

Rappel du cadre législatif et déontologique de la fin de vie

Communication du Pr Ph. COLOMBAT, Oncologie médicale, CHU de Tours
& de D. JACQUEMIN, Centre d'éthique médicale, Université Catholique de Lille

à la Conférence de Consensus sur l'accompagnement
des personnes en fin de vie et de leurs proches.
Paris, 14 et 15 janvier 2004

Introduction

La réflexion relative à la fin de vie, à l'accompagnement des personnes et aux soins palliatifs s'initie en France à partir des années 1970 grâce à la contribution de médecins, infirmières, psychologues, théologiens, et tant d'autres. Ce souci et cette démarche trouvent une première officialisation par la circulaire, dite « Laroque », du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale.

Depuis lors, de nombreux textes législatifs de portées diverses ont vu le jour, s'efforçant de rendre davantage officielle et effective cette préoccupation pour les personnes en fin de vie, leur accompagnement et celui de leurs proches. C'est de cette évolution et de cet intérêt traduit en formes diverses de régulation sociale et sanitaire dont nous voudrions vous faire écho.

Cadre législatif

Le cadre législatif français est relativement important et se rapporte à des lois, circulaires et décrets dont nous ne pourrions, dans le cadre de cette contribution, rendre compte de toutes les finesses, notamment quant à leur appréhension des problématiques soulevées par l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, particulièrement du point de vue de toutes les questions éthiques liées à cette période de l'existence (information, consentement, refus de soins et/ou de traitement, proportionnalité des soins, etc). Nous nous contenterons ici de citer les différents textes de loi et de mettre en évidence les principaux enjeux dont ils se trouvent porteurs au regard de l'accompagnement de la fin de vie.

a. Lois et décrets

Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et à un accompagnement¹

Cette loi est centrale pour le développement des soins palliatifs en France. Dans le titre 1^{er} du livre préliminaire du Code de Santé Publique sont ainsi notifiés les droits de la personne malade et des usagers du système de santé : « toute personne malade dont l'état le requiert a

¹ *Journal officiel de la République Française*, 10 juin 1999.

le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement », que ces derniers soient pratiqués en institution ou à domicile par une équipe pluridisciplinaire. Dans cette optique, l'article 7 précise les responsabilités qui incombent aux établissements de santé, publics ou privés et aux établissements médico-sociaux en ce qui concerne la prise en charge de la douleur et le développement d'une politique palliative².

En ce qui concerne plus particulièrement l'accompagnement, cette loi stipule la place des bénévoles qui, via des conventions, peuvent effectuer cette mission (art 10) et elle fixe les conditions d'un congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie pour une durée maximale de trois mois, que ce soit pour un ascendant, un descendant ou une personne partageant le même domicile (section 6, articles L.225-15 à 19).

Le décret n°2002-793 du 3 mai 2002 relatif aux conditions d'exercice des professionnels de santé délivrant des soins palliatifs à domicile. Ce décret précise les soins palliatifs à domicile en système libéral et réseaux et fixe les contrats types et rémunération ; des dérogations tarifaires sont possibles pour la mise en place de soins palliatifs à domicile. Ce décret devrait permettre aux soignants de passer un temps plus juste auprès des personnes soignées à domicile.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé³

Cette loi vise à garantir à toute personne l'accès aux soins nécessaires en fonction de son état de santé, la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. Elle reconnaît les droits fondamentaux de la personne malade : information, accès direct au dossier médical, participation et prise de décision en ce qui concerne la santé du patient, aidé, s'il le souhaite, par un représentant légal.

Au regard de la question qui nous occupe, on retiendra plus particulièrement l'art.L.1110-5.S3 : « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.* »

b. Circulaires et autres arrêtés

Les circulaires et autres arrêtés relatifs à l'accompagnement des personnes en fin de vie sont particulièrement nombreux : d'intérêt inégal, ils traduisent un net souci, depuis une quinzaine d'années, de développer une politique de santé davantage soucieuse de la proximité aux personnes, du traitement de leurs douleurs et d'un développement progressif des soins palliatifs. Etant donné l'abondance des textes, et pour rester dans les normes fixées pour cet exposé introductif, nous nous contenterons de les citer par ordre chronologique, en commençant par les plus récentes et en les assortissant d'un bref commentaire⁴.

