

Cercle Vulnérabilités et Société



Pour un modèle français *solidaire* de la fin de vie

Points de vigilance et recommandations
à l'usage du gouvernement et du législateur

SOMMAIRE



Introduction	4
---------------------	---



Législation d'une aide active à mourir : un risque réel de glissement au préjudice des plus vulnérables	5
① Une évolution apparemment spécifique, mais aux répercussions systémiques	5
② Une menace de fragilisation pour les personnes les plus vulnérables et leur entourage	6



Recommandations pour un modèle français <i>solidaire</i> de la fin de vie	10
① Promouvoir et prioriser l'« aide à une vie désirable jusqu'au bout » des personnes les plus vulnérables et inscrire l'aide active à mourir comme solution d'exception	10
② Veiller au soutien des proches et de l'entourage avant et après le décès	13
③ Préserver les acteurs du système de santé et du système social	14
④ Garantir le développement d'une culture palliative globale, pour tous et partout	15



Synthèse et perspectives	17
---------------------------------	----



INTRODUCTION

À la suite de la convention citoyenne relative à l'accompagnement de la fin de vie en France et de la mission parlementaire d'évaluation de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie dite « Claeys-Leonetti », le Président de la République a annoncé l'élaboration d'un projet de loi avant la fin de l'été 2023 pour faire évoluer le cadre légal actuel avec l'intention de parvenir à la **définition d'un modèle français de la fin de vie incluant l'ouverture d'un droit à une aide active à mourir**.

En tant que groupe de réflexion indépendant dédié aux vulnérabilités du champ social et de la santé, le Cercle Vulnérabilités et Société, prenant acte des propositions de la convention citoyenne et de la volonté du gouvernement, a souhaité apporter sa contribution à la définition de ce modèle.

À partir de son approche des vulnérabilités et de l'expérience pratique de ses membres, le Cercle Vulnérabilités et Société entend ainsi :

- Mettre en lumière certains « angles morts » souvent négligés dans les débats sur la légalisation du suicide assisté et/ou de l'euthanasie.
- Formuler des recommandations d'actions qu'il considère comme primordiales pour protéger résolument les personnes les plus vulnérables, soutenir leur entourage, offrir aux professionnels concernés et à l'ensemble du système sanitaire, médico-social et social, un cadre adapté en cas de légalisation d'une aide active à mourir.
- Dessiner les fondements et les contours d'un modèle français de la fin de vie solidaire, original, global et ambitieux.

La présente note et les recommandations qui y figurent sont le fruit de débats et travaux réguliers entre les membres du Cercle Vulnérabilités et Société sur la thématique de la fin de vie¹ et du deuil.

Elle ne reflète pas nécessairement les positions prises par ses membres à titre individuel.

1. Notamment sa note « Fin de vie en Ehpad : de l'hébergement à l'accompagnement » (2020) : <https://www.vulnerabilites-societe.fr/note-de-position-fin-de-vie-en-ehpad-de-l-hebergement-a-l-accompagnement/>



LÉGALISATION D'UNE AIDE ACTIVE À MOURIR : UN RISQUE RÉEL DE GLISSEMENT AU PRÉJUDICE DES PLUS VULNÉRABLES

1 Une évolution apparemment spécifique, mais aux répercussions systémiques

La question de la fin de vie et de l'évolution de son cadre légal n'est une question ni seulement individuelle, ni seulement médicale, ni une option personnelle qui serait sans préjudice pour autrui. Il s'agit d'une question sociale et sociétale aux répercussions systémiques.

Elle concerne au premier chef des personnes par hypothèse en « fin de vie » à court ou moyen terme, auxquelles la loi pourrait donner un droit au suicide assisté ou à une euthanasie pour les soulager de souffrances réelles, droit dont il faut prendre la peine de mesurer l'ensemble des conséquences possibles.

Une telle perspective soulève en effet des difficultés de fixation du périmètre, sources d'incertitudes juridiques, voire d'inégalités, obligeant d'emblée le législateur à en garantir les contours :

- ⊗ **Le critère temporel de « fin de vie »** ne peut être aisément défini de manière juridique, fiable et stable. Le corps médical bénéficie certes de l'expertise suffisante pour consolider le pronostic en termes de durée prévisible d'espérance de vie : phase palliative (de quelques semaines à quelques mois) phase terminale (de quelques jours à quelques semaines), phase agonique (de quelques heures à quelques jours). Cette appréciation physiologique de la « fin de vie » ne couvre toutefois pas le vécu plus psychologique et social de « la fin de la vie » ou de « la vie qui prend fin » qui inclut notamment le temps long du vieillissement² ;
- ⊗ **Le critère de maladie incurable**, souvent mis en avant, paraît fragile eu égard au nombre considérable de maladies incurables potentiellement invalidantes qui, quoique n'exposant pas la personne à une fin de vie à court ou moyen terme, détériorent parfois tout aussi gravement la qualité de vie. Néanmoins, la médecine dispose aujourd'hui d'une expertise et d'examen complémentaires fiables pour poser plus précisément l'incurabilité des maladies chroniques, en particulier neurologiques ou néoplasiques³.
- ⊗ **Le critère des souffrances** est également incertain, entre douleurs physiques et souffrances psychiques, voire sociales ou existentielles, entre douleurs « réfractaires » (plutôt objectivables) et souffrances « jugées insupportables » (subjectives).
- ⊗ **Le critère de la volonté libre, éclairée et constante** est également difficile à garantir s'agissant de situations fondamentalement marquées par l'ambivalence (psychologique, familiale, sociale...) et de décisions pouvant être prises « par défaut » sous l'emprise de souffrances, d'angoisses, voire de pressions. Et ce, même si le caractère répété de la demande, la place des directives anticipées et du témoignage de la personne de confiance, à défaut de la famille et des proches, permettent de consolider les volontés des personnes en incapacité à faire preuve de discernement.
- ⊗ **Le critère de l'âge** (majorité, capacité juridique) est pareillement difficile à tenir s'agissant de situations évaluées d'abord à l'aune des souffrances vécues.

2. Distinction dans Cercle V&S, « Fin de vie en EHPAD : de l'hébergement à l'accompagnement », 2020. Et sondage BVA, Les Français et la fin de vie, oct 2022 : 50% des Français estiment que la fin de vie débute des années ou des mois avant la toute fin de vie.

3. Néoplasme : tumeur constituée de cellules qui prolifèrent de façon excessive. Un néoplasme peut être cancéreux ou non. On parle aussi de néoplasie ou de néoformation.

