

SantéPublique éditions

<https://www.santepublique-editions.fr>

La loi est en cours d'examen par le Parlement

« **Aide à mourir** » :

libre choix ou injonction ?

progressisme ou eugénisme ?

L'enquête d'une journaliste indépendante

4 avril 2024 - 2 juin 2026

Rares sont ceux qui meurent dans leur lit après avoir été en bonne santé la veille. Si cette loi est votée, nous serons tous « éligibles » un jour ou l'autre.

Malades ou bien portants, nous sommes tous concernés : du jour au lendemain, nous pouvons recevoir un diagnostic de maladie grave comme le cancer et rejoindre les cohortes de patients « éligibles » qui se sentent « poussés vers la sortie » par cette loi qui donnerait aux malades le « droit » de se suicider sur ordonnance ou de demander l'euthanasie par un médecin ou un infirmier payés par la Sécurité sociale.

Les Éligibles veulent VIVRE et font entendre leur voix avant le vote de la loi

Le 26 mai 2026, mis à jour le 2 juin 2026.

Le 26 avril 2026, un homme de 57 ans m'a affirmé devant témoin : « J'ai déjà reçu trois mails de la CPAM me disant : *“Vous êtes en invalidité, si ça ne va pas trop, vous pouvez recevoir une assistance pour mourir”*. »

Il a répété plusieurs fois avoir été choqué de recevoir non pas un, mais TROIS mails à ce sujet. Je lui ai demandé de me les envoyer. Mais au lieu de cela, il a téléphoné à la CPAM (Sécurité sociale), qui se trouve à 1h30 de chez lui en voiture. Un agent de la CPAM est venu chez lui illico et a tout effacé de sa boîte mail en lui disant qu'il s'agissait de « fake-news » !

Bien qu'il soit en invalidité, les pathologies qui rendent cet homme « éligible » au « droit à mourir » dont la proposition de loi est soutenue par le gouvernement ne le rendent pas pour autant suicidaire. Heureusement pour lui !

Mais si de telles « fake news » peuvent déjà être envoyées et reçues avant même l'adoption de la loi sur le « droit à mourir », qu'en sera-t-il *après* son adoption ? Quel effet pourront avoir, sur des patients dépressifs ou isolés de telles incitations à programmer leur propre suicide médicalement assisté ?

Si la loi « aide à mourir » est adoptée, les boîtes mail des 13 millions de personnes en ALD (Affection longue durée), de même que les notifications Ameli des 2,4 millions de personnes atteintes d'un handicap visible en France, n'ont pas fini de contenir des « fake news » qui seront devenues... légales !

N'est-il pas sordide que la rédaction de l'Article 17 adoptée en 2^{ème} lecture le 25 février 2026 par l'Assemblée nationale n'empêche pas des sociétés privées de faire de la publicité pour l'euthanasie et le suicide assisté, pudiquement nommés

« aide à mourir », après avoir recruté des médecins et des infirmiers pour pratiquer ces actes pour lesquels, après le décès du patient, ces professionnels de santé recevront directement leur rémunération de la Sécurité sociale et des mutuelles, en application de l'Article 18 ?

Il suffirait que ces sociétés privées recourent aux services d'agences de communication pour élaborer des publicités conçues comme des informations sur le « droit à mourir », conformes à cette rédaction de l'Article 17.

Ceux qui tenteront de dissuader autrui de recourir à « l'aide à mourir » pourront être condamnés pour « **délit d'entrave** » à **2 ans de prison et 30 000 € d'amende** (une disposition de l'Article 17 qui concerne aussi les médecins !). Ce délit d'entrave existe déjà en France pour l'avortement, mais concernant l'euthanasie et le suicide assisté, il n'existe actuellement dans aucun autre pays.

Après l'avoir expurgé de ces dispositions, les sénateurs ont majoritairement rejeté, le 12 mai 2026, chacun des articles de ce texte.

Le gouvernement a fait planer le doute sur la possibilité d'une troisième lecture dans les deux chambres, puis a décidé le passage direct en commission paritaire, réunissant 7 députés et 7 sénateurs désignés par les groupes politiques, chargée d'élaborer une ultime version de ce texte qui sera soumise au vote final des deux chambres.

Le gouvernement et la présidente de l'Assemblée nationale Madame Yaël Braun-Pivet veulent aller vite et faire voter ce texte avant la fin de la session parlementaire prévue en juillet 2026.

L'Assemblée nationale aura le dernier mot. Si l'envoi de mailing n'est pas expressément interdit dans le texte final, en cas d'adoption de la loi, cette pratique pourra avoir cours le plus légalement du monde...

Depuis 2016, la loi française permet de mourir sans souffrir

Depuis 10 ans, la loi Clayes-Leonetti du 2 février 2016 permet aux personnes malades dont la fin de vie est inéluctable de ne pas subir d'agonie en recevant une « *sédation profonde et continue jusqu'au décès* » (article L. 1110-5-2 du code de la Santé publique, **Pièce 1**).

(Pièces incluses dans le présent dossier qui est également consultable en ligne : <https://www.santepublique-editions.fr>)

Cette loi de 2016 est **désormais largement appliquée**, tant à domicile que dans les établissements recevant des personnes malades ou âgées, selon les dires de tous les soignants avec qui je me suis entretenue, confirmés par les témoignages de personnes ayant été confrontées à la maladie incurable, puis à la mort d'un membre de leur famille, en institution et à domicile.

Dans plusieurs cas, cette « mort programmée » a été déclenchée alors que le patient était encore en possession de ses moyens. La morphine (principalement) utilisée provoque une analgésie (privation de la sensibilité à la douleur) et une anesthésie générale (privation totale de la faculté de sentir ; torpeur, endormissement) de quelques jours, suivie du décès du patient endormi.

Fin mars 2026, j'ai recueilli le témoignage suivant : ***« Je travaille dans un hôpital de province. Dans les couloirs, je croise des personnes debout, souriantes, mais qui ont Alzheimer. Après une "réunion collégiale" les concernant, en présence de leur famille et de médecins, ces personnes sont mises sous perfusion. Deux ou trois jours plus tard, elles ne sont plus là. »***

Et au printemps 2025, un homme dont la mère, qui venait de recevoir un diagnostic de cancer du cerveau et a subi, dans la foulée, cette sédation profonde et continue alors qu'elle était encore capable de marcher, de parler et de s'alimenter

par elle-même, ce qui a entraîné son décès en quatre jours, m'a confié, encore sous le choc : *« Je ne pensais pas que cela irait aussi vite. »*

La législation déjà applicable est donc d'ores et déjà interprétée de façon « large »...

Ce que permettrait la nouvelle loi sur le « droit à mourir », c'est le décès en quelques minutes de patients ayant encore plusieurs années d'espérance de vie.

C'est ainsi que la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (*Le Monde*, 16 février 2026) a estimé à **1 million le nombre de patients « éligibles »** au vu des critères définis par l'Article 4 de cette loi, qui ne sont donc pas si restrictifs qu'ils semblent l'être, au regard de l'état de santé de la population française, qui compte **13 millions de personnes en ALD** (Affection longue durée).

Selon l'Association de recherche sur la sclérose latérale amyotrophique (ARSLA), **1 millier de personnes** atteintes de cette maladie dite « de Charcot » souhaiteraient mettre fin à leur vie (audition du 26 mars 2025 de la présidente de l'ARSLA par la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale : *« 89 % des personnes malades interrogées dans notre dernière enquête exprimaient leur volonté de vivre. »* L'ARSLA estime à 8 000 le nombre de personnes atteintes de cette maladie, avec chaque jour 5 nouveaux cas diagnostiqués et 5 décès.)

Cette situation d'un millier de personnes est largement évoquée dans les médias pour justifier une nouvelle loi qui en englobe un million...

Le fait le plus marquant que m'ont révélé les très nombreuses conversations que j'ai eues au sujet de cette loi avec de multiples personnes depuis le printemps 2024 est **que 100% de celles qui sont favorables à cette nouvelle loi ignorent son contenu**, ne se sentent pas directement

concernées actuellement mais veulent « pouvoir choisir » le cas échéant.

