

Proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir - Décryptage mars 2026



1. Une confusion entre mort provoquée et acte 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 au « 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).
- La prescription et l'administration d'une substance létale poursuivent un objectif qui n'est ni thérapeutique ni préventif. L'« aide à mourir » ne peut donc pas être un acte médical.

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).
- Une clause de conscience est prévue mais le responsable de l'établissement ou du service serait « 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 soins palliatifs et EHPAD).
- De plus, « le professionnel de santé (...) doit, sans délai, leur **communiquer le nom de professionnels de santé** disposés à participer », 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, 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).
- Le « **délit d'entrave** » n'est pas conciliable avec notre mission ; les soignants luttant contre le désir de mort de certains patients seraient en infraction pour avoir « soigné ». **Ce délit, même assorti d'un délit d'incitation, 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 » **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, 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**,
 - 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**".
- « **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.

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

La notion « d'affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause », concerne un grand nombre d'affections dont les ALD touchant 13,8 millions de personnes (IGAS-IGF, 2024).

- **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.
- **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 oxygéo-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.**

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 euthanasies.
- 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 peuvent être consultés qu'à la demande du patient.**
- **La proposition de loi n°2453 ne constitue pas une avancée du droit des malades ; elle en marque un recul profond.** En inscrivant la mort provoquée dans le champ du soin, en exposant plus d'un million de personnes à une éligibilité théorique, et en organisant une procédure aux garanties faibles, ce texte fragilise l'ensemble de l'édifice éthique qui fonde la relation de soin.
- **Derrière le vocable du « droit à mourir » se profile le risque d'un devoir de mourir pour ceux dont la vie est jugée - par eux-mêmes ou par d'autres - trop difficile à porter.** À l'heure où 500 personnes meurent chaque jour en France sans accès aux soins palliatifs, la priorité n'est pas de légaliser la mort provoquée, mais de garantir à chacun le droit d'être accompagné, soulagé, et non abandonné.
- **La communauté palliative appelle à rejeter ce texte en l'état et à investir sans délai dans le développement des soins palliatifs :** la réponse à la souffrance, c'est le soin, pas la mort.