De cette difficulté à préciser ces critères résultent deux conséquences :

- ⊗ il sera très délicat de les traduire dans une norme juridique raisonnablement sujette à interprétation,
- ⊗ et il apparaîtra extrêmement difficile de garantir la stabilité du périmètre d'une nouvelle loi, ce qui constitue une source importante d'incertitude tant médicale que juridique⁴.

C'est du reste ce que souligne le CESE dans la conclusion de son rapport de mai 2023 qui précise : « *Ce sujet touchant à l'intime, ne pourra être clos par la prochaine loi ouvrant de nouveaux droits pour celles et ceux qui décideront d'y avoir recours. Les évolutions sociétales, les progrès de la recherche médicale mais aussi les futures évaluations et rapports sur l'effectivité de l'accès de chacun et chacune à ce droit de l'accompagnement de la fin de vie rendront nécessaires de nouvelles évolutions législatives* »⁵.

C'est pourquoi le Cercle Vulnérabilités et Société attire l'attention du législateur sur plusieurs risques collatéraux, tels que décrits ci-après.

② Une menace de fragilisation pour les personnes les plus vulnérables et leur entourage

Du fait de ces incertitudes, et faute de garde-fous suffisants, une évolution de la loi actuelle fait courir un risque important, celui de venir bouleverser l'ordre de la société, jusqu'à fragiliser :

- ⊗ le niveau d'inclusion des situations de vulnérabilité,
- ⊗ la nature même de l'acte de soin et par extension celle des métiers du soin et de l'accompagnement,
- ⊗ les solidarités familiales et sociales.

Ⓐ Une possible remise en cause de l'inclusion des personnes vulnérables

Pensée au départ pour des gens lucides et relativement maîtres de leurs décisions, il existe un risque réel que le suicide assisté ou l'euthanasie ne devienne un choix faute d'autres choix (un non-choix) pour des populations non prises en compte dans le cadre initial : les populations très vulnérables qui peuvent se trouver en perte de désir de vivre face à des conditions de vie très dégradées ou celles qui peuvent culpabiliser d'être un poids moral ou matériel pour leurs proches ou pour la société.

Ces publics, qui sont ceux dont de nombreuses organisations membres du Cercle Vulnérabilités et Société ont la responsabilité, sont notamment, de manière non exhaustive :

- ⊗ Les personnes vieillissantes, en perte importante d'autonomie et/ou en situation d'isolement, atteintes de polyopathologies physiques et/ou mentales. Ces personnes sont en nombre croissant dans un secteur en forte tension (capacités d'accueil, personnels, moyens financiers) ;
- ⊗ Les personnes atteintes de maladies chroniques physiques incurables non immédiatement mortelles, mais fortement invalidantes et usantes ;
- ⊗ Les personnes atteintes de troubles psychiques ou psychiatriques graves ou incurables dans un secteur en crise ;
- ⊗ Les personnes en situation d'addiction à un niveau très sévère ;
- ⊗ Les personnes en situation de handicap physique, psychique, intellectuel ou mental.

4. À cet égard, il n'existe pas de précédent dans les pays qui ont déjà légalisé l'aide active à mourir (Belgique, Pays-Bas, Suisse, Canada, Espagne...) où le périmètre initial n'a pas été étendu dans le droit, dans les pratiques ou dans les conditions d'admissibilité seulement quelques mois ou quelques années plus tard.

5. Conseil Economique Social et Environnemental, Rapport « Fin de vie : faire évoluer la loi ? », mai 2023, p49.

D'autres types de situations provoquant des souffrances sont de nature à faire sortir la question de l'aide active à mourir du champ de la maladie. Il pourrait en être ainsi :

- ⊗ des personnes en situation d'isolement ou de précarité dont les conditions de vie matérielle et sociale sont devenues très détériorées ;
- ⊗ des détenus qui se considèrent sans avenir ;
- ⊗ et plus largement de toutes les personnes affectées par un drame ou un accident de la vie (deuil, burn-out, divorce, faillite, harcèlement, traumatisme, situation complexe d'aidance...) et tentées par le suicide par désespoir ou épuisement.

De telles situations sont en effet désormais diversement considérées comme des causes légitimes d'accès à l'aide médicale à mourir par plusieurs législations, et des demandes ont déjà été suivies d'effet⁶.

C'est pourquoi l'aide active à mourir devrait rester de l'ordre de l'exception, faisant le cas échéant plus l'objet d'une **dépénalisation au cas par cas** que d'un droit critérisé – surtout s'il devait s'agir d'un droit créance –, préservant ainsi l'interdit de tuer comme un principe juridique et d'organisation sociale primordial.

B Le risque de fragiliser les solidarités familiales et sociales

La question du suicide assisté ou de l'euthanasie met systématiquement et quasi-exclusivement la focale sur les « bénéficiaires », immédiatement et directement concernés. Toutefois, s'agissant d'actes qui requièrent le concours d'un tiers et qui s'enracinent dans un écosystème complexe (familial, social), il est indispensable d'envisager les conséquences qu'ils sont susceptibles d'avoir sur d'autres catégories de personnes pouvant être sérieusement ou durablement impactés par leurs répercussions.

Il en est ainsi de manière immédiate des proches aidants, dont la complexité de la situation se trouve le plus souvent absente de la réflexion. A titre d'exemple, les incidences de l'aide active à mourir sur les proches ne sont pas évoquées dans l'avis n°139 du CCNE (septembre 2022), négligeant ainsi leur implication fondamentale et les effets sur leur vie, que ce soit dans la participation à la décision ou dans la traversée du deuil qui suit⁷. Il en est de même dans le rapport de la convention citoyenne qui n'évoque les proches, pour l'essentiel, que dans l'hypothèse réductrice de la fin de vie à domicile.

Les proches sont pourtant particulièrement exposés, avec une position à la fois :

- ⊗ ambiguë, parce que leur place est incertaine : ils sont à la fois étrangers et parties prenantes de décisions de santé ou de vie auxquelles ils ne sont pas, par principe, associés, mais dont ils devront gérer les conséquences,
- ⊗ et ambivalente, parce qu'ils peuvent se retrouver, assez fréquemment, sur une question si sensible aux effets si définitifs, en situation de conflit de loyauté, appelés à soutenir une décision qu'ils rejettent totalement en leur for intérieur, ou l'inverse. Ils peuvent en outre souffrir intensément de voir le proche aimé souffrir et trouver dans le suicide assisté ou l'euthanasie, un soulagement pour lui comme pour eux-mêmes, tout en se retrouvant fortement fragilisés par cette mort et le deuil qui suit.