De même, celles et ceux qui n'ont pas été directement confrontés à l'issue fatale de la maladie d'un proche ignorent l'existence de la pratique légale déjà en vigueur de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, ce qui les conduit à croire faussement qu'il existe en France une lacune à combler.

Mais il n'en est rien, du fait de **la très large application de la législation actuelle par le corps médical** que révèle mon enquête en 2024, 2025 et 2026, contredisant l'évaluation publiée le 29 mars 2023 par une mission d'enquête parlementaire bouclée en trois mois, présidée par le député Olivier Falorni, également porteur depuis 2025 de la proposition de loi sur « l'aide à mourir ».

En effet, ce rapport affirme que le recours à la sédation profonde et continue serait « très limité », ce qui ne correspond pas aux témoignages que j'ai moi-même recueillis.

Il reproduit le tableau suivant, établi par la Haute autorité de santé (HAS) en février 2018, pour préciser la différence entre l'euthanasie et la sédation profonde et continue jusqu'au décès :

DIFFÉRENCES ENTRE LA SÉDATION PROFONDE ET CONTINUE MAINTENUE JUSQU'AU DÉCÈS ET L'EUTHANASIE SELON LA HAS

	Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès	Euthanasie
Intention	Soulager une souffrance réfractaire	Répondre à la demande de mort du patient
Moyen	Altérer la conscience profondément	Provoquer la mort
Procédure	Utilisation d'un médicament sédatif avec des doses adaptées pour obtenir une sédation profonde	Utilisation d'un médicament à dose létale
Résultat	Sédation profonde poursuivie jusqu'au décès dû à l'évolution naturelle de la maladie	Mort immédiate du patient
Temporalité	La mort survient dans un délai qui ne peut pas être prévu	La mort est provoquée rapidement par un produit létal
Législation	Autorisée par la loi	Illégale (homicide, empoisonnement, ...)

Source : Haute Autorité de santé, Guide du parcours de soins. Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ?, février 2018, actualisé en janvier 2020. ru crois qu'elle

Défection du député Olivier Falorni, qui portait depuis 2025 cette proposition de loi.

Il en était l'une des principales chevilles ouvrières, mais il ne prendra pas part à son vote final puisqu'il a quitté l'Assemblée nationale après s'être fait élire maire de La Rochelle en mars 2026, ce qui lui permet (accessoirement) d'assurer ses arrières pour les six ou sept années à venir.

Le seul réel obstacle que rencontrent les personnes malades, qu'elles soient ou non en fin de vie, c'est l'existence de « déserts médicaux »

En France, dans de nombreux territoires ruraux, il est tout aussi impossible de déclarer un médecin traitant que d'obtenir une consultation ou une visite médicale, ou d'accéder à des soins palliatifs (**Pièce 2 : *Le Pèlerin*, 5 février 2026, p. 26-31**).

N'est-il pas sordide de préparer une loi qui règle ce très grave problème en **ne prévoyant à aucun moment l'implication du médecin traitant**, mais en constituant un **bataillon de médecins et d'infirmiers inscrits sur une liste**, comme le prévoit l'Article 14-III, aptes à se déplacer sur tout le territoire pour donner la mort à des patients qui voudront la programmer, ce qu'ils pourront faire **sans en informer leurs proches**, dès l'âge de **18 ans** ?

Le rejet du texte par le Sénat le 12 mai 2026 démontre que, dans notre pays, il n'y a pas de consensus quant à ce « programme ».

Ses partisans prétendent qu'il serait « progressiste » de soutenir la suppression médicalement assistée de personnes malades, par suicide (auto-suppression) ou par euthanasie (suppression par un tiers), dès lors que des blouses blanches (médecins, infirmiers) sont impliquées dans cette suppression.

Mais **n'est-ce pas plutôt une forme d'eugénisme** que de chercher ainsi à diminuer le nombre des « improductifs », « *ceux qui ne sont rien* » pour reprendre l'expression utilisée

lors de son premier mandat par le président de la République lui-même ?

Ce terme « d'eugénisme » est utilisé pour désigner le « programme » mis en place par **Hitler en Allemagne dès 1939 : des médecins** étaient chargés de **supprimer, tout d'abord les enfants handicapés, puis les « improductifs »** de tous âges placés en institution (**Pièce 3 : *Un programme de meurtre des handicapés***).

En France, des personnes Éligibles au « droit à mourir » veulent VIVRE et font entendre leur voix

Dans une lettre qu'elle m'a adressée le 6 mars 2026, Madame Yaël Braun-Pivet, Présidente de l'Assemblée nationale, écrit que la nouvelle loi est « *très attendue par nos concitoyens* ». ¹

Nombre d'entre eux, pourtant parmi les plus concernés puisqu'ils sont d'ores et déjà « éligibles » au « droit à mourir », la redoutent plus qu'ils ne l'attendent !

« J'ai peur qu'on me rembourse mon euthanasie plutôt que mon traitement », confie un homme de 41 ans qui dépend de la Sécurité sociale pour son traitement, et donc pour sa survie (*Politis*, 20 janvier 2026, **Pièce 4**).

Regroupés en association, les « Éligibles » et leurs aidants ont rédigé, pour faire entendre leur voix, un Manifeste dont je vous invite à prendre connaissance (**Pièce 5**), en ligne à l'adresse suivante :

<https://leseligibles.fr/manifeste>

Ils organisent le mardi 26 mai 2026 de 18h à 21h à la Maison de la Chimie* à Paris une projection-débat du film *Better Off Dead – Le handicap, angle mort de l'aide à mourir* avec Liz Carr, actrice et militante anglaise.

¹ Cette lettre est incluse dans le présent dossier.

* 28, rue Saint-Dominique, 75007 PARIS
Métro Invalide, lignes 8 et 13.

Entrée gratuite sur inscription : <https://leseligibles.fr>

(Mise à jour le 2 juin 2026 : en dépit de la canicule qui écrasait Paris ce jour-là, cette projection a réuni plus de 120 personnes)

Le film de Liz Carr *Better off Dead* est accessible en ligne sur Youtube. Il pose sur la loi « aide à mourir » le regard de personnes handicapées, à qui cette loi envoie le message que leur vie ne vaut pas la peine d'être vécue et qui la perçoivent non comme une « liberté » mais comme une injonction à mourir qu'elles rejettent énergiquement.

Tous les parlementaires, de même que les citoyens majeurs, concernés par cette loi, sont invités à prendre le temps de regarder ce film de 58 minutes.

Les interrogations des Éligibles sont d'autant plus légitimes que la condition que la personne qui demande à mourir soit « *apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée* » n'arrive qu'en 5°) et dernière position de l'article 4 de la loi « aide à mourir » créant l'article L. 1111-12-2 du code de la santé publique qui régirait les conditions d'éligibilités de ce nouveau « droit ».

Alors que 2,4 millions de personnes étaient atteintes d'un handicap visible, le président de la République a déjà abrogé en catimini par une simple ordonnance le 29 janvier 2020 et un simple décret le 30 juin 2021 l'intégralité de la loi sur l'accessibilité de 2005, qui contraignait les propriétaires à rendre tous les locaux et immeubles d'habitation accessibles aux personnes atteintes d'un handicap.²

Rien ne serait plus facile pour lui que de supprimer également en catimini cette 5°) condition par une simple ordonnance avant la fin de son mandat...

N'importe qui pourrait alors être **légalement euthanasié... contre son gré**, y compris en dépit du fait qu'il aurait rédigé

² Voir à ce sujet l'article diffusé le 7 avril 2026, inclus dans le dossier.

des **directives anticipées** contraires : **la loi ne prévoit à aucun moment la consultation** de celles-ci. Les nombreux amendements déposés dans ce sens au cours de l'élaboration du texte ont tous été rejetés, au motif que « l'aide à mourir » ne concerne que des patients « *aptés à manifester leur volonté de façon libre et éclairée* » !

