

# 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 acceptions 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 oxygène-dépendante.
- **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.