6. Quelques illustrations : euthanasie validée pour cause de maladie d'Alzheimer à un stade précoce (Belgique 2008), de traumatisme psychique persistant (Belgique 2022), euthanasie d'un détenu paraplégique avant son procès (Espagne 2022), suppression du critère de « mort raisonnablement prévisible » (Canada, 2021), extension aux maladies psychiques (Canada, 2024), etc.

7. L'avis se contente, de manière abstraite, d'ériger comme condition sine qua non la nécessité de mener « une analyse précise des demandes d'aide active à mourir, afin d'évaluer leur motivation et leurs impacts sur les proches et sur l'ensemble de la société, en France mais aussi dans les pays où cette aide est autorisée » (p. 38). Cette préconisation apparaît insuffisante au regard des risques sociaux, psychologiques et familiaux que la fin de vie d'un proche, et particulièrement ce type de décision, peut provoquer. Lire sur ce sujet : <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/euthanasie-pour-les-proches-il-s-agit-de-deuils-a-haut-risque-20210409>

Ces tiraillements intérieurs, dont chacun a pu faire l'expérience, seraient décuplés dans le cadre de décisions de fin de vie : la personne désignée comme « personne de confiance » peut, elle aussi, être durement éprouvée par une décision de fin de vie, surtout si elle a été consultée et qu'elle a le sentiment d'avoir orienté la décision⁸. De même, cette décision étant susceptible d'impliquer plusieurs proches (conjoint, enfants, cousins, voisins, collègues, etc.) dont le vécu et les valeurs ne sont pas homogènes, elle peut conduire à un deuxième niveau d'arbitrages ou de conflits de dimension plus systémique⁹.

C'est pourquoi il convient en particulier de s'assurer qu'une éventuelle décision d'aide médicale à mourir ne puisse être la résultante des projections et tensions subies par les proches. Par exemple, dans le cas de résidents aux troubles neurodégénératifs prégnants, les familles pourraient réclamer une aide médicale à mourir au motif que le patient aurait un jour exprimé un tel désir (« *toute sa vie (de bien portant), il m'a dit que s'il était atteint un jour d'Alzheimer...* »), projetant possiblement en cela leur propre souffrance de proches, alors même que la personne concernée n'est plus en mesure d'actualiser son souhait¹⁰.

De ce fait, la souffrance morale des proches des personnes en situation de fin de vie tient une place déterminante et complexe dans toute décision qui conduit à la mort – qu'il s'agisse d'un arrêt ou limitation de traitement ou d'une aide active à mourir.

Cela oblige la société et le corps médical à :

- ⊗ Rechercher si la demande du patient ne serait pas seulement motivée par le souci de préserver ses proches¹¹ ;
- ⊗ Prendre en compte les souffrances des proches dans leurs ambivalences et leurs ambiguïtés et prendre soin d'eux avec des actions de soutien et d'accompagnement adaptées ;
- ⊗ Continuer à limiter la responsabilité des proches au fait de « porter témoignage » sans pouvoir être décisionnaire.

C Le risque de dénaturer l'acte de soin, et par extension, les métiers du soin et de l'accompagnement

Le traitement, essentiellement sous l'angle médical, du sujet de l'aide active à mourir, implique de fait les professionnels de santé. Pour ceux-ci, une évolution de la loi peut déboucher sur trois niveaux de pratiques, plus ou moins aisément acceptables au regard de la déontologie propre aux professions de santé :

- ⊗ Un premier niveau consisterait à autoriser seulement la *prescription* par un professionnel de santé d'un produit létal à des personnes dont le pronostic vital est engagé à moyen terme¹², et à leur demande, dans le but de leur permettre de hâter elles-mêmes une *mort prévisible* (« suicide assisté » modèle de l'Oregon ou de la Suisse) ;
- ⊗ Un deuxième consisterait à autoriser l'*administration* par un professionnel de santé d'un produit létal à des personnes dont le pronostic vital est engagé à moyen terme, et à leur demande (actuelle ou anticipée), dans le but de hâter une *mort prévisible* (« euthanasie » modèle du Pays-Bas) ;
- ⊗ Un troisième consisterait à autoriser la prescription et/ou l'administration d'un produit létal à des personnes, à leur demande (actuelle ou anticipée), y compris dans le but de provoquer une mort non prévisible à court ou moyen terme (« aide médicale à mourir » modèle du Canada ou « euthanasie » modèle de la Belgique).

8. La loi Claeys-Léonetti de 2016 ne prévoit en tel cas de ne recueillir que son « témoignage » (a. L-1111-6 CSP).

9. Dans les propositions de loi sur la fin de vie de 2017 et de 2021, il avait été envisagé que le patient puisse désigner plusieurs personnes de confiance. Au prix d'une complexité et de potentialités de conflits décuplés.

10. A noter : les personnes évoquent plus volontiers leurs souhaits de fin de vie avec leurs proches (43%) qu'avec les professionnels de santé (13%). Sondage BVA, Les Français et la fin de vie, oct 2022.

11. Un motif mis en avant pour 85% des personnes. Sondage BVA, Les Français et la fin de vie, oct 2022.

12. Phase palliative ou de quelques semaines à quelque mois.

Et au-delà du seul champ palliatif, ils sont nombreux – infirmiers, psychologues et psychiatres, pédiatres, gériatres, etc. – à craindre que la légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté¹³ :

- ⊗ ne dénature leur vocation et leur mission reposant sur des valeurs, des compétences et des actes visant à la préservation de la vie ;
- ⊗ ne les expose à des injonctions paradoxales (entre accompagner la vie qui prend fin et abréger la vie) et à des pratiques aux conséquences psychologiques et morales imprévisibles, pour lesquelles ils ne bénéficient pas d'accompagnement adapté ;
- ⊗ n'abîme la relation soignante, la nécessaire confiance et l'alliance singulière sur laquelle elle repose ;
- ⊗ ne vienne les subordonner à la volonté de leurs patients et déconstruire l'équilibre toujours précaire de la relation soignante, en les réduisant à de simples exécuteurs de tâches décidées par autrui ;
- ⊗ ne s'accompagne d'une clause de conscience qui ne serait que théorique et fragile devant les réalités professionnelles des territoires ou les exigences des établissements, dans le contexte d'une pénurie médicale ;
- ⊗ ne soit dans les faits délégué aux autres professionnels de santé (IPA, infirmiers, pharmaciens, etc.), eux-mêmes en situation de fragilisation et de perte d'engagement ;
- ⊗ ne les expose à des conflits intra-familiaux et à des besoins de dialogue et de médiations qui ne font pas partie de leur métier et de leurs compétences ;
- ⊗ n'impacte leur vécu intime (aveu d'échec, poids moral, deuil, etc.), notamment quand ils ont avec le temps tissé des relations d'attachement avec les personnes, s'agissant notamment des résidents en EHPAD ou des personnes accompagnées à domicile ;
- ⊗ ne divisent les équipes pluridisciplinaires selon leurs opinions/convictions dans les établissements sanitaires ou médico-sociaux.