² « *Les établissements de santé, publics ou privés et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis.* »

³ *Journal officiel de la République Française*, n°54, 5 mars 2002, p. 4118ss.

⁴ Source : http://www.fxb.org/palliative/cdi/synthse_bl.html

Circulaire DH/OS/02/DGS/SODGS/2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement en application de la loi du 9 juin 1999. Elle corrige les insuffisances de la circulaire du 26 août 1986. Elle insiste sur l'organisation au chevet du malade à domicile -allant au-delà de la dimension hospitalière de 86-, en incitant chacun à se coordonner et à s'engager, revalorisant ainsi la place du généraliste et des soignants extra-hospitaliers (art. II.1) et, tout en présentant le second plan quadriennal de développement des soins palliatifs, elle rappelle que « les soins palliatifs doivent progressivement s'intégrer dans la pratique de tous les soignants, à domicile comme en établissement de santé » (préalables).

Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. L'hospitalisation à domicile est encore relativement peu développée en France, alors que son intérêt pour la qualité de la prise en charge des patient a été montré. Cette circulaire vise à mieux définir le rôle de l'HAD par rapport aux autres services de soins à domicile et précise les conditions d'une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Les services d'HAD participent à la formation des intervenants libéraux dans leurs domaines de compétence, en particulier, la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs à domicile. Les ARH favoriseront le développement des structures d'HAD de manière substitutive à l'hospitalisation traditionnelle notamment par la conclusion de contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé et les services d'HAD qu'ils soient publics ou privés.

Circulaire CNAMTS DAR n°5/2000 du 22 mars 2000 relative à la contribution du FNASS à la mise en place de mesures de maintien à domicile dans le cadre des soins palliatifs Deux dotations spécifiques sont allouées aux CPAM et CGSS, dans le cadre d'un programme triennal, pour participer au financement des dépenses liées au maintien à domicile des personnes en fin de vie afférentes à la prise en charge de gardes-malades et d'équipements spécifiques

Circulaire DGS/SQ2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux Après avoir défini les réseaux de soins, cette circulaire présente les moyens de leur mise en oeuvre, et rappelle les grandes règles auxquelles les réseaux doivent se conformer, quel que soit leur objet, et les évolutions vers lesquelles ils doivent tendre. Elle précise également, pour les seuls réseaux relevant d'un financement de l'Etat, les modalités d'examen des demandes de financement.

Note d'orientation DGS-S72 n°99-234 du 19 avril 1999 relative à la diffusion de l'enquête « Etats des lieux - soins palliatifs à domicile ». Dans le but de dresser l'état des lieux de l'offre de soins palliatifs à domicile, cette note demande la diffusion du questionnaire joint.

Circulaire DGS/SQ2/DH/DAS n°99-84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocole de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissement de santé et institutions médico-sociales. Elle entend inciter

les équipes médicales et soignantes à élaborer des protocoles autorisant les infirmiers à utiliser certains antalgiques.

Lettre-circulaire DH-EO 4 n°05277 du 3 décembre 1998 relative au plan de lutte contre la douleur. Destinée aux directeurs des établissements de santé, elle présente la campagne d'information du grand public lancé le 15 décembre 1998 par B. Kouchner, secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale.

Circulaire DGS/DH n°98-586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés. Elle présente les trois axes du plan d'action :

- Développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins
- Développement de la formation et l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur
- Prise en compte de la demande du patient et information du public.

Circulaire DGS/DH n°98-47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle. Elle s'inscrit dans le processus de mise en place d'une liste nationale de structures de lutte contre la douleur. Elle fixe les objectifs du recensement et les trois types de structures de prise en charge.

Arrêtés du 4 mars 1997 relatifs à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales L'enseignement théorique porte entre autres sur les soins palliatifs et le traitement de la douleur sous forme de séminaires. Ces deux thèmes d'enseignement sont jugés prioritaires pour quatre ans à compter de l'année universitaire 1996-1997. Cet arrêté du 4 mars 1997 relatif aux études de médecine a été abrogé par celui du 10 octobre 2000.

