEAU 1 - Conditions cumulatives pour pouvoir faire une demande d'aide à mourir (AAM) indiquées à l'Art. 6 du projet de loi

- Être âgé de 18 ans et plus
- Être de nationalité française ou résider en France de manière stable
- Être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée
- Être atteint d'une affection grave et incurable qui engage son pronostic vital à court ou moyen terme
- Présenter une souffrance physique ou psychologique liée à cette affection qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable lorsque la personne ne reçoit pas ou a choisi d'arrêter de recevoir des traitements

Texte parlement
« En phase avancée ou terminale »

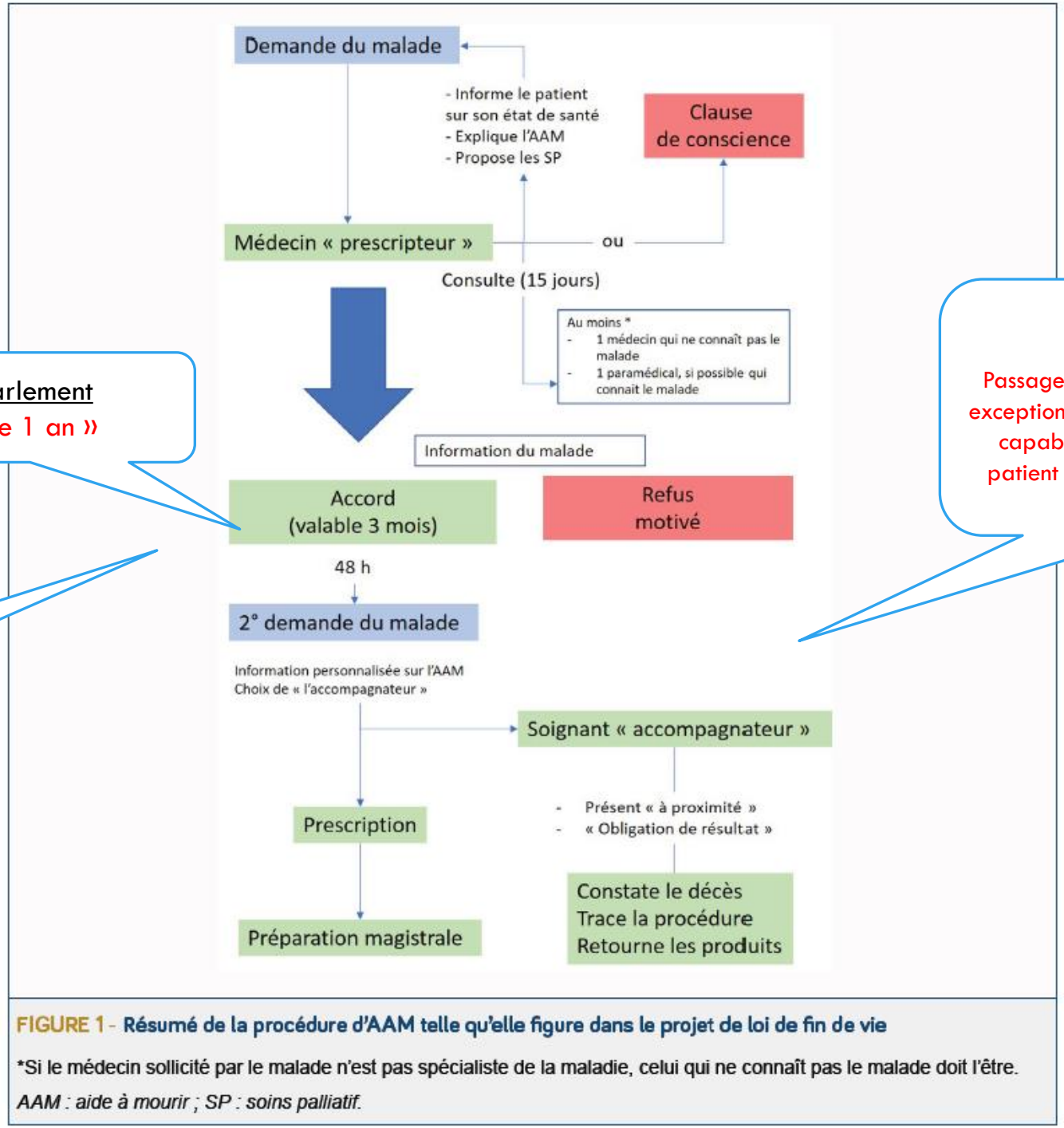


FIGURE 1 - Résumé de la procédure d'AAM telle qu'elle figure dans le projet de loi de fin de vie

*Si le médecin sollicité par le malade n'est pas spécialiste de la maladie, celui qui ne connaît pas le malade doit l'être.

AAM : aide à mourir ; SP : soins palliatif.

Texte parlement
« Valable 1 an »

Texte comission
« demande par anticipation possible »

Texte parlement
Passage du principe général du SA avec exception euthanasie (si le patient n'est pas capable physiquement) à un choix du patient lui-même entre les 2 procédures

UN MÊME PROCESSUS RÉFLEXIF

LOI CLAYES LEONETTI

- Engagement 21 du candidat Hollande: assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité
- 4 juillet 2012 visite du président de la république d'une USP
- Décembre 2012 rapport Sicard
- Juin 2013 avis du CCNE
- Décembre 2013 panel citoyen: euthanasie sans accord du malade
- Septembre 2014 rapport du CCNE: les lignes de fractures et les éléments consensuels
- Septembre 2014 mission clayes leonetti
- Année 2015 discussion sur la loi et en parallèle sur le plan
- 27 février 2016 : vote définitif de la loi par les 2 chambres

DISCUSSION EN COURS

- Pas d'engagement de campagne
- 8 avril 2021 vote par l'assemblé nation de l'article 1 « une assistance médicalisée active à mourir peut-être demandée par toute personne capable et majeure … »
- Septembre 2022 avis 139 du CCNE
- Avril 2023 Rapport de la convention citoyenne sur la fin de vie
- Avril 2023 Rapport d'information de l'assemblée national sur l'évaluation de la loi du 2 février 2016
- Juillet 2023 Rapport de la cour des comptes
- 2023 : travaux menés par le ministère sur un projet de loi comportant 3 axes
  - La création à l'accès à 'un droit à mourir »
  - Le renforcement des droits des patients
  - L'élaboration d'une stratégie décennale de l'accompagnement et des soins palliatifs
- Présentation conseil des ministres décembre 2023
- Discussion parlementaire interrompue en 2024