Notons toutefois que ces craintes ne se limitent pas à la seule question de l'aide active à mourir et peuvent se rencontrer dans toutes les décisions venant reconnaître la mort comme la seule issue (limitation et/ou arrêt des traitements actifs ou d'investigations, par exemple, dans un contexte d'obstination déraisonnable).

En revanche, il convient de souligner que :

- ⊗ L'absence de travaux scientifiques sur ces incidences dans les pays qui ont légalisé l'euthanasie depuis des années ne permet malheureusement pas d'objectiver les conséquences d'un possible changement de loi sur les professionnels impliqués dans les actes de fin de vie¹⁴.
- ⊗ Les conséquences sur la santé psychique et la motivation des soignants sont en tant que telles rarement intégrées dans la réflexion qui se limite le plus souvent à l'évocation d'une objection de conscience^{15 16}.
- ⊗ À l'heure où le système de santé connaît des tensions et une pénurie de soignants sans précédent, le législateur devrait prendre toutes les garanties pour que la légalisation ou la dépénalisation de l'aide à mourir ne vienne pas fragiliser davantage le corps soignant au préjudice des besoins de l'ensemble du reste du système de santé.
- ⊗ Il en est de même pour certains métiers très exposés du social et de l'accompagnement (animateurs en EHPAD, éducateurs spécialisés, auxiliaires de vie, assistantes sociales...) devenus indispensables à la préservation d'une vie sociale et solidaire des personnes les plus vulnérables. Ces professionnels sont souvent amenés à tisser des liens forts avec les patients et les familles et sont en risque d'être impactés par des demandes d'aide active à mourir pour lesquelles ils ne sont ni formés, ni soutenus.

13. Illustration : la tribune « Donner la mort peut-il être considéré comme un soin ? Réflexions éthiques interprofessionnelles sur les perspectives de légalisation de l'assistance au suicide et de l'euthanasie et leurs impacts possibles sur les pratiques soignantes » de 14 associations qui représenteraient 800 000 soignants, publié en février 2023.

14. Relevons, par ailleurs, que les professionnels de santé (hospitalier, médico-social, domicile...), hormis ceux de soins palliatifs, ne disposent généralement pas des ressources (compétences professionnelles, encadrement) pour accompagner le cas échéant la fin de vie et faire face à ses conséquences (suivi psychologique, groupes de parole, analyse de pratiques, suivi de deuil, etc.), tout particulièrement les professionnels exerçant en libéral ou dans des petites structures.

15. Recommandation n°19 du CCNE (avis n°139) mais non détaillée dans les précautions éthiques qui devraient l'accompagner. A cet égard, le CCNE ne se prononce pas sur les risques encourus par les soignants.

16. Institut Européen de Bioéthique : "Belgique : les médecins plus réticents à pratiquer l'euthanasie" article du 10/06/2021.



RECOMMANDATIONS POUR UN MODÈLE FRANÇAIS SOLIDAIRE DE LA FIN DE VIE

1 Promouvoir et prioriser l'« aide à une vie désirable jusqu'au bout » des personnes les plus vulnérables et inscrire l'aide active à mourir comme solution d'exception

Les personnes les plus vulnérables apparaissent particulièrement exposées au risque d'une demande d'aide active à mourir pour « faute d'une réelle inclusion », car tenant moins à l'expression réelle de leur libre-arbitre qu'à la précarité des conditions que la société leur réserve : insuffisance des moyens humains et matériels du secteur sanitaire et médico-social, moindre accès aux soins, invisibilisation ou stigmatisation sociale, personnalisation insuffisante des accompagnements en institution et à domicile, risque d'isolement, trop faible acculturation à l'expression de leur libre-choix, etc.

À ce titre, la légalisation ou dépénalisation d'une aide active à mourir ne semble éthiquement justifiable qu'aux conditions suivantes :

- Que tous les lieux où les personnes particulièrement vulnérables vivent au quotidien (EHPAD, FAM, MAS, résidences, foyers, etc.) ou les structures qui les prennent en charge à leur domicile (HAD, Services Autonomie, Structures d'aides à la personne ...) soient organisés autour d'objectifs prioritaires mesurables et budgétés de préservation d'une vie désirable jusqu'au bout ;
- Que tous les lieux de soins (hôpital, SSR, urgences, réanimation) et de vie (EHPAD, FAM, MAS...) où des personnes sont parfois amenées à mourir soient activement incités et soutenus pour y introduire et y développer la culture et des compétences en soins palliatifs ;
- Que soit, en toute situation de demande, investiguées l'ambiguïté (incertitude) et l'ambivalence (contradictions) du désir de mourir, en s'assurant de la cause réelle de cette demande, et en tentant, le cas échéant, d'y répondre par des solutions plurielles (lutte contre l'isolement, meilleur accès aux soins médicaux, aux soins de confort et aux soins palliatifs, etc.) ;
- Que les personnes les plus vulnérables puissent être protégées, y compris de la violence qu'elles pourraient commettre à leur propre endroit (au même titre que des personnes au jugement altéré, dépressives ou à tendances suicidaires) et que la réponse soit en toute circonstance l'amélioration de ces conditions de vie et non le recours à la contention ou à la privation de droits.
- Que ni l'âge ni des conditions dégradées de vie ne puissent constituer, en droit ou en fait, des critères socialement admissibles pour accéder à une aide active à mourir.



RECOMMANDATIONS D' ACTIONS

Promouvoir l' « aide à une vie désirable jusqu'au bout »

- ① Inscrire les actions concourant à la préservation du désir de vivre dans les programmes de l'action sociale des collectivités territoriales et dans les procédures d'accréditation et de certification des établissements de santé et médico-sociaux en favorisant les prises en charge palliatives reconnaissant la mort comme un processus naturel.
- ② Évaluer les établissements de santé et médico-sociaux sur des critères de préservation effective et évaluable de l'état de santé globale (physique, psychique, sociale et spirituelle¹⁷) de leurs patients et résidents.
- ③ Intégrer les souhaits de fin de vie dans le « Projet d'Accompagnement Personnalisé » et le « projet de soins » de chaque personne accompagnée en établissement ou service médico-social.
- ④ Favoriser explicitement le bénévolat en faveur de l'« aide à une vie désirable jusqu'au bout » en particulier pour les personnes âgées isolées vivant à domicile.
- ⑤ Développer la lutte contre l'isolement social¹⁸.
- ⑥ Lier une évolution du cadre légal à une accentuation de la politique de prévention des risques suicidaires :
 - ⓐ Faire de la lutte contre la détérioration de la santé mentale une priorité nationale et déployer à l'échelon national les ressources qui font défaut, notamment en matière psychiatrique.
 - ⓑ Multiplier et mieux faire connaître les ressources d'écoute professionnelles et bénévoles (permanences, lignes d'appels téléphonique, plateformes chat, ressources en ligne, etc.).

