

Conclusion: «si la loi évoluait vers une aide médicale à mourir» - V. Perrin

Mesures et garde-fous	objectif
Combattre plus activement l'obstination déraisonnable	Combien de personnes se «prennent un mur trop tard»
Suicide assisté avec cadre strict et immuable (patient apte au discernement, ne subissant pas de pression, fin de vie proche, symptômes réfractaires, délais suffisant entre signature des documents et l'acte...) +/- Suicide «techniquement» assisté si inaptitude fonctionnelle?	Éviter les dérives et les jurisprudences qui rendent caduques les garde-fous de la 1 ^{ère} loi
Une commission sur le modèle des comités d'éthique	Garantir un débat
Interdiction d'incitation par un soignant + obligation de 2 ^e avis (palliatif?)	Éviter le risque de pression
Base de formation en soins palliatifs pour tous les membres de la commission	Que tout le monde connaisse les options
Une commission ayant un rôle de contrôle des procédures avant et après	gestion FEI, accompagnement des effecteurs
Des «effecteurs» ayant une base de formation en SP et habitués aux LAT	Que l'effecteur connaisse les autres options
Des «effecteurs» bénéficiant d'une évaluation psychologique préalable Puis d'une supervision psychologique régulière obligatoire	Protéger les personnes acceptant de «faire»
Des «effecteurs» possédant à tout moment un droit de retrait	Protéger l'effecteur de la notion de «devoir continuer»
Des «effecteurs» autorisés à «pratiquer» maximum 6 mois tous les 2 ans	Éviter de galvauder l'acte
À domicile de préférence, sauf exceptions cadrées	Éviter de transformer des lieux de soins en lieu de suicide