Quant à ceux qui se croiraient protégés par un **mandat de protection future** préalablement déposé chez un notaire, qu'ils se détrompent : aucune recherche à ce sujet, ni prise en compte de ce document que pourrait brandir la personne de confiance désignée, ni **aucune consultation obligatoire** de la personne de confiance éventuellement inscrite dans le dossier médical partagé, ni de la famille ni des proches avant l'acte euthanasique n'est prévue par ce texte qui a déjà fait l'objet de plus de 150 heures de discussion !

Autre question concernant nos concitoyens directement concernés : les **700 000 malades sévèrement atteints de Covid long seront-ils éligibles au « droit à mourir » avant d'avoir eu accès à des soins adéquats ?**

Ils attendent depuis plus de quatre ans le décret d'application d'une loi votée le 24 janvier 2022 à l'unanimité par l'Assemblée nationale et le Sénat, leur permettant l'accès à des soins adéquats (*Le Canard enchaîné*, 8 avril 2026, p. 4 : « *Covid long : un étouffoir d'État* » ; **Pièce 6**).

Certains d'entre eux ne peuvent plus quitter leur lit.

Si la loi sur le « droit mourir » est adoptée, ces patients pourront plus facilement accéder à l'euthanasie ou au suicide assisté qu'à des soins qui leur auraient pourtant permis de guérir !

En janvier 2022, M. Jacky Coll, maire de Bolquère dans les Pyrénées-Orientales, a mis fin à ses jours d'une balle de fusil. Il avait « convoqué » deux employés de sa commune pour être les témoins du drame. Atteint de Covid long, il ne parvenait plus à se concentrer pendant plus de 10 minutes.

La loi Zumkeller a été adoptée trop tard pour lui. Mais il est possible d'affirmer que le Covid long peut priver ses victimes de l'envie de continuer à vivre.

Il ne fait aucun doute que d'autres patients atteints de Covid long, en cas d'adoption de la loi sur le « droit à mourir », s'en saisiront alors même que **les parlementaires, il y a 4 ans, avaient unanimement fait le choix de leur faciliter le retour à la santé et à une vie normale.**

Depuis lors, les gouvernements successifs ont contré leur choix en **ne publiant pas le décret d'application durant plus de quatre ans** tandis que, bien au contraire, une autre loi, celle du « droit à mourir » proposait aux personnes gravement malades de mettre fin à leurs jours.

Initialement déposée le 10 avril 2024 à l'Assemblée nationale en tant que projet de loi cosigné par la ministre de la santé, son adoption n'a été contrecarrée que par des changements de gouvernements provoqués ou subis.

Qui sera, en toute connaissance de cause, d'accord sur ce « programme » de remplacement qui incite au suicide plusieurs centaines de milliers de nos concitoyens en souffrance ?

S'agissant de la **loi Soins palliatifs** finalement adoptée en 2^{ème} lecture par les sénateurs le 11 mai 2026, **aucun crédit de paiement supplémentaire** n'est alloué dans le budget 2026, dans sa version soumise le 4 février 2026 au Conseil Constitutionnel (texte adopté n°227), alors que l'Article 7 de cette loi alloue, à cette fin, **194 millions d'euros** pour l'année 2026, sans toutefois indiquer par quel mécanisme ces nouvelles dépenses seraient compensées. Une lacune susceptible de les faire annuler par le Conseil constitutionnel...

Quant à l'annonce du Premier ministre Sébastien Lecornu le 21 avril 2026 concernant les **deux milliards d'euros d'économies** qu'il compte faire **sur le budget de la Sécurité sociale**, elle prend à revers la loi n° 2025-1403 de financement

de la Sécurité sociale pour 2026 approuvée par les parlementaires et publiée le 31 décembre 2025 au *Journal Officiel* (**Pièce 7**).

Où va-t-il trouver les 194 millions d'euros promis pour les soins palliatifs ?

Au final, cette loi Soins palliatifs pourrait n'avoir aucun autre effet que de **mettre en coupe réglée l'intervention des bénévoles auprès des malades**, tant à domicile qu'en institution, alors même que certains centres hospitaliers (comme à Tours en 2026), suppriment le poste d'aumônier "faute de moyens suffisants pour les rémunérer".

Le nouvel article L. 1110-11 du code de la Santé publique défini par les Articles 1, 2, 4, 10, 11, 16, 17 et 23 de cette loi prévoit que, pour pouvoir intervenir dans des services de soins palliatifs et à domicile, **les bénévoles devront obligatoirement faire partie d'associations** munies de « *chartes* » et ayant passé avec des établissements de soins des « *conventions* » contrôlées par les Agences régionales de santé (ARS), dont le contenu sera **défini par un décret**.

Quelle sera la teneur de ce décret, dont la rédaction appartiendra au seul gouvernement ? Lui seul le sait !

Plus besoin d'aller en Belgique ou en Suisse pour mettre fin à ses jours bien avant que la mort soit inéluctable

Le décès, provoqué **chez elle à Paris**, par la chanteuse **Françoise Hardy**, entourée de ses proches, **le 11 juin 2024**, a démontré qu'une personne gravement malade qui décide de mettre fin à ses jours **peut désormais le faire, en France**, sans que personne n'en soit inquieté.

Diagnostiquée d'un lymphome vingt ans auparavant, en 2004, puis d'un cancer du larynx, après 55 radiothérapies qui lui avaient sauvé la vie mais beaucoup diminuée, rendant son quotidien difficile, elle militait publiquement pour l'euthanasie affirmant : « *J'aimerais aller le plus tôt possible dans l'autre*

dimension mais ça tarde trop » (*Paris Match*, 15 juin 2024, p. 69). Elle est passée à l'acte sans partir en Belgique pour cela...

Il est, par conséquent, totalement inutile de promulguer en 2026 une nouvelle loi française sur le « droit à mourir »...

Merci d'avoir lu cette information !

Sur ce sujet qui nous concerne tous, puisque rares sont ceux qui meurent dans leur lit après avoir été en bonne santé la veille, et que donc, si cette loi est votée, nous serons tous « éligibles » un jour ou l'autre, votre avis m'intéresse, si vous voulez prendre le temps de me le donner...

Bien sincèrement à vous,

Annie Lobé,
journaliste scientifique indépendante
<https://www.santepublique-editions.fr>
Mail : info@santepublique-editions.fr



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit

Code de la santé publique

Article L1110-5-2

Version en vigueur depuis le 04 février 2016

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Première partie : Protection générale de la santé (Articles L1110-1 à L1545-4)

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé (Articles L1110-1 à L1181-1)

Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé (Articles L1110-1 à L1115-3)

Chapitre préliminaire : Droits de la personne (Articles L1110-1 à L1110-13)

Article L1110-5-2

Version en vigueur depuis le 04 février 2016

Création LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 3

A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies.

A la demande du patient, la sédation profonde et continue peut être mise en œuvre à son domicile, dans un établissement de santé ou un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

L'ensemble de la procédure suivie est inscrite au dossier médical du patient.



Rencontre avec...



« Soignants, patients, serrons-nous les coudes »

À 28 ans, cette médecin généraliste et ce kinésithérapeute viennent de boucler un tour de France au cœur des déserts médicaux. Ils le racontent dans un livre. Voici leur ordonnance pour un système de santé plus accessible et plus proche.

Propos recueillis par **Isabelle Vial**, photos **Denis Meyer** pour *Le Pèlerin*

Comment s'est décidé votre tour de France dans les déserts médicaux ?

Anaïs Werestchack : S'installer en cabinet à la fin de nos études ne nous semblait pas raisonnable : nous n'avions pas les moyens financiers et pas assez d'expérience. Nous avons eu l'idée d'aller faire des remplacements durant deux ou trois semaines, pendant un an, dans différentes régions (Alsace, Bretagne, Normandie, Hauts-de-France...). Nous voulions comprendre de l'intérieur ce que vivaient les patients et les soignants dans ces zones en difficulté et raconter ce que les statistiques et les mesures politiques n'expliquent pas.

Brice Philippon : Je suis originaire de Vichy (Allier) et Anaïs est de Beaumont, près de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).

Des zones classées « sous-dotées » en professions médicales. L'accès aux soins est donc une question qui nous touche particulièrement. Cela avait beaucoup de sens pour nous d'aller aider là où il y avait le plus de besoins.