Circulaire DGES-GGS 95-15 du 9 mai 1995 du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et du Ministère de la santé relative aux enseignements de 1^{er} et 2^{ème} cycles des études médicales. En plus de la gériatrie, sont ajoutés à la liste des enseignements obligatoires les soins palliatifs, ainsi que le traitement de la douleur. Ils devront faire l'objet de séminaires, et sont jugés prioritaires pour les quatre années à venir

Circulaire DGS/DH 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé. La charte du patient hospitalisé rappelle notamment que :

- les établissements de santé dispensent des soins préventifs, curatifs ou palliatifs selon l'état du patient
- la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants
- les personnes parvenues au terme de leur existence reçoivent des soins d'accompagnement qui répondent à leurs besoins spécifiques.

Art. L.710-3-1 du Code de la santé publique (Livre VI) (Loi 95-116 du 4 février 1995, art.31 et 32, modifié par la Loi 96-452 du 28 mai 1996, art.14). Les établissements de santé mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent. Les centres hospitaliers et universitaires assurent, à cet égard, la formation initiale des médecins et diffusent les connaissances acquises en vue de permettre la réalisation de cet objectif en ville comme dans les établissements.

Circulaire DGS/DH 94-3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques. Elle définit la douleur chronique et les principes de sa prise en charge, et établit des recommandations quant aux modalités de cette prise en charge (rôle du médecin traitant, organisation des structures spécialisées dans l'évaluation et le traitement de la douleur). Il est en outre procédé à un recensement de l'existant selon un questionnaire figurant en annexes.

Art. L.711-4 du Code de la santé publique (Livre VII) (Loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, Titre 1er, Art.2). Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés qui répondent aux conditions fixées aux articles L.715-6 et L.715-10 dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs et palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement.

Circulaire DGS/3D du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale. Cette circulaire dite " Laroque " est le texte de référence en soins palliatifs. Elle précise ce que sont les soins d'accompagnement de fin de vie, " parfois appelés soins palliatifs ", et les modalités essentielles de leur organisation selon la diversité des situations (maladie, vieillesse, accident ; à domicile ou en institution).

Cadre déontologique

Déontologie médicale

Le cadre déontologique est quant à lui relativement bref tant il vise des principes généraux de bonne pratique médicale. Dans la section Titre II « Devoirs envers les patients », deux articles du Code de déontologie médicale envisagent explicitement la problématique de la fin de vie⁵, cette version de 1995 précisant l'article 20 de l'ancien code (1979) qui ne traitait que du soulagement de la souffrance et de l'interdiction de provoquer la mort:

Art. 37 : En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique.

⁵ *Journal officiel de la République Française*, 8 septembre 1995, p. 13306.

Art. 38 : Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.

Cette prise en compte de l'élargissement des questions liées à la prise en charge de la fin de vie a amené le Conseil National de l'Ordre des Médecins à publier en 1996 certains points d'attention déontologique relatifs aux soins palliatifs traitant des principes en tant que tels, de l'enseignement et de la recherche avant de proposer certaines recommandations⁶.

Déontologie infirmière

L'exercice de profession infirmière n'étant actuellement pas régie par un Code de déontologie, nous nous rapporterons ici aux textes législatifs fixant les devoirs qui incombent à cette profession.

Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières⁷. Le premier chapitre fixe les devoirs généraux de la profession infirmière : respect de la vie et de la personne humaine, de la dignité et de l'intimité du patient et de sa famille (art. 2), le respect du secret professionnel (art. 4) et de la confidentialité sur les lieux d'exercice (art. 5), le devoir d'établir correctement les documents qui sont nécessaires aux patients (art. 16), leur responsabilité et leur éthique à l'égard des patients et des autres membres de la profession (art. 3,6,11,14,15). Il est manifeste que le respect de ces différentes règles professionnelles contribue à un juste accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches.

Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier⁸. On retiendra plus particulièrement l'article 2 qui vise explicitement la qualité des soins et son lieu d'exercice ainsi que les recommandations professionnelles visant l'approche globale de la personne malade et les conditions de l'accompagnement : *« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celui-ci dans ses composantes physiologiques, psychologiques, économiques, sociales et culturelles : (...) 5° de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, autant que besoin, leur entourage. »*

⁶ Ordre National des Médecins, Conseil de l'Ordre, *Déontologie médicale et soins palliatifs*, Edition janvier 1996, 31 p.

⁷ *Journal Officiel de la République Française*, 18 février 1993, p. 2646ss.

⁸ *Journal Officiel de la République Française*, n°40, 16 février 2002, p. 3040ss.