S'imposer un cadre légal restreint et contraignant dans le temps

- ⑦ Garantir par un moyen légal approprié la meilleure robustesse possible des limites et critères posés (définition de la fin de vie, de la souffrance, etc.) afin de prévenir et limiter les risques de glissement du périmètre.
- ⑧ Limiter l'aide active à mourir aux personnes atteintes de maladies incurables, avec un pronostic vital engagé à moyen terme¹⁹, en reprenant le cadre législatif très précis de l'accès à la sédation profonde et continue votée dans la loi Leonetti-Claeys, qui pourrait être complété ainsi :
 - ⓐ Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à moyen terme présente une souffrance physique réfractaire aux traitements ;
 - ⓑ Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à moyen terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.
 - ⓒ Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci pourrait appliquer en fonction des circonstances singulières une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie ou en alternative une aide active à mourir (euthanasie).

17. Définition de la SFAP de 1996 et de l'OMS de 2002 relatives à la fin de vie.

18. Baromètre solitude et isolement des personnes âgées en France en 2021, Petits Frères des Pauvres : 530 000 personnes âgées en situation de mort sociale.

19. Phase palliative ou de quelques semaines à quelques mois.

-
- ⑨ Poser, suivant le modèle de révision des lois de bioéthique²⁰ une procédure contraignante de révision ou d'extension de la loi (critères cumulatifs) :
- Ⓐ Fixer un délai avant révision (5 ans) prévoyant la procédure d'évaluation indépendante et approfondie,
 - Ⓑ Conditionner cette révision à :
 - un développement accru, effectif et durable des soins et de la culture palliative dans une vision extensive médicale et sociale (objectifs quantifiés) ;
 - au renforcement de la formation initiale sur la médecine palliative dans les études médicales et para médicales ;
 - aux retours d'expériences qualitatifs et aux données statistiques et démographiques sur les pratiques palliatives (incluant les sédations profondes) mais aussi sur les éventuelles actions d'aide médicales à mourir.
 - Ⓒ Associer obligatoirement le CCNE à toute évolution de la loi.
-

Promouvoir des perspectives alternatives et capacitaires sur la vulnérabilité

- ⑩ Déstigmatiser les situations de vulnérabilité diverses, incluant la fin de vie, en produisant des campagnes répétées de communication, à l'initiative des pouvoirs publics ou de la société civile, autour de témoignages et traversées constructives, mettant en évidence les ressources individuelles et collectives pouvant être générées et mobilisées.
- ⑪ Promouvoir une approche générale des vulnérabilités (maladie, handicap, aidance familiale, chômage, etc.) valorisant les « savoirs expérientiels » générés (*hard et soft skills*) comme source de compétences, de talents, de qualité d'innovation et d'adaptation²¹ afin de lutter contre les risques d'auto-dévalorisation pouvant abimer le désir de vivre et de soutenir autrement les politiques d'inclusion.
- ⑫ Institutionnaliser les méthodologies de la pair aidance²² (l'expertise et le témoignage des personnes vulnérables pour soutenir et conforter d'autres personnes vulnérables).
-

② Veiller au soutien des proches et de l'entourage avant et après le décès

Si la légalisation ou la dépénalisation d'une aide active à mourir a pour objectif de soulager les personnes vulnérables de souffrances excessives, elle ne saurait avoir pour conséquence de générer d'autres formes de vulnérabilité ou de souffrance par ricochet. Les équilibres familiaux, les proches, et particulièrement les proches-aidants, directement impliqués, peuvent ainsi être exposés à des risques de fragilisation qui doivent être anticipés.

20. Dont la fin de vie est un des aspects ayant déjà fait en avril 2018 l'objet d'une mini convention citoyenne dans le cadre de la révision des lois de bioéthique.

21. Enquête « Aidance et compétences en emploi » (AG2R, Cercle CV&S, AFA et CNDIFF, 2020-2024)

22. Note du Cercle Vulnérabilités et Société, « La pair-aidance, une innovation managériale au service des organisations durables », mai 2023.



RECOMMANDATIONS D' ACTIONS

Lever le tabou qui pèse sur la mort

- ⑬ Lancer, sous l'égide du Centre National des soins palliatifs et de la fin de vie, des programmes pédagogiques pour remettre la fin de vie, la mort et le deuil au centre de la cité et former, informer et mieux soutenir les citoyens à ce qui constitue une expérience inévitable dans une vie :
- ① À l'école, dans une approche transdisciplinaire (histoire, art, littérature, biologie, science, humanités, philosophie, etc.),
 - ② Et dans le monde du travail, par une meilleure intégration de la question de la maladie grave, des aidants familiaux, du deuil des collègues...
-

Soutenir activement les proches d'une personne en fin de vie

- ⑭ Construire et proposer obligatoirement des programmes de soutien et d'accompagnement des proches d'une personne en fin de vie (annoncés dans la loi du 9 juin 1999), en risque suicidaire ou en situation d'aide active à mourir. Y associer les représentants des divers cultes sur demande des personnes concernées²³ ;
- ⑮ Prendre explicitement en compte la question et l'expérience des proches dans la réflexion éthique sur la fin de vie (CCNE, comités éthiques d'établissements, Espaces régionaux de réflexion éthique), voire en les y associant concrètement²⁴ ;
-

Initier une politique publique de santé et de solidarité en faveur de la préparation et de la traversée du deuil

- ⑯ Reconnaître et inscrire le deuil comme un des éléments constitutifs de la problématique globale de la fin de vie dont il demeure à ce jour toujours absent.
- ① Développer la recherche universitaire et la formation des professionnels de la santé et du travail social sur le deuil.
 - ② Développer les ressources d'accompagnement en physique (associations, cafés deuil...) et à distance (chat, visio-conférence, etc.)
- ⑰ Dans le prolongement de la politique en faveur des aidants et des salariés-aidants :
- ① Documenter l'impact des conditions de la fin de vie sur le vécu du deuil des proches (vie privée, sociale et professionnelle) ;
 - ② Évaluer les conséquences sanitaires, sociales, professionnelles et économiques de ces deuils.
-

23. 44% des Français déclarent croire en Dieu (IFOP 2023).