Qu'est-ce qui vous a surpris ?

A. W. : Nous savons tous que les services d'urgences débordent, ou que les délais de rendez-vous chez les médecins se comptent en mois, voire en années. Mais nous avons découvert des situations encore plus inquiétantes. Une patiente n'avait pas vu de médecin depuis onze ans, un autre depuis des mois. Quand le diagnostic a été posé, leur maladie était très

•••

•••

avancée... Des femmes enceintes sans suivi de grossesse. Dans l'Aveyron, j'étais la seule médecin sur 652 km², ça semble impensable !

B. P. : Je n'imaginai pas à quel point les soignants rencontrent des difficultés. Ils travaillent à un rythme effréné et ne trouvent pas de suppléants. 75 % des généralistes n'arriveraient pas à se faire remplacer l'été, ce qui représente 40 millions de consultations non effectuées. L'une des kinés que j'ai remplacés avait pris une seule semaine de vacances en huit ans ! Cela ne se voit dans aucun autre métier.

Et chez les patients ?

A. W. : Dans ces zones, on pratique une vraie médecine, loin de la « bobologie ». Dans leur immense majorité, les patients étaient d'une gentillesse et d'une reconnaissance incroyables. Dans les zones rurales, nous avons mesuré combien ils avaient intégré le manque de

EN COULISSES



Entre leurs consultations, la rénovation d'une maison et les entretiens autour de leur livre, Anaïs et Brice ont des emplois du temps frénétiques. Et pourtant, pour notre interview, ils débarquent tranquilles et détendus, au café Cocoon, tenu par le père de Brice, qui fait les meilleurs « latte » de Vichy. « Il suffit de s'organiser », lâche Brice, avec un sourire chaleureux. « Il faut apprendre à dire non parfois », souffle Anaïs, au naturel spontané et direct. Deux vieux sages de 28 ans !

LEUR BIO

ANAÏS WERESTCHACK

18 mars 1997

Naît près de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).

2021

Élue Miss Auvergne.

12 avril 2023

Prête le serment d'Hippocrate et commence à exercer la médecine.

BRICE PHILIPPON

15 juin 1997

Naît à Vichy (Allier).

2021

Diplômé de kinésithérapie.

ENSEMBLE

De janvier à décembre 2024

Tour de France des déserts médicaux : 31 professionnels de santé remplacés, 20 000 km parcourus, 5 000 patients soignés.



LEUR ACTU

Urgent ! Recherche médecin,
Éd. Marabout,
256 p. ; 19,90 €.

professionnels de santé et ne voulaient pas déranger le médecin pour rien. Il est si difficile de trouver un rendez-vous qu'ils ne veulent pas y aller « pour un nez qui coule » ou un « petit bobo ». Moyennant quoi, ils arrivent souvent hypertendus, en rupture de traitement depuis longtemps ou, par manque de spécialistes, avec plusieurs pathologies graves. Là, on pratique souvent une médecine d'urgence et, parfois même, une médecine de guerre...

Qu'y avez-vous appris ?

A. W. : Nous avons été confrontés à une réalité très humaine : les patients arrivent avec toute leur histoire, toute leur vie ; on connaît leur famille, ils se confient plus facilement. Cela a renforcé notre conviction que la médecine repose avant tout sur les liens humains. On y a rencontré celle que l'on souhaite pratiquer, avec des relations fortes et confiantes. Une « médecine de campagne ». Autrement dit, on a le sentiment d'avoir davantage appris en un an qu'en dix ans d'études !

D'où vient votre vocation de soignants ?

B. P. : J'ai longtemps pratiqué beaucoup de sport, notamment du rugby, et j'ai toujours admiré la capacité du corps humain à s'adapter, à se régénérer, à se soigner lui-même : être kiné est génial pour comprendre tout ça.

A. W. : Ma mère est infirmière, mon père a toujours insisté pour qu'un métier ait du sens. Je voulais exercer une profession qui me donnerait envie de me lever chaque matin, même si elle est difficile. Depuis que je suis toute petite, je veux être médecin pour aider les autres. J'adorais aller chez ma pédiatre, jouer avec les instruments de l'ophtalmologue... Alors qu'il était très malade, mon grand-père a été sauvé par des médecins géniaux. Dans mes yeux d'enfant, c'était magique : certains savaient comment prolonger la vie des gens. Quelle merveille !



« Les soignants travaillent à un rythme effréné et ne trouvent pas de suppléants. » Brice Philippon

Anaïs, votre passage dans le monde des Miss – vous avez été élue Miss Auvergne en 2021 – ne vous en a pas détourné ?

A.W. : Pas du tout ! J'étais restée enfermée dix mois à étudier, chronomètre en main. Je me suis présentée à ces concours pour changer d'air et porter des messages de santé pour la recherche contre les cancers pédiatriques ou le don du sang.

À l'issue de ce tour de France, êtes-vous découragés ?

A.W. : Au contraire. Même si la situation globale du système de soins est sombre, nous restons optimistes. Il ne faut pas tout noircir : il y a eu des moments difficiles, mais aussi des instants très forts. Nous parlons souvent avec Brice le soir quand nous nous retrouvons après une journée, même si elle a été dure. Une personne âgée qui retrouve le sourire, une femme qui nous annonce qu'elle est enceinte alors qu'elle essayait d'avoir un enfant depuis longtemps, un malade atteint d'un cancer qui entre en rémission... Ces petits moments nous galvanisent. Quand les patients nous glissent

•••



LEUR UNIVERS

NOTRE VAN

C'est un Renault Master de 2017. Durant notre tour de France des déserts médicaux, nous y logions pendant nos jours de congés. Nous l'avons surnommé « Manavan », car nous l'avons acheté à notre retour de Polynésie (là-bas, « bonjour » se dit « manava »), où nous avons passé six mois à la fin du cursus d'Anaïs.



TODZ

Ce pomsky, issu du croisement entre un husky et un spitz, est notre ange gardien. Il nous a accompagnés dans notre tour de France. Et grâce à lui, lorsque nous le promenons plusieurs fois par jour, nous faisons des pauses et relâchons la pression.

SAINTE-ALVÈRE

Nous avons été séduits par ce village de Dordogne. Le patrimoine historique et naturel y est très riche. Nous nous y sommes sentis heureux et accueillis. À tel point que peut-être, plus tard, nous pourrions nous installer dans la région.



OFFICE DU TOURISME DU GRAND PÉRIGUEUX



TOUR DE FRANCE DES
DÉSERTS MÉDICAUX 2024



NOTRE ALBUM PHOTO

Nous y avons mis toutes les images de notre tour de France. Nous l'avons composé petit à petit. Il est en quelque sorte la « première mouture » de notre livre. Nous le conservons précieusement.

•••

« Merci, Docteur » ou « Bon courage », c'est la plus belle des récompenses.

Avez-vous des propositions à faire pour améliorer le système ?

A. W. : Nous avons pu observer que certaines régions s'en sortent mieux que d'autres. Elles sont aussi isolées et en manque de moyens, mais font preuve de plus d'inventivité. Il nous semble désormais évident que les médecins doivent travailler à plusieurs – ou avec d'autres professions médicales ou paramédicales – au sein de maisons ou centres de santé. Cela permet d'échanger, de se soutenir, d'améliorer les pratiques, de se remplacer, d'orienter vers d'autres professionnels. Ensemble, on est plus forts.

B. P. : Il est aussi nécessaire de repenser la répartition des missions au sein des cabinets. Une part très importante de notre travail est accaparée par les tâches administratives. Déployer des assistants médicaux, des infirmières spécialisées permet de consacrer plus de temps aux malades.

Les patients ont-ils un rôle à jouer ?

A. W. : Bien sûr ! Nous pensons que notre système se trouve à un point de bascule et que les patients doivent désormais pleinement s'investir. Ils peuvent aider les médecins en étant plus actifs lors des consultations : connaître ses médicaments, ses allergies, apporter ses examens, interroger le praticien, comprendre sa maladie... Patients et soignants, nous devons nous serrer les coudes pour faire avancer le système. L'Éducation nationale doit aussi enseigner les rudiments de la santé, pour que les patients ne viennent pas au moindre doute, faute d'avoir les clés pour évaluer la gravité d'une situation. Cet apprentissage est un enjeu collectif.