Autres textes de référence ayant contribué au développement d'une préoccupation relative à l'accompagnement de la personne en fin de vie et de ses proches

Dans le cadre de cet état des lieux, il nous a semblé important de signaler certains rapports et textes, qu'ils émanent ou non de demandes issues du politique, qui ont favorisé l'émergence de certaines législations mais qui ont surtout renforcé la nécessité de soutenir et de structurer l'accompagnement des personnes en fin de vie.

La réflexion s'ouvre en France avec le **rapport du groupe de travail « Aide aux mourants » n°86/32 bis de 1986**. En effet, en février 1985, le ministre de la Santé Edmond Hervé confie à Geneviève Laroque la création d'un groupe pluridisciplinaire d'experts pour l'étude des conditions de la fin de vie, afin de proposer des mesures concrètes destinées à améliorer l'accompagnement des mourants. Ce rapport est le préliminaire à la circulaire dite « Laroque ».

C'est le 8 mars 1993 que sera rendu public le « **Rapport Delbecque relatif aux soins palliatifs et l'accompagnement des malades en fin de vie** »⁹. Ce document, sollicité par le Ministre de la Santé et de l'Action humanitaire, sera à l'initiative de cinq mesures que le ministère s'attachera à mettre en œuvre à partir de 1993 : création d'une fonction palliative, développement de petites unités de soins, développement de l'hospitalisation à domicile, développement des équipes mobiles en milieu hospitalier et développement de la formation permanente en soins palliatifs.

Le **sénateur Lucien Neuwirth** sera quant à lui à l'initiative de deux rapports. Le premier, relatif à la prise en charge de la douleur¹⁰, sera rendu public en 1995 et constitue un plaidoyer contre l'insuffisance de la prise en charge des phénomènes douloureux. Le second sera présenté au Sénat en février 1999¹¹, traitant essentiellement des soins palliatifs et de l'accompagnement, et tentera de promouvoir une culture palliative visant à ce que « tous les malades puissent bénéficier, dès l'annonce de leur maladie, d'une prise en charge continue qui s'intégrera dans les traitements plutôt qu'elle signifiera leur arrêt » (introduction).

Enfin, en octobre 2003, **Marie de Hennezel** a remis à Monsieur Jean-François Mattéi, ministre de la Santé, son rapport de mission « Fin de vie et accompagnement »¹². Ce dernier rapport, tout en dénonçant les usages indus du terme d'euthanasie, est porteur d'un ensemble de propositions touchant quatre grands champs : celui de la communication qui sera à la base de la présente Conférence de Consensus, celui de l'organisation des soins, celui de la formation soulignant particulièrement la nécessité d'une formation des professionnels à l'éthique, et celui lié à l'amélioration des pratiques des soignants confrontés à des situations limites.

Il importe également de signaler **les deux plans visant le développement des soins palliatifs et la lutte contre la douleur promus par Bernard Kouchner**, alors ministre délégué à la santé, et dégageant des moyens financiers pour leur mise en œuvre :

⁹ H. Delbecque, *Les soins palliatifs et l'accompagnement des malades en fin de vie*, Paris, Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire, janvier 1993.

¹⁰ L. Neuwirth, *Prendre en charge la douleur*, Commission des Affaires sociales, Les rapports du Sénat, n°138, 1994-1995, 224p.

¹¹ L. Neuwirth, *Rapport d'information sur les soins palliatifs et l'accompagnement*, Commission des Affaires sociales, Rapport d'information n°207 (98-99), Annexe au procès-verbal de la séance du 10 février 1999, 20 p.

¹² M. de Hennezel, *Mission « Fin de vie et accompagnement »*, Paris, octobre 2003, 161 p.

Plan triennal 1999-2001, consécutif à la loi 99-477 du 9 juin 1999, visant essentiellement le développement du nombre d'unités de soins palliatifs, fixes ou mobiles, et l'information du public en ce qui concerne les soins palliatifs. Si le premier objectif fut pour partie atteint, il restait bon nombre de manques à combler en ce qui concerne une égalité d'accès aux soins palliatifs entre toutes les régions et départements.

Plan quadriennal 2002-2005 présenté en février 2002 et complété par la circulaire du 19 février 2002. Ce plan poursuit un triple objectif : développer les soins palliatifs à domicile ou dans le lieu de vie habituel, poursuivre le développement des soins palliatifs et l'accompagnement dans les établissements de santé, sensibiliser et informer l'ensemble du corps social.