24. Ne pas confondre réflexion éthique et décisions de fin de vie.

3 Préserver les acteurs du système de santé et du système social

À l'heure où les professions de santé, indispensables au bon fonctionnement du système de santé, sont en nombre insuffisant, en situation de souffrance aiguë ou chronique et en état de forte démobilité²⁵, il existe un risque élevé de fragilisation des personnels dont la vocation et la mission sont de prendre soin des personnes les plus vulnérables et non de provoquer leur mort.

À ce titre :

- L'évolution du cadre légal devrait veiller à ne pas fragiliser les motivations des médecins, des soignants et des professionnels du soin les plus exposés (psychologues, assistants sociaux, éducateurs spécialisés, auxiliaires de vie, animateurs, psychomotriciens, ergothérapeutes, etc.), dans le champ médico-social et social et dans tous les lieux exposés à la fin de vie (hôpital, clinique, FAM, MAS, EHPAD, domicile, etc.), alors que leur concours s'avère indispensable à la préservation de la santé globale des personnes.
- Au contraire, les acteurs concernés devront être soutenus, en leur permettant d'être formés, accompagnés et aidés avec les meilleures ressources professionnelles et humaines, en volume et en qualité.



RECOMMANDATIONS D' ACTIONS

Concernant le cadre légal et juridique

- 18) Prévoir un dispositif externe d'évaluation des aides actives à mourir effectuées en veillant à l'indépendance et à la totale impartialité des membres et de la procédure²⁶.
- 19) Sanctuariser l'objection de conscience, en protégeant les professionnels qui l'invoqueraient de toutes pressions insidieuses liées à des orientations idéologiques divergentes ou à une pénurie de main d'œuvre, ainsi que de toutes mesures intimidantes ou pénalisantes et de leurs effets (restrictions d'accès à la formation ou à des promotions, mutations, etc.). Cette objection de conscience peut être invoquée à tout moment du parcours médical conduisant à une aide active à mourir.
- 20) Conférer la responsabilité d'autoriser a priori un suicide assisté ou une euthanasie, non aux médecins seuls, mais à une formation collégiale au sein d'une instance judiciaire ad hoc, adaptée à ces situations intimes, dans une procédure dédiée et bénéficiant du huis clos et de la rapidité de traitement nécessaire en de telles circonstances, ayant l'obligation de prendre en compte l'ensemble des paramètres de la demande débordant le cadre de la santé médicale et le champ d'analyse du seul médecin expert²⁷.

Concernant la commission de l'acte euthanasique ou de suicide assisté

- 21) Permettre le recours à des équipes mobiles qualifiées en matière d'accompagnement de fin de vie au niveau du département ou du territoire, en garantissant qu'elles puissent bénéficier d'un accompagnement spécifique (formation, groupes de paroles, analyses de pratiques, supervision individuelle si nécessaire). D'une manière générale, prévoir pour tout professionnel impliqué dans une aide active à mourir la possibilité de bénéficier d'un accompagnement psychologique individuel ou collectif, avant, pendant et après.

25. Situation analysée dans l'étude et la note du Cercle Vulnérabilités et Société « Attractivité des métiers du grand âge » et « Attractivité des métiers du care », 2022

26. Les expériences étrangères montrent que confier à une commission d'experts le rôle d'appréciation a posteriori d'actes à visée létale introduit des biais nombreux (composition de la commission, non impartialité, tentations de validation des actes a posteriori, insuffisance de moyens ou d'indépendance, etc.).

27. Notre organisation juridique est articulée sur la complémentarité entre la fonction législative, qui pose les principes, et la fonction judiciaire, qui apprécie les circonstances. Elle permet à des juges de valider ou d'invalider ex-post le jugement porté sur les circonstances particulières qui peuvent conduire des personnes à déroger à la loi, annulant au cas par cas, de façon circonstancielle et jamais principielle, la portée de l'interdit. Passer d'une logique de l'appréciation ex-post pouvant conduire à une exemption de culpabilité à une exception a priori légale au principe juridique de l'interdit ne serait pas sans incidences sur les équilibres fragiles du système juridique et sur la capacité à prendre les décisions les plus justes.

4 Garantir le développement d'une culture palliative globale, pour tous et partout

Dans un contexte d'inégalités territoriales majeures dans l'accès aux soins palliatifs, et d'acculturation encore trop faible de l'ensemble des professionnels aux soins palliatifs, ce qui est désormais établi et reconnu, l'essentiel des situations de fin de vie est encore accompagné sans apport des soins palliatifs dans des lieux très divers, par des personnels qui n'ont pas un niveau de formation suffisant²⁸.

En ce sens, et au-delà de l'idée d'un droit opposable (droit-créance) en matière de soins palliatifs exprimée par la Convention citoyenne, il apparaît nécessaire de généraliser une mission universelle d'accompagnement de la fin de vie, intégrant l'aide active à mourir dans une exception sociétale.

Cela implique, ainsi qu'il l'a déjà été abondamment et unanimement souligné, de développer, prioriser et de pérenniser les soins palliatifs, et de favoriser plus amplement leur essaimage dans l'ensemble du système de santé. Il s'agit ainsi de faire en sorte que tout professionnel susceptible d'être en lien avec une personne en fin de vie dispose du bagage minimal pour accompagner techniquement et humainement ce moment universel.

Sans détailler de façon exhaustive l'ensemble des mesures nécessaires, qu'ont déjà mis en avant le dernier rapport de l'IGAS ou l'avis du CCNE, le Cercle Vulnérabilités et Société souhaite insister sur deux volets :

- L'acculturation renforcée du secteur médico-social et des professionnels du domicile aux accompagnements palliatifs,
- Et le nécessaire essaimage sociétal (et non seulement médical) de la culture palliative.



