

Proposition de loi n°2453 relative au droit à l'aide à mourir - Décryptage



1. Une confusion entre mort provoquée et relation de soin

A. L'intégration de la mort provoquée dans le champ du soin

- La proposition de loi inscrit un « Droit à l'aide à mourir » (euthanasie et suicide assisté) dans le **code de la santé publique**. En son article 3, elle prévoit même que l'aide à mourir soit intégrée à l'article L1110-5, au titre du « droit de recevoir les traitements et les soins les plus appropriés ».
- Or, les textes fondateurs sont explicites : « **Les actes médicaux sont des actes de prévention, d'investigation, de traitement et de soin** » (article L 1110-5 code de la santé publique) ; le code de déontologie médicale prévoit que « **Le médecin (...) n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort** » (Article R.4127-38 du code de la santé publique).
- La prescription et l'administration d'une substance létale poursuivent un objectif qui n'est ni thérapeutique ni préventif. **L'« aide à mourir » n'est donc pas un acte médical**. La proposition de loi entraîne une confusion préjudiciable à la cohérence des principes fondant la relation de soin.

B. Une forte implication des soignants et une coercition contraire à l'éthique du soin

- Le dispositif prévoit **une implication des soignants à chaque étape**, excluant la possibilité d'un contrat de confiance thérapeutique sans compromis avec l'administration de la mort provoquée.
- La **réalisation du geste létal** serait confiée à des médecins ou infirmiers si la personne "n'est pas physiquement en mesure de le faire" (art. 2 al. 6).
- La proposition de loi assure une clause de conscience personnelle mais elle prévoit que le responsable de l'établissement ou du service est « **tenu d'y permettre** » l'accès et l'intervention des professionnels de santé souhaitant pratiquer une procédure létale (art. 14 al. 6-8).
- Une telle **coercition sur les équipes** risque d'engendrer des **conflits internes et une déstabilisation des établissements et services** (notamment les services de soins palliatifs et EHPAD).
- De plus, « le professionnel de santé (...) doit, sans délai, leur **communiquer le nom de professionnels de santé** disposés à participer à la mise en œuvre de ces procédures » (art. 14 al. 5).
- Ainsi, **l'invocation de la clause de conscience conduit le soignant qui voudra la faire jouer à chercher des confrères accédant à cette demande**, ce qui est un facteur de complication.
- L'article 8 envisage de confier aux pharmaciens officinaux et hospitaliers la réalisation et la délivrance de produits létaux. Cette mission serait **une obligation légale et professionnelle pour les pharmaciens, excluant tout droit à l'objection de conscience de leur part**.

C. Un délit d'entrave qui menace la prise en charge des plus vulnérables

- La proposition prévoit un **délit d'entrave**, assorti de 30 000 euros d'amende et de deux ans d'emprisonnement, pour toute personne empêchant, tentant « d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur l'aide à mourir par tout moyen » (article 17). Cela signifie que l'accompagnement habituel des soignants visant à écouter et à trouver des alternatives permettant une meilleure qualité de vie, c'est-à-dire **tout ce qui consiste à prévenir la mort provoquée, serait délictueux**.
- Le « **délit d'entrave** » n'est pas conciliable avec la **non-assistance à personne en péril** ; les soignants, notamment les psychiatres, luttant contre la pathologie de désir de mort de certains patients seraient en infraction pour avoir « soigné ». **Ce délit constituerait une négation de la prévention du suicide, enjeu majeur de santé publique**.
- La création d'un tel délit d'entrave à « l'aide à mourir » conduit à un bouleversement en profondeur de la relation de soin. **Il viendrait menacer l'existence même de la prise en charge palliative qui est mobilisée face aux demandes de mort**.
- **Aucune législation étrangère n'a prévu de telles menaces sur la relation de soin.**

2. Des conditions d'accès à la mort provoquée larges et floues

A. Des critères qui ne répondent pas à des notions cliniquement fondées

Les conditions d'accès ne répondent à aucune définition clinique permettant d'assurer un encadrement rigoureux de l'éligibilité à l'« aide à mourir ».

- « **Affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause** » :
 - Appartiennent à ce champ **un grand nombre d'affections dont les ALD** touchant 13,8 millions de personnes (IGAS-IGF, 2024).
- « **qui engage le pronostic vital** » :
 - L'**absence d'horizon temporel prive ce critère de toute portée**.
- « **en phase avancée** » :
 - La Haute autorité de santé (avis du 30 avril 2025) rappelle l'**"impossibilité de définir objectivement un pronostic temporel à l'échelle individuelle"**, en raison de la fiabilité insuffisante à l'échelle individuelle, de la singularité de chaque situation et de biais subjectifs.
 - La notion retenue est donc **strictement subjective** : "l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'**aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie**" (article 4, alinéa 7).
- « **souffrance physique ou psychologique (...) insupportable selon la personne** » :
 - Aucune instance médicale ou juridique ne dispose d'outils pour objectiver **la notion de « souffrance insupportable », qui est strictement subjective**.
- « **Lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement** » :
 - **Le refus de traitement devient un critère d'éligibilité à la mort provoquée** : jusqu'à présent, le refus de traitement ne dispensait pas de la poursuite de l'accompagnement.
 - Concrètement, une personne souffrant d'une pathologie chronique ou évolutive, faisant valoir subjectivement une « souffrance insupportable » et choisissant de ne pas recevoir ou d'arrêter un traitement serait donc éligible à la mort provoquée.

Il ne s'agit pas de critères objectifs médicaux ou scientifiques mais de critères subjectifs laissant toute latitude à la personne de décider de demander la mort selon ce qu'elle pense de sa situation.

La proposition de loi vise donc à ouvrir largement un “droit à la mort” à des personnes qui ne sont pas en situation de fin de vie.