Tout comme la prévention ?

A. W. : Absolument. Les Français sont les Européens qui suivent le moins les

« Les médecins doivent travailler à plusieurs dans des centres de santé. Ensemble, on est plus forts. » Anaïs Werestchack

campagnes de dépistage. Or se faire vacciner et dépister sauve des vies et aide la Sécurité sociale. Car les pathologies sont ainsi repérées plus tôt et restent plus légères. C'est un bénéfice pour tous.

La création d'une quatrième année d'études pour les étudiants de médecine générale, qui les incite à réaliser leurs stages en zones sous-dotées, est-elle une solution ?

A. W. : Plutôt que d'allonger ainsi l'internat, les jeunes diplômés pourraient être

encouragés à consacrer plusieurs semaines ou mois dans les zones sous-dotées tout au long de leur cursus. Il n'y a que l'expérience sur le terrain qui permettra d'y attirer de futurs médecins, de contrer certaines idées reçues. Il faut leur montrer combien ces territoires recèlent d'atouts humains et professionnels.

Exercez-vous aujourd'hui dans un désert médical ?

B. P. : Oui, j'ai choisi de m'installer dans une petite ville de l'Allier, tandis qu'Anaïs fait des remplacements en zone rurale près de Vichy. Il s'agit, pour nous, d'être cohérents. Le mot « désert » évoque une grande plaine avec rien du tout, mais beaucoup d'endroits se sont révélés paradisiaques. Notre tour de France nous a aussi appris que chaque jour apporte son lot d'espoirs et de petites lumières, il faut juste apprendre à les repérer et à les retenir. ■



MONROE

RECITAL DE CHANTS SACRES

EN TOURNÉE DES ÉGLISES
ET DES CATHÉDRALES
À PARTIR D'AVRIL 2026

LE PELERIN



<https://encyclopedia.ushmm.org/content/fr/article/euthanasia-program>

●Un programme de meurtre des handicapés

Le programme d'euthanasie était le meurtre systématique des patients handicapés placés dans des institutions en Allemagne. Lancé en 1939, soit environ deux ans avant l'extermination des Juifs d'Europe organisée dans le cadre de la « [solution finale](#) », il comptait parmi les nombreuses mesures radicales d'eugénisme visant à restaurer l'« intégrité » raciale de la nation allemande. Son but était de se débarrasser de ce que les eugénistes et leurs partisans considéraient comme « des vies indignes d'être vécues » : les individus qui, pensaient-ils, constituaient un poids génétique et financier pour la société allemande en raison de leur grave handicap psychiatrique, neurologique ou physique.

●Programme d'« euthanasie » des enfants

Au printemps et à l'été 1939, différents responsables commencèrent à organiser des opérations meurtrières secrètes visant les enfants handicapés. À leur tête, Philipp Bouhler, directeur de la chancellerie privée d'Hitler, et Karl Brandt, médecin personnel d'Hitler.

Le 18 août 1939, le ministère de l'Intérieur du Reich publia un décret obligeant tous les médecins, infirmières et sages-femmes à signaler les nouveau-nés et les enfants de moins de trois ans présentant les symptômes d'un handicap physique ou mental grave.

À partir d'octobre 1939, les autorités de santé publique encouragèrent les parents d'enfants handicapés à confier ceux-ci à l'une des cliniques pédiatriques spécialisées d'Allemagne et d'Autriche. En réalité, ces lieux servaient à tuer les enfants. Un personnel médical recruté à cet effet y assassinait les jeunes patients par surdose médicamenteuse ou en les affamant.

Au départ, les professionnels de santé et les administrateurs de ces cliniques ne s'occupaient que des nourrissons et des enfants en bas âge. Lorsque le champ d'application du décret s'élargit, ils inclurent également des jeunes jusqu'à 17 ans. D'après des estimations prudentes, ce sont au moins 10 000 jeunes Allemands souffrant de handicaps physiques et mentaux qui moururent dans le cadre du programme d'« euthanasie » des enfants pendant les années de guerre.

● **Aktion T4 : une extension du programme d'euthanasie**

Image : Autorisation d'Adolf Hitler pour le programme d'"euthanasie" (Opération T4), signé en octobre 1939 mais datée du 1er septembre ...

- *National Archives and Records Administration, College Park, MD*
- [Références](#)

Rapidement, les organisateurs du programme d'« euthanasie » généralisèrent les exécutions pour inclure les handicapés adultes placés en institution. À l'automne 1939, Adolf Hitler signa une autorisation secrète visant à protéger contre toute poursuite les médecins, le personnel médical et les administrateurs concernés. L'habilitation fut antidatée au 1er septembre 1939 pour faire croire qu'elle était liée à l'effort de guerre.

La chancellerie du Führer était restreinte et distincte des appareils d'État, du gouvernement ou du Parti nazi. C'est pour cette raison qu'Hitler l'avait choisie comme moteur de sa campagne. Les employés du programme appelaient leur entreprise secrète « T4 », un nom de code associé à l'adresse berlinoise du bureau de coordination : Tiergartenstrasse 4.

Selon la directive d'Hitler, l'opération meurtrière était menée par Phillip Bouhler, directeur de la chancellerie du Führer, et le médecin Karl Brandt. Sous leur direction, les agents de T4 établirent six installations de gazage pour adultes à des fins d'« euthanasie » :

- Brandenburg, sur la rivière Havel, près de Berlin
- Grafeneck, dans le sud-ouest de l'Allemagne
- Bernburg, en Saxe
- Sonnenstein, en Saxe également
- Hartheim, près de Linz, sur le Danube, en Autriche
- Hadamar, en Hesse

Reprenant les pratiques développées pour le programme d'« euthanasie » des enfants à l'automne 1939, les organisateurs de T4 distribuèrent des questionnaires soigneusement formulés à tous les agents de santé publique, aux hôpitaux publics et privés, aux institutions psychiatriques et aux hospices pour malades chroniques et personnes âgées. L'espace limité pour répondre, la manière dont les questions étaient rédigées et les consignes transmises dans la lettre jointe donnaient l'impression que l'enquête ne servirait qu'à recueillir des statistiques.

En effet, seul l'accent mis sur la capacité des patients à travailler et sur les catégories proposées pour les identifier pouvait indiquer l'objectif sinistre du sondage. Ces catégories étaient :

- les patients souffrant de schizophrénie, d'épilepsie, de démence, d'encéphalite et d'autres troubles neurologiques ou psychiatriques chroniques
- les patients n'étant pas de sang allemand ou « apparenté »
- les patients pénalement irresponsables, ou placés en institution pour des raisons pénales
- les patients placés dans l'institution depuis plus de cinq ans.

Des « experts médicaux » et des médecins recrutés secrètement (dont beaucoup étaient très réputés) s'affairèrent par équipes de trois pour évaluer les formulaires. C'est sur la base de leurs décisions qu'à partir de janvier 1940, les fonctionnaires de T4 commencèrent à sortir de leurs institutions

les patients sélectionnés pour le programme d'« euthanasie ». Ils furent transportés par bus ou par train vers l'un des sites de gazage pour y être tués.

Dans les heures qui suivaient leur arrivée dans l'un des centres, les victimes périssaient dans des chambres à gaz — du monoxyde de carbone pur en bouteille — camouflées en douches. Le personnel brûlait ensuite les corps dans des fours crématoires mitoyens tandis que d'autres remplissaient une urne depuis un tas de cendres commun. Enfin, l'urne, un certificat de décès et d'autres documents indiquant une date et une cause de mort fictives étaient envoyés à la famille ou au tuteur des victimes incinérées.