RECOMMANDATIONS D' ACTIONS

Accompagner les secteurs du médico-social et du domicile pour renforcer la culture palliative

- ②② Formaliser et organiser des parcours de fin de vie, associant l'ensemble des lieux et services susceptibles d'être impliqués (hôpital, urgences, réanimation, services curatifs, soins palliatifs, HAD), en minimisant les transferts, surtout dans les derniers jours.
- ②③ Inscrire explicitement l'accompagnement à la fin de vie dans la mission et les projets des services et établissements médico-sociaux, en particulier pour l'accompagnement de fin de vie des personnes atteintes de troubles cognitifs (50 à 70% des résidents d'EHPAD).
- ②④ Promouvoir au sein des établissements médico-sociaux une culture de la réflexion et de la prise de décision collégiale mieux à même de répondre aux situations singulières et subtiles de la fin de vie, en formalisant l'importance d'une approche collaborative au sein d'un guide de bonnes pratiques.
- ②⑤ Dépasser le modèle de la pluridisciplinarité (juxtaposition de spécialités) et promouvoir une culture du travail en interdisciplinarité (passerelles transversales débordant le champ soignant). Former les personnels au travail interdisciplinaire en situation d'incertitude et aux fondamentaux de la réflexion éthique, notamment l'éthique du *care* et de l'accompagnement.

28.CNSPFV, "Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France" troisième édition - 2023.

②6 Intégrer une section consacrée à la fin de vie et au décès dès l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé, et l'actualiser constamment en fonction des souhaits du résident²⁹.

②7 Disposer, dans chaque établissement et service médico-social, d'un nombre suffisant de professionnels formés à des soins palliatifs globaux de 1^{er} niveau et à l'accompagnement, ainsi que d'un référent « accompagnement de la fin de vie », en leur permettant l'accès aux lieux de réflexivité (groupe d'analyse de pratique, comité d'éthique, revue de mortalité et de morbidité,...).

Pour une culture globale des soins palliatifs, essaissant dans l'ensemble de la société

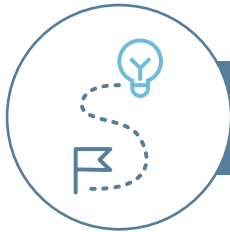
②8 Garantir des soins palliatifs Précoces Partout et Pour tous et Par tous (SP4P) – s'agissant d'une clinique mais aussi d'une culture – pour le soulagement des douleurs et l'accompagnement dès l'annonce de la maladie grave et même en situation de possible guérison (alors même que ce maillage n'a toujours pas pu être réalisé en 20 ans d'existence).

②9 Prévoir une campagne de communication nationale autour de l'idée que « la fin de vie est l'affaire de tous », valorisant la culture et les soins palliatifs, les sortant du cadre médical dans lequel ils sont devenus enfermés pour les remettre dans la cité, en faisant prévaloir leur dimension globale (y compris psychologique, sociale et spirituelle) et systémique, à travers la pluralité de leurs acteurs professionnels et non professionnels, tous secteurs concernés.

③0 Offrir aux proches aidants et aux bénévoles des formations aux « derniers secours »³⁰.

29. Cf. objectif n°4 « Promouvoir la décision collégiale et la réflexion éthique » dans « Fin de vie en Ehpad : de l'hébergement à l'accompagnement » (2020) : <https://www.vulnerabilites-societe.fr/note-de-position-fin-de-vie-en-ehpad-de-lhebergement-a-laccompagnement/>

30. <https://www.derniers-secours.fr>



SYNTHÈSE & PERSPECTIVES

La réflexion sur l'évolution du cadre légal autour de la fin de vie est ordinairement focalisée sur, d'une part, des patients considérés comme en « fin de vie », et d'autre part, des médecins considérés à la fois comme juges-experts et comme prestataires. C'est le cadre de réflexion qui a toujours été retenu dans les législations auxquelles on se réfère (Pays-Bas, Belgique, Suisse, USA, Canada, etc.) et qui ont porté sur l'ajout d'un droit ou d'une mesure de dépénalisation reposant sur une modification ciblée du code de la santé publique ou du code pénal.

La présente note a cherché à montrer que le périmètre fondamentalement incertain et instable de l'aide active à mourir est considérablement plus vaste que la dyade patient-médecin, ne serait-ce que parce que cette réflexion concerne et implique également :

- ⊗ Les personnes vulnérables non considérées comme « en fin de vie », que l'altération de leur état de santé global ou la dégradation de leurs conditions de vie peuvent cependant pousser à demander à mourir plutôt que de continuer à vivre d'une manière qu'elles ressentent comme indigne ou insupportable, en l'absence de réponse médicale et/ou sociale adaptée ;
- ⊗ Leurs proches qui sont à ce jour souvent négligés dans cette réflexion, cantonnés au rôle légal de « témoins » ou de victimes collatérales, alors qu'ils sont eux-mêmes la proie de profondes ambivalences et immédiatement exposés aux conditions et conséquences de la fin de vie de la personne qu'ils ont à accompagner, avant, pendant et jusqu'après son décès ;
- ⊗ L'ensemble des professionnels de santé, mais également du secteur social et médico-social, dont on connaît l'érosion des motivations et le degré accru de fragilisation, et qui pourraient subir les conséquences professionnelles et morales d'une dérive de la mise en pratique de l'aide active à mourir, ce qui pourrait se révéler in fine préjudiciable au système de santé tout entier.

De manière immédiate, et dans la perspective d'une évolution du cadre légal actuel sur la fin de vie, **le Cercle Vulnérabilités et Société recommande prioritairement** de :

- ① Consacrer des principes structurants : primauté de la volonté libre et éclairée du sujet, interdiction de l'obstination déraisonnable, exceptionnalité de l'aide médicale à mourir ;
- ② Garantir l'accès aux droits déjà existants, mais encore méconnus et insuffisamment suivis d'effets (loi sur les soins palliatifs de 1999, sur les droits des patients de 2002, sur la fin de vie de 2005 et 2016) ;
- ③ Garantir des soins palliatifs effectifs Précoces Partout et Pour tous et Par tous (SP4P) ;
- ④ Limiter l'aide active à mourir aux personnes atteintes de maladies incurables, avec un pronostic vital engagé à moyen terme et aux souffrances physiques réfractaires, s'appuyant sur les indications de la sédation profonde et continue jusqu'au décès ;
- ⑤ Conférer la responsabilité d'autoriser a priori un suicide assisté ou une euthanasie, non aux médecins seuls, mais à une formation collégiale au sein d'une instance judiciaire ad hoc ;
- ⑥ Sanctuariser l'objection de conscience, en protégeant les professionnels qui l'invoqueraient de toutes pressions insidieuses ;
- ⑦ Garantir, par un moyen légal approprié, la meilleure robustesse possible des limites et critères posés afin de prévenir et limiter les risques de glissement du périmètre fixé par la loi.
- ⑧ Poser, suivant le modèle de révision des lois de bioéthique une procédure contraignante de révision ou d'extension de la loi.

