

Proposition de loi n°1364 relative au droit à l'aide à mourir.

1

Une rupture avec l'éthique médicale

- L'« aide à mourir » (**euthanasie et suicide assisté**) est **intégrée au Code de la santé publique**, au titre du « droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée ».
- Cela **transgresse la déontologie médicale** « qui interdit au médecin de provoquer délibérément la mort » (Académie de Médecine).
- Le « droit à l'aide à mourir » a été consacré en commission, au même titre que d'autres **droits civiques ou sociaux**.
- **L'indifférenciation entre euthanasie et suicide assisté** a été consacrée. Or « le processus d'euthanasie a une plus grande force contraignante » (Académie de Médecine).
- La mort provoquée par injection est **considérée comme « naturelle »** (fiction juridique).

2

Des critères d'accès flous et extensibles

- « **Affection grave et incurable** » : concerne un grand nombre d'affections, dont les ALD (13,8 millions de personnes)
- « **Qu'elle qu'en soit la cause** » : origine pathologique et accidentelle (non stabilisée)
- « **Qui engage le pronostic vital** » : notion sans portée en l'absence d'horizon temporel
- « **Présenter une souffrance physique ou psychologique réfractaire liée à cette affection** » : pas d'objectivation de l'échelle de la souffrance.
- « **Qui est soit réfractaire aux traitements** » : entorse à la créativité thérapeutique (notamment mentale)
- « **Soit insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir un d'arrêter de recevoir un traitement** » : un arrêt de traitement pourrait permettre d'obtenir la mort.
- « **Être apte à manifester sa volonté de façon libre** » : rien n'est prévu pour prévenir les pressions et abus de faiblesse.

3

Une procédure expéditive et peu sécurisée

- **Demande possible à l'oral**, sans témoin ni trace écrite, adressée à « un médecin » indéfini.
- **Une décision isolée et toute-puissante** : pas d'obligation de collégialité, ni d'évaluation psychiatrique, ni de traçabilité des décisions.
- **Consultations minimales** :
 - Second avis sans examen obligatoire et non contraignant.
 - Autre avis d'un auxiliaire ou d'un aide-soignant (qui peut ne pas connaître la personne).
 - Possibilité facultative de recueillir d'autres avis.
 - Pas de consultation obligatoire de la personne de confiance.
- **Délais très courts** : 15 jours maximum pour la décision médicale, 48h pour la réitération (mais délai pouvant être réduit ou supprimé).
- **L'acte léthal peut se pratiquer partout** : à domicile, à l'hôpital, en EHPAD, ou partout ailleurs, sans restriction.

4

Une éligibilité très large à la mort provoquée

Au regard des critères, 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
- **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 :** 55 000 personnes dialysées en France, 10 000 nouveaux cas par an.

5

Un accompagnement global facultatif

- **Pas d'évaluation obligatoire du discernement par un psychiatre ou psychologue.** Cette précaution est pourtant essentielle, surtout face à des décisions aussi lourdes que « l'aide à mourir ».
- **L'accès aux soins palliatifs est une option qui sera simplement « proposée » à la personne.**
 - Cette proposition reste d'ailleurs théorique quand on sait le déficit d'offre palliative en France (**500 personnes meurent chaque jour** sans avoir eu accès aux soins palliatifs qui seraient nécessaires).
- En commission, les amendements réclamant **l'adressage à un professionnel de santé spécialiste de la douleur, des soins palliatifs ou des soins psychiques** avant l'euthanasie ont tous été rejetés.
- Tous les amendements destinés à **évaluer un possible abus de faiblesse avant l'acte légal ont également été rejetés.**

6

Un contrôle à minima

- **Aucun dispositif de contrôle a priori n'est prévu.** Le contrôle de la commission s'exercera a posteriori, à partir des informations communiquées.
 - Modèle belge (un cas transmis à la justice sur plus de 35 000 euthanasies déclarées).
- **Absence de consultation ou d'information des proches, du médecin traitant, de l'équipe soignante, de la personne de confiance.**
- **Pas de recours juridictionnel possible pour les proches.** Or le droit de recours est un principe de valeur constitutionnelle ouvert à toute personne intéressée.
- **Pas de protection pour les personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique.**

7

Soignants et établissements sous pression

- **Pas de clause de conscience pour les pharmaciens et les aides-soignants.**
- **Obligation pour tous les établissements (y compris EHPAD et service de soins palliatifs) d'autoriser l'intervention létale dans leurs murs,** même si cela s'oppose à leur projet d'établissement.
- **Création d'un délit d'entrave (1 an prison, 15 000 € amende) pour toute tentative de dissuader une personne d'avoir recours à la mort provoquée.**
 - Risque de poursuites pour les familles, bénévoles ou soignants proposant des alternatives.
 - Atteinte à la prévention du suicide et à la liberté d'accompagnement.