Le programme étant secret, les organisateurs et les employés de T4 prenaient des mesures élaborées pour cacher ses objectifs meurtriers. Mais les médecins et les administrateurs des institutions avaient beau falsifier systématiquement les papiers officiels pour attester la mort naturelle des victimes, le programme d'euthanasie ne fut bientôt plus un secret. Lorsque la mesure devint de notoriété publique, un mouvement de protestations publiques et privées contre les meurtres fut lancé, notamment de la part du clergé allemand. On peut citer par exemple l'évêque de Münster, Clemens August comte von Galen, qui dénonça les meurtres du programme T4 dans son sermon du 3 août 1941. À la fin du mois, le tollé d'indignations poussa Hitler à ordonner l'arrêt du programme d'euthanasie.

D'après les calculs internes de T4, ces « euthanasies » coûtèrent la vie à 70 273 handicapés physiques et mentaux placés en institution, décédés dans les six installations de gazage entre janvier 1940 et août 1941.

●Deuxième phase

Le fait qu'Hitler interrompe *l'Aktion T4* ne signifia pas pour autant la fin des opérations d'« euthanasie ». On continua à tuer des enfants comme si rien n'avait changé. En août 1942, les médecins et professionnels

de santé allemands reprirent les exécutions, mais avec plus de précautions pour les tenir secrètes. Plus décentralisés que les opérations par gazage, ces nouveaux efforts dépendaient d'ordres régionaux, les autorités locales déterminant le rythme des exécutions.

Recourant aux mêmes surdoses médicamenteuses et injections létales déjà employées avec succès sur les enfants pour les éliminer plus discrètement, la campagne d'« euthanasie » reprit dans de nombreuses institutions à travers tout le Reich. Nombre d'entre elles affamaient aussi systématiquement les victimes, quel que soit leur âge.

Le programme d'euthanasie se poursuivit jusqu'aux derniers jours de la Seconde Guerre mondiale. Il s'étendit à de nouvelles victimes : patients gériatriques, victimes de bombardements, travailleurs forcés étrangers. Les historiens estiment que, toutes phases confondues, 250 000 individus furent tués.

●Les personnes handicapées dans les pays de l'Est occupés par l'Allemagne

Les handicapés furent aussi des victimes dans les pays de l'Est occupés par l'Allemagne. Dans un premier temps, les Allemands cantonnèrent le programme d'euthanasie — à l'origine une mesure d'hygiène raciale — au Reich, c'est-à-dire à l'Allemagne et aux territoires annexés d'Autriche, d'Alsace-Lorraine, du protectorat de Bohême et Moravie, ainsi qu'aux territoires de la Pologne annexés par l'Allemagne. Néanmoins, les certitudes de l'idéologie nazie selon lesquelles la vie de ces personnes était « indigne d'être vécue » conduisirent également à l'exécution de patients institutionnalisés en Pologne et en Union soviétique. Dans ce cas, c'est la SS et la police (plutôt que médecins, soignants, et administrateurs de T4) qui mirent en œuvre le programme d'euthanasie.

En Poméranie, en Prusse occidentale, et dans la Pologne occupée, les unités de police et de la SS assassinèrent ainsi quelque 30 000 patients avant l'automne 1941. Il s'agissait de

faire de la place pour les Allemands ethniques (*Volksdeutsche*) venus s'installer là après leur transfert des pays baltes et d'autres régions.

Par ailleurs, dans les territoires soviétiques occupés, des unités de police et de la SS assassinèrent des patients handicapés lors d'exécutions de masse ainsi que dans des camions à gaz. En Pologne et en Union soviétique, des milliers d'entre eux moururent exécutés dans leur lit ou dans leur institution par des SS et des auxiliaires de police. Ces meurtres n'étaient pas motivés par la composante idéologique constitutive du programme d'euthanasie centralisé. Il semble plutôt que les motifs furent d'ordre économique et matériel.

La SS et la Wehrmacht récupérèrent rapidement les hôpitaux vidés par ces opérations d'exécution pour en faire des casernes, des hôpitaux de réserve, et des dépôts de munitions. Dans de rares cas, les bâtiments vacants furent reconvertis en sites T4 proprement dits, par exemple à Tiegendorf, près de Gnesen (aujourd'hui Gniezno, dans la région centre-occidentale de la Pologne).

● **L'importance du programme d'euthanasie**

Par bien des aspects, le programme d'euthanasie constitua le précurseur des politiques génocidaires de l'Allemagne nazie. À partir des justifications idéologiques présentées par les médecins pour éliminer les individus « inaptes », les dirigeants nazis élargirent les catégories considérées comme ennemis biologiques, y ajoutant notamment les Juifs et les Roms (Tsiganes).

Les architectes de la « solution finale » empruntèrent ensuite les chambres à gaz et les fours crématoires conçus pour la campagne T4 pour y assassiner les Juifs dans les pays d'Europe occupés par l'Allemagne. Le personnel qui avait démontré sa fiabilité durant le premier programme de meurtres de masse occupa une place importante au sein des effectifs allemands

dans les centres de mise à mort de l'Opération Reinhard à Belzec, Sobibor et Treblinka.

Comme ceux qui planifièrent l'annihilation physique des Juifs d'Europe, les organisateurs du programme d'euthanasie imaginaient une société productive et racialement pure. Des stratégies radicales s'avéraient nécessaires pour éliminer ceux qui ne correspondaient pas à leur vision.

<https://www.politis.fr/articles/2026/01/analyse-aide-a-mourir-jai-peur-quon-me-rembourse-mon-euthanasie-plutot-que-mon-traitement/>

SANTÉSOCIÉTÉ

Publié dans le dossier

Aide à mourir : une loi et mille questions

Temps de lecture : 8 minutes

#Fin de vie #Santé #Santé publique #Validisme #Discriminations #Handicap

Aide à mourir :

« J'ai peur qu'on me rembourse mon euthanasie plutôt que mon traitement »

Après plusieurs reports, la proposition de loi sur l'aide à mourir est examinée au Sénat. Un texte redouté par de potentiels futurs patients et soignants concernés, tant son application reste floue dans un système de santé déjà fragilisé.

Isya Okoué Métogo et Chiara Kahn • 20 janvier 2026



Un médecin tient un flacon de thiopental, un barbiturique utilisé dans la pratique de l'euthanasie, dans un hôpital en Belgique, le 1er février 2024. En 2022, 2 966 personnes ont subi une euthanasie en Belgique, selon la commission fédérale de contrôle. Sur ce total, 53 résidaient en France.

© Simon Wohlfahrt / AFP

Ce 20 janvier, la proposition de loi sur l'aide active à mourir, adoptée à l'Assemblée nationale en mai dernier, est examinée au Sénat. En mai, 305 députés avaient voté pour ce texte, 199 s'y étaient opposés et 57 s'étaient abstenus. La gauche, qui a – en très grande majorité soutenu l'aide à mourir –, défend une loi « humaniste et laïque ». Les Républicains ont émis de nombreuses réserves, jugeant le texte « profondément déséquilibré ». Le Rassemblement National y est fermement opposé.

Bien loin des hémicycles, des personnes potentiellement éligibles et une partie du corps médical s'inquiètent de la mise en pratique d'une telle loi, à l'aube d'un budget 2026 austéritaire et dans un système de santé déjà très affaibli.

Un durcissement des conditions de vie

Depuis plusieurs années, la France est interpellée par l'ONU pour ses pratiques d'institutionnalisation – à savoir le fait de placer une personne dans un milieu ségrégué, sur la base de son handicap –, jugées paternalistes. Selon le dernier rapport de la Fédération hospitalière de France (FHF) et du Groupement national des établissements publics sociaux et médico-sociaux (GEPSO), 60 % des établissements médico-sociaux sont en déficit. Une situation peu corrigée par le budget 2026, qui prévoit une hausse bien en dessous des 4 % réclamée et le gel de plusieurs prestations sociales, comme l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Dans ce contexte, le projet de loi inquiète Morgan B., atteint d'une maladie neuromusculaire dégénérative et potentiellement éligible à l'aide à mourir. « *Aujourd'hui, je vis dans un HLM. Mon principal revenu est l'AAH* », explique l'artiste de 41 ans, qui dépend aussi de la sécurité sociale pour son traitement. « *Je suis très angoissé à l'idée qu'à la place de me rembourser mon traitement, on finisse par me rembourser mon euthanasie* », confie-t-il.