Pour autant, la recherche d'un modèle français de la fin de vie impose de dépasser les modèles existants pour prendre en considération l'ensemble des causes et conséquences prévisibles dans une approche plus globale et systémique.

Légiférer sur les seuls aspects sanitaires, éthiques et juridiques de la fin de vie (comme cela l'a été fait dans les autres pays) en oubliant l'amélioration des conditions de vie - dont la détérioration pourrait conduire à préférer provoquer la mort - reviendrait à régler les conséquences du problème sans en régler les causes.

C'est pourquoi, et de manière indissociable aux mesures spécifiques relatives aux situations médicales de fin de vie qui seront retenues par le législateur, le Cercle Vulnérabilités et Société recommande a minima de :

- ① Développer la lutte contre l'isolement social et accentuer la politique de prévention des risques suicidaires ;
- ② Soutenir activement les personnes vulnérables en inscrivant notamment les actions concourant à la préservation du désir de vivre (programmes de l'action sociale des collectivités territoriales, procédures de certification des établissements de santé et médico-sociaux...) ;
- ③ Institutionnaliser la pair aide ;
- ④ Soutenir activement les proches d'une personne en fin de vie ou en situation suicidaire ou d'aide active à mourir ;
- ⑤ Promouvoir une approche générale des vulnérabilités (maladie, handicap, aide, chômage, etc.) humainement et socialement valorisante comme source d'adaptabilité, de socialité et d'innovation ;
- ⑥ Lancer des programmes d'actions pédagogiques pour remettre la fin de vie, la mort et le deuil au centre de la cité (école, travail) ;
- ⑦ Reconnaître et inscrire le deuil comme un des éléments constitutifs de la problématique globale de la fin de vie.

Sans cela, la légalisation ou la dépénalisation d'une aide active à mourir pourrait être perçue comme une variable d'ajustement palliant le manque de cohérence des politiques publiques et la pénurie de moyens techniques, humains ou financiers, que ce soit dans le domaine sanitaire, médico-social ou social. Elle ouvrirait alors la voie à une demande sociale d'extension du champ d'application et des situations relevant de l'aide active à mourir.

Le Cercle Vulnérabilités et Société conseille en conséquence d'inscrire cette question non pas dans la seule modification du droit de la santé ou du droit pénal, mais dans **une politique sociale plus ambitieuse d'« aide à une vie désirable jusqu'au bout » dont l'aide active à mourir demeurerait une modalité extrême et d'exception.**

Le modèle français de la fin de vie se distinguerait des autres en s'appuyant sur **un plan global d'accompagnement des vulnérabilités, incluant la fin de vie**, prenant en compte la santé globale, physique, psychologique, sociale et spirituelle des personnes dans ses exigences préventives et curatives, à travers la maladie chronique, le vieillissement, le handicap, l'isolement social, la précarité, et in fine la fin de vie et le deuil, impliquant les proches et l'ensemble des professionnels concernés ainsi que les structures sociales que sont l'école, la recherche, le monde du travail, les collectivités locales, l'aide sociale, le tissu associatif, etc.

Cette approche serait ainsi le point d'entrée d'une réflexion renouvelée sur les raisons individuelles de vivre, et collectives de vivre ensemble, et une opportunité de remettre au cœur du débat et de l'action politique les éléments structurants et motivants du pacte républicain.

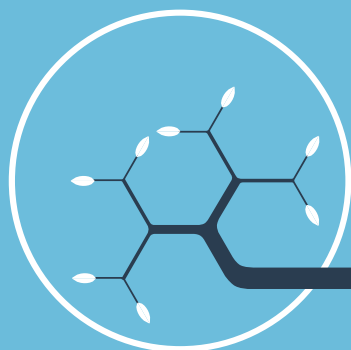


**DOCUMENT RÉDIGÉ PAR L'ÉQUIPE DU CERCLE VULNÉRABILITÉS ET SOCIÉTÉ
SUR LA BASE DE SES TRAVAUX ET RENCONTRES SUR LA THÉMATIQUE
DE LA FIN DE VIE ET DU DEUIL ET APRÈS CONSULTATION D'UN GROUPE
DE PROFESSIONNELS RASSEMBLANT :**

Par ordre alphabétique.

- ⊗ **Magali ASSOR**, Cheffe de projet réflexion éthique et lutte contre les matraiment
- ⊗ **Loïc BERTRAND**, Fondateur, Khors
- ⊗ **Sophie BOISSARD**, Directrice générale, Clariane
- ⊗ **Dominique BOURGINE**, Président, Adef Résidences
- ⊗ **Dr Élise CHARTIER**, Médecin de soins palliatifs, Maison de Santé de Bordeaux Bagatelle
- ⊗ **Jean-François DUFRESNE**, Président, Vivre et Travailler Autrement
- ⊗ **Sylvie DUPONT**, Directrice adjointe de programmes, Fondation Armée du Salut
- ⊗ **Catherine FRANC**, Cofondatrice, CoActis Santé
- ⊗ **Éric FREGONA**, Directeur adjoint, AD-PA
- ⊗ **Françoise FROMAGEAU**, Vice-présidente, Fondation Croix-Rouge française
- ⊗ **Dr Monique GIRARD**, Directeur médical, Colisée
- ⊗ **Christine JEANDEL**, Présidente, Colisée
- ⊗ **Dr Éric KARIGER**, Directeur éthique et médical, Maisons de Famille
- ⊗ **Laure de LA BRETÈCHE**, Présidente, Arpavie
- ⊗ **Dominique MONNERON**, Délégué aux relations institutionnelles, Fondation Partage et Vie
- ⊗ **Chantal NOEL**, Administratrice, Association Chemins d'Espérance
- ⊗ **Véronique de PRACOMTAL**, Vice-présidente, l'Arche en France
- ⊗ **Thibault de SAINT-BLANCARD**, Cofondateur, Alenvi
- ⊗ **Victor SEBAG**, Fondateur et directeur général, OuiHelp
- ⊗ **Dominique THIRRY**, Fondatrice, Juris Santé
- ⊗ **Dr Nicolas VILLENET**, Conseiller médical, FEHAP

Note de position publiée et diffusée en juin 2023.



Cercle Vulnérabilités et Société

www.vulnerabilites-societe.fr

Contact : team@vulnerabilites-societe.fr

Suivez-nous sur   

Les structures membres du Cercle Vulnérabilités et Société,
engagées dans la réflexion et l'action pour *faire de la vulnérabilité une force !*



LA PRÉSENTE NOTE DE POSITION N'ENGAGE PAS INDIVIDUELLEMENT CHAQUE MEMBRE DU CERCLE V&S