Dans ce panorama, nous nous en voudrions de ne pas évoquer le rapport du 27 janvier 2000 émanant du **Comite Consultatif National d'Ethique relatif à « Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie »**¹³. Sans vouloir établir ici de lien entre cette réflexion proposée par le C.C.N.E. et les mises en œuvres d'une politique relative à l'accompagnement de la fin de vie, il importe de souligner l'importance de ce document qui, outre sa proposition « d'engagement solidaire et exception d'euthanasie »¹⁴ a largement montré la nécessité de tenir ensemble trois lieux de questionnement clinique et éthique : l'approche globale du mourir, l'importance des soins palliatifs, la difficile rencontre d'une demande d'euthanasie.

Législation européenne

Pour terminer ce rappel des cadres législatifs et déontologiques de la fin de vie, il nous semble important de citer les principaux textes européens relatifs à cette même problématique afin de les mettre en perspective par rapport au mouvement d'attention prêté à la fin de vie en France.

Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire

Recommandation 779 (1976) relative aux droits des malades et des mourants
France, Ed. Conseil de l'Europe, 1976, 3 p.

Conseil de l'Europe

Les problèmes concernant la mort : soins apportés aux mourants
Ed. Conseil de l'Europe, 1981.

Conseil de l'Europe, Comité directeur pour les droits de l'homme (CDDH).

Problèmes en matière de droits de l'homme en rapport avec le développement des sciences médicales : droits du patient, euthanasie.
Ed. Conseil de l'Europe, 1984.

¹³ « Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie », Avis n°63, 27 janvier 2000, dans *Les Cahiers du Comité Consultatif National d'Ethique*, n°23, avril 2000, p. 3-16.

¹⁴ « Mais, ce qui ne saurait être accepté au plan des principes et de la raison discursive, la solidarité humaine et la compassion peuvent le faire leur. Face à certaines détresses, lorsque tout espoir thérapeutique est vain et que la souffrance se révèle insupportable, on peut se trouver conduit à prendre en considération le fait que l'être humain surpasse la règle et que la simple sollicitude se révèle parfois comme le dernier moyen de faire face ensemble à l'inéluctable. Cette position peut être alors qualifiée d'engagement solidaire. », dans *Les Cahiers du C.C.N.E.* n°23, 2000, p. 10.

Conseil Economique et Social.

L'accompagnement des personnes en fin de vie (Rapport annuel), CES, 1999.

Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire, Commission des questions sociales, de la santé et de la famille.

Le développement des soins et de l'assistance aux malades incurables et aux mourants dans le respect de leur volonté et de leurs droits : compte-rendu de l'audition qui s'est tenue le 11 janvier à Paris (Assemblée nationale)

Ed. Conseil de l'Europe, 1999-02-15, 12 p.

Conseil de l'Europe

Recommandation 1428 (1999) Avenir des seniors : protection, participation, promotion

Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire, Gatterer. E. (rapp.)

Recommandation 1418 (1999). Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants

Ed. Conseil de l'Europe, 1999-05-21, 15 p.

Conseil de l'Europe, Comité des Ministres,

Recommandation N° R(98) 9 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la dépendance. Adoptée par le Comité des ministres le 18 septembre 1998 lors de la 641^o réunion des Délégués des Ministres.

Recueil international de législation sanitaire, 1999, v.50, n°1, pp. 42-47.

Eamon O'Shea, Groupe de spécialistes sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes (CS-QV), Comité européen pour la cohésion sociale (CDCS)

Améliorer la qualité de vie des personnes âgées en situations de dépendance.

Ed. Conseil de l'Europe, 2002.

Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire.

Recommandation 1591 (2003). Les défis de la politique sociale dans les sociétés européennes vieillissantes

Ed. Conseil de l'Europe, 1999.

Conclusion

Au terme de ce parcours, ce n'est pas à nous qu'il importe de dresser un bilan. Nous espérons simplement, outre l'aridité du contenu, que cette mise en perspective des textes législatifs et déontologiques relatifs à la fin de vie et à son accompagnement aura su nous convaincre que cette question, dans ses déploiements politiques, sanitaires et sociaux, s'avère aujourd'hui être conjointement celle des sociétés française et européennes.