Ma grande sœur m'a proposé de me suicider un jour. Elle a vraiment pensé que c'était un cadeau.

Camille

Un sentiment partagé par Camille* R., 25 ans, atteinte de plusieurs troubles neurodéveloppementaux. En l'état en France, sa pathologie ne serait pas admissible pour accéder à l'aide à mourir. Son cas, en revanche, peut être envisagé au Canada et en Belgique. L'incertitude sur un hypothétique élargissement de critères l'inquiète. En avril 2025, 14 médicaments de psychiatrie manquaient en France. L'étudiante en sociologie décrit un quotidien rythmé par les files d'attente et les trocs de cachets entre amis. « *Le Concerta, un médicament pour le TDAH (1), c'est introuvable depuis un an* », déplore Camille.

Revendiquer un droit à vivre

Pour Morgan B., la proposition de loi sur l'aide fait écho au regard que les personnes non handicapées posent sur les personnes concernées : « *Ma grande sœur m'a proposé de me suicider un jour. Elle a vraiment pensé que c'était un cadeau* ». Et il insiste sur le poids symbolique de l'aide à mourir, dans une société qui lui a « *mis dans le crâne depuis toujours qu'[il] ne méritait pas de vivre* ». « *Mais il n'y a pas besoin de marcher pour vivre* », ajoute Morgan.

Camille R. insiste aussi sur la violence du système médical, qui porte parfois un discours pessimiste : « *On te dit direct "de toute façon vous ne pourrez jamais avoir une vie stable, vivre seul, vous êtes dangereux pour les autres". J'ai l'impression qu'on est déjà en train de nous aiguiller sur le fait que notre vie sera toujours de la merde.* » Camille conclut :

Le Manifeste des « Éligibles » et des aidants qui demandent le retrait de la loi sur l'euthanasie

<https://leseligibles.fr/manifeste>

01 — Notre Appel

« Nous sommes des personnes malades, handicapées, vieillissantes, en situation de précarité, que certains désignent comme « éligibles » à l'euthanasie ou au suicide assisté. À nos côtés, des familles, des proches, des aidants, des professionnels, des membres de la société civile affirment avec nous : *Nous sommes tous des Éligibles.* »

Tous nous vivons, assumons et partageons une même vulnérabilité. Au-delà de toute considération politique ou confessionnelle, notre inquiétude est commune. Elle nous mobilise et nous oppose à la proposition de loi relative à l'aide à mourir. Car cette loi, loin d'être une simple réforme, engage un projet de société. Elle crée une fracture symbolique majeure : celle qui distingue les vies qui valent d'être accompagnées de celles qu'on peut proposer d'interrompre.

Nous refusons cette fracture.

02 — Notre Indignation

->Un contexte inquiétant

Cette loi intervient dans un contexte politique et social qui ne peut que nourrir les inquiétudes de celles et ceux qui vivent la dépendance, le handicap, l'âge et/ou la maladie. Nous venons de franchir le seuil des 20 ans de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, dont l'un des fondamentaux renvoyait à l'obligation de solidarité collective. Or aujourd'hui, tous les constats vont dans le sens de notre incapacité à fournir un accompagnement technique et humain digne de ce nom aux personnes qui en ont besoin. À cela s'ajoute un secteur du soin en berne, et une crise profonde du secteur de l'aide à domicile – les proches-aidants sont devenus la variable d'ajustement des politiques publiques en matière d'accompagnement, le pilier d'un système qui ne sait toujours pas respecter l'autonomie de toute personne.

->Nous ne sommes pas des fardeaux

Par ailleurs, l'accompagnement est encore trop souvent perçu comme une « prise en charge », et les personnes accompagnées encore trop souvent considérées comme des « objets de soins ». Beaucoup de personnes concernées se sentent comme un poids pour leurs proches et la société toute entière. Nous le savons : notre fragilité ne diminue en rien notre dignité. Elle est même l'expression de notre condition humaine.

Nous ne sommes pas des fardeaux. Nous ne sommes pas des coûts sociaux. Nous sommes des femmes et des hommes debout, des citoyens à part entière, porteurs d'expériences, de luttes, de volontés. Nous vivons avec la douleur, l'incertitude, la dépendance.

->Le droit de mourir n'est pas notre liberté

Nous vivons avec la douleur, l'incertitude, la dépendance. Nous savons mieux que d'autres qui en traitent comme d'une déchéance, ce qu'est la souffrance du corps et de la pensée, mais aussi avec quelle force on s'efforce jour après jour de la surmonter afin de préserver ou de reconquérir des espaces de liberté.

Que l'on ne nous parle donc pas de la liberté de renoncer à la vie, d'y mettre un terme en recourant à l'euthanasie ou au suicide assisté alors que notre conception de la liberté relève d'une volonté de vivre notre vie. Nous refusons que le « droit de mourir » devienne la norme sociale et une forme de devoir moral que devraient accepter d'assumer les plus vulnérables en y sacrifiant ce qu'ils sont. Nous refusons qu'une société prétende soulager la souffrance en légalisant l'élimination des personnes qui souffrent.

03 — Notre Espérance

Nous demandons un basculement de regard : que l'on cesse d'interroger notre droit à mourir, pour enfin se demander comment nous permettre de vivre pleinement, malgré la dépendance, le handicap, la maladie, l'âge ou la souffrance. Les Éligibles veulent placer leur démarche dans une pulsion de vie, rappeler combien il est nécessaire de lui donner sa chance. Nous demandons que la vulnérabilité soit reconnue comme un levier d'humanité partagée, et non comme un critère de mise à l'écart. Nous demandons que la liberté ne soit pas réduite au choix de mourir, mais étendue au pouvoir de vivre dignement.

Nous proposons un basculement de cette attention aux conditions de notre mort pour qu'avec le même empressement soit ouverte une concertation consacrée aux conditions de notre vie en société, à nos droits existentiels et à notre autonomie.

Nous voulons une société qui soigne, qui accompagne, qui soutient. Une société qui ne renonce pas à la fraternité.

04 — Nos Exigences

01-Le retrait pur et simple de la proposition de loi sur l'aide à mourir tant que l'accès aux soins palliatifs n'est pas garanti, partout et pour tous.

02-L'organisation d'un Grenelle* de l'accompagnement pour refonder la politique du soin, du lien et de la solidarité envers les personnes vulnérables.

03-Un plan d'urgence pour les métiers de l'aide et du soin, incluant une revalorisation salariale et une révision des aides versées aux bénéficiaires.

04-La généralisation de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), quel que soit l'âge ou la pathologie, avec une gestion nationale équitable.

05-Une réforme du modèle d'accompagnement, conforme à la Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées (CIDPH) : autonomie accompagnée, co-construction des parcours, citoyenneté pleine et entière.

Ajoutez votre voix à la nôtre !

Le Canard Enchaîné, mercredi 8 avril 2026, p. 4 :

Covid long : un étouffoir d'État

Le mal touche près de 3 % des Français. Ce sont donc 2 millions de personnes qui en souffrent, dont 700 000 avec des troubles (fatigue intense, difficultés respiratoires, douleurs musculaires...) qui les empêchent parfois de travailler. Quel suivi l'État a-t-il mis en place pour ces victimes de Covid long ? Réponse : aucun.

Le 24 janvier 2022, était pourtant votée à l'unanimité à l'Assemblée nationale et au Sénat la loi Zumkeller, qui prévoyait la création d'une plateforme de recensement et des structures de soins adaptées à travers tout le territoire. Bien utile pour tracer les malades et les sortir de ce cauchemar sans fin. Las ! quatre ans plus tard, pas le moindre décret d'application à l'horizon. Vite, une piqûre de rappel !

« On m'avait promis que ça irait vite », se souvient l'ex-député UDI Michel Zumkeller, à l'origine du texte. Pour maximiser les soutiens, l'élu avait retiré un amendement exigeant la publication du décret sous six mois. Bien mal lui en a pris...

Les derniers oubliés

[La rhumatologue] Stéphanie Rist** [députée macroniste depuis 2017, et qui a donc voté cette loi, avant de devenir, depuis le 12 octobre 2025, ministre de la Santé et donc, en charge de la promulgation des décrets], était pourtant montée au créneau pour vanter l'importance d'un accompagnement spécifique. Dans un tweet du 29 août 2023, la désormais ministre de la santé promettait la création d'une plateforme en ligne

avant la fin de l'année. *« Des travaux sont en cours et aboutiront le 1^{er} juillet »*, précise aujourd'hui le ministère. Alleluia !

Face à un tel retard, l'association Covid Long Solidarité a saisi le Conseil d'État qui, le 1^e juillet 2025, a sommé les pouvoirs publics de rendre la loi effective d'ici à douze mois. À l'approche de l'ultimatum administratif, les autorités se réveillent tout doucement. *« Le gouvernement et l'Assurance maladie redoutent de compter les malades, accuse Zumkeller. Pour eux, le Covid long, c'est fini depuis deux ans. »* Covidosceptique, l'État ?

Du côté des médecins, pourtant, le diagnostic est clair : le Covid long n'est pas une vue de l'esprit. Pathologie post-infectieuse, au même titre que la maladie de Lyme ou le paludisme, il est parfois guérissable, en cas de prise en charge rapide. Or, trouver un centre se révèle aussi compliqué que dénicher un masque au début de la pandémie.

Le docteur Alaa Ghali en sait quelque chose. Ancien responsable de l'unité post-Covid du CHU d'Angers – fermée l'été dernier par l'Agence régionale de santé Pays de la Loire –, il a ouvert un cabinet à Douai-en-Anjou (Maine-et-Loire) pour répondre au désarroi des patients. Les inégalités territoriales sont criantes. Selon une étude de l'association AprèsJ20, financée par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), un Breton sur six, par exemple, doit se faire soigner en dehors de sa région.

Lourdement handicapée, Stéphanie, qui habite près de Saint-Brieuc (Côtes d'Armor), a ainsi été contrainte de

parcourir près de 1000 kilomètres pour rejoindre une clinique en Occitanie. Résultat : elle remarque ! « *Moi, j'ai pu le faire, confie-t-elle. Mais d'autres ne peuvent même plus sortir de leur lit.* » Ni l'État de sa coupable somnolence.

Encore un effet indésirable du Covid long ?

Emmanuelle Souffi
et Louise Colvert

(** À lire aussi dans ce même numéro du 8 avril 2026 du *Canard enchaîné* : le portrait que consacre la journaliste Anne-Sophie Mercier à la ministre de la santé Stéphanie Rist, p. 7)

<https://www.klesia.fr/actualites/la-lfss-pour-2026-est-promulguee-le-detail-des-principales-mesures>

KLESIA - Assureur d'intérêt général

Publié le 5/01/2026

La LFSS pour 2026 est promulguée : le détail des principales mesures

Après son examen par le Conseil constitutionnel, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026 a été publiée au Journal Officiel du 31 décembre 2025.

En vertu de ce texte, le redressement financier du régime général de Sécurité sociale sera moindre que prévu avec un solde négatif, toutes branches confondues, de 19,4 milliards d'euros inférieur de 1,9 milliard d'euros par rapport à la copie gouvernementale.

Milliards d'euros	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	257,5	271,3	-13,8
AT-MP	17,1	18	-1
Vieillesse	60,1	59,7	0,4
Famille	43,3	43,6	-0,4
Autonomie	43,3	43,6	-0,4
Toutes branches	664,8	684,2	-19,4

Et encore, ce solde tient-il compte du transfert de 6,6 milliards d'euros de recettes supplémentaires en provenance de l'Etat recouvrant la restitution à la Sécurité sociale de 2 milliards d'euros de gain lié à la baisse des allègements généraux de l'an dernier ou encore la compensation d'exonérations diverses (dont celles sur les heures supplémentaires). Mais ce solde tient aussi compte de plusieurs recettes nouvelles telles que :

- la contribution de 1 milliard d'euros sur les organismes de complémentaire santé ;
- l'instauration d'une contribution financière pour l'autonomie de 1,5 milliard d'euros via notamment une hausse de 9,2 % à 10,6 % du taux de CSG sur les produits d'épargne financière (hors revenus fonciers, plus-values immobilières, produits des contrats d'assurance-vie, des plans d'épargne logement (PEL) et des plans d'épargne populaire) (article 12);
- l'alourdissement de 30 à 40 % de la contribution sur les indemnités de mise à la retraite et de rupture conventionnelle (article 15);
- la création d'une taxe sur boissons énergisantes présentant un taux d'alcool de plus de 1,2 % (article 34).
- L'alourdissement de la fiscalité appliquée aux industries du médicament.

En revanche, la LFSS pour 2026 ne prévoit pas le gel des barèmes de CSG sur les pensions et allocations chômage, initialement souhaité par le gouvernement mais rejeté par les députés.

De leur côté, les dépenses ont également été revues à la hausse du fait notamment de l'indexation pleine et entière sur l'inflation des prestations sociales ou encore de la hausse des crédits hospitaliers et médico-sociaux. Le rejet de l'extension et du doublement des franchises et participations forfaitaires appliquées sur les médicaments et les actes médicaux a de son côté, réduit de 2,5 milliards d'euros les économies envisagées par le gouvernement.

En sus de la contribution sur les assureurs maladie complémentaires, la LFSS pour 2026 prévoit aussi diverses mesures en matière de complémentaire santé, de prévoyance tandis que plusieurs dispositions concernent les professionnels de santé.

En matière de retraite, la LFSS pour 2026 entérine :

- la suspension de la réforme des retraites de 2023 de façon à bloquer à 62 ans et 9 mois et ce jusqu'au 1er janvier 2028, l'âge légal d'ouverture du droit au départ et à 170 trimestres la durée d'assurance requise pour prétendre au taux plein (article 105). Cette suspension s'applique aux pensions prenant effet à compter du 1er septembre 2026, de telle sorte que les assurés bénéficiant d'un départ anticipé, au titre du dispositif pour longues

carrières, inaptitude et invalidité, puissent bénéficier de l'abaissement de la durée d'assurance requise prévue pour leur génération. Le surcoût lié à cette suspension a ainsi été réévalué à 300 millions d'euros en 2026 et 1,9 milliard d'euros en 2027.

- la réforme du dispositif de cumul emploi-retraite de façon à le rendre moins attractif aux assurés n'ayant pas atteint l'âge de 67 ans (article 102).

- la réduction du nombre de meilleures années de carrière des mères pris en compte pour calculer la pension de retraite de base des assurés du régime général ainsi que la comptabilisation des trimestres de bonification et de majoration de durée d'assurance attribués au titre de la maternité pour permettre un départ en retraite anticipé au titre d'une carrière longue (article 104). Ces deux mesures sont issues du conclave inabouti des retraites.

- L'obligation de négocier sur le maintien en emploi des travailleurs expérimentés dans les entreprises de plus de 300 salariés (article 11).

Un congé supplémentaire de naissance de 2 mois par parent cumulable avec les congés maternité et paternité existants est également instauré à compter du 1er juillet 2026 (article 99).

N° 585

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

Enregistré à la Présidence du Sénat le 29 avril 2026

PROPOSITION DE LOI

ADOPTÉE AVEC MODIFICATIONS PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE
EN DEUXIÈME LECTURE

*visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins
palliatifs,*

TEXTE DE LA COMMISSION

DES AFFAIRES SOCIALES (1)

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Mouiller, *président* ; Mme Élisabeth Doineau, *rapporteuse générale* ; Mme Pascale Gruny, M. Jean Sol, Mme Annie Le Houerou, MM. Bernard Jomier, Olivier Henno, Dominique Théophile, Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Viviane Malet, Annick Petrus, Corinne Imbert, Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; Mme Marie-Do Aeschlimann, M. Pierre Boileau, Mmes Christine Bonfanti-Dossat, Corinne Bourcier, Brigitte Bourguignon, Céline Brulin, M. Laurent Burgoa, Mmes Marion Canalès, Maryse Carrère, Catherine Conconne, Patricia Demas, Chantal Deseyne, Brigitte Devésa, M. Jean-Luc Fichet, Mme Frédérique Gerbaud, MM. Xavier