B. Des exceptions étendues : plus d'un million de personnes éligibles

Au regard des critères examinés plus haut, **les personnes atteintes de pathologies chroniques ou évolutives** pourraient théoriquement entrer dans le champ d'éligibilité de la mort provoquée.

- **Maladies neuroévolutives** :
 - 150 000 personnes atteintes de la maladie de Parkinson ;
 - 120 000 cas de sclérose en plaques ;
 - 7 500 patients atteints de sclérose latérale amyotrophique (SLA).
- **Pathologies cancéreuses** :
 - Plus de 450 000 patients atteints de cancers métastatiques, dont 150 000 décès annuels.
- **Maladies cardiovasculaires et métaboliques** :
 - 500 000 patients avec une insuffisance cardiaque ;
 - 120 000 patients diabétiques insulino-dépendants.
- **Pathologies respiratoires** :
 - 150 000 personnes souffrant d'insuffisance respiratoire chronique oxygénodépendante.
- **Insuffisance rénale terminale** :
 - 100 000 personnes dialysées en France, avec 10 000 nouveaux cas chaque année.

Ces estimations suggèrent que **plus d'un million de personnes pourraient, en théorie, être éligibles à une demande d'aide à mourir**.

L'article 4, dans sa rédaction actuelle, soulève des enjeux importants de faisabilité éthique, clinique et réglementaire, en l'absence d'une définition robuste des critères d'accès à l'« aide à mourir ».

C. Élargissement majeur en commission : la souffrance psychologique devient un des critères d'accès à l'aide à mourir

- Un amendement adopté en commission élargit l'éligibilité à l'aide à mourir, pour les patients atteints de maladie incurable, à la souffrance psychologique seule, y compris en l'absence de souffrance physique.
- La souffrance psychique est fréquente dans les maladies somatiques graves (cancer métastatique, maladies neurologiques évolutives, douleur chronique, perte d'autonomie).
- Autoriser l'aide à mourir sur le seul fondement d'une souffrance psychologique risque de rendre irréversible une situation de détresse qui, dans de nombreux cas, évolue favorablement lorsqu'un accompagnement adapté est mis en place (prise en charge psychiatrique ou psychothérapeutique, soins palliatifs précoces, traitement de la douleur, soutien spécialisé).
- "De fait, cette orientation place les parlementaires face à une tension difficile à tenir : affirmer la priorité de la prévention du suicide et, dans le même temps, rendre possible une mort provoquée sur le fondement d'une souffrance psychique qui accompagne très souvent la maladie somatique grave." (communiqué de la Société médico-psychologique, 5 février 2026).

3. Une procédure qui ne garantit pas la protection des plus vulnérables

A. Une procédure à haut risque, aux garanties faibles et aux délais expéditifs

- La procédure prévue par l'article 6 ne présente pas les garanties nécessaires:
 - Le médecin consultant peut ne pas examiner la personne "s'il ne l'estime pas nécessaire";
 - L'auxiliaire médical consulté peut ne pas connaître la personne ("à défaut, un autre");
 - La consultation d'autres professionnels est facultative ("peut convier" d'autres professionnels);
 - Le recueil de l'avis de la personne de confiance n'est pas obligatoire;
 - L'équipe de soins et le médecin traitant ne sont pas nécessairement consultés.
- Le médecin doit statuer dans un délai maximal de 15 jours (art. 6 al. 13). Ces délais sont très inférieurs aux standards internationaux : 3 mois en Autriche, 1 mois en Belgique, 90 jours au Canada.
- Le délai de réflexion est de 48 heures, un délai plus court que pour des actes de la vie courante autrement moins engageants (14 jours pour un crédit à la consommation).
- La loi permet l'acte létal en hôpital, en EHPAD, à domicile, voire partout ailleurs, hors voie publique et espace publics (art. 7 al 4). Ce large éventail de lieux (plus large que toutes les législations étrangères hormis le Québec) expose à des risques majeurs - dérives commerciales notamment).

B. L'absence de prise en charge adaptée préalablement à la procédure létale

- La simple possibilité de proposer à la personne de « l'orienter vers un psychologue clinicien ou un psychiatre » (art. 5 al. 11) affaiblit considérablement les garanties d'un consentement libre et éclairé.
- De même, le médecin devrait "informe[r] la personne qu'elle peut bénéficier de l'accompagnement et des soins palliatifs". Cette proposition reste toute théorique quand on sait le déficit d'offre palliative en France (500 personnes meurent chaque jour sans y avoir accès).

C. Un contrôle a minima qui ne pourra pas prévenir les abus

- Aucun dispositif de contrôle a priori n'est prévu. Le contrôle de la commission s'exercera a posteriori, à partir des informations communiquées par le médecin (art. 15). Ce modèle s'inspire de commission fédérale belge, qui n'a transmis à la justice qu'1 cas problématique sur plus de 35 000.
- Il n'y a pas de recours juridictionnel effectif en dehors du droit de la personne ayant exprimé la demande d'aide à mourir. Or le droit de recours est un principe de valeur constitutionnelle.
- La famille ou les proches ne seront ni consultés, ni même informés dans le cadre du processus.

La proposition de loi n°1453 ne vise pas uniquement des situations de fin de vie mais ouvre un droit nouveau : l'accès à une procédure létale inscrite dans le code de la santé publique. Elle opère ainsi un basculement majeur en intégrant la mort provoquée dans le champ du soin.

Ce droit est ouvert sur des critères larges et subjectifs, avec des garanties fragiles au regard de l'irréversibilité de l'acte.

Le dispositif prévu est particulièrement attentatoire à la relation de soin et à la cohérence de la prise en charge palliative. Il ouvre la voie à des pratiques à haut risque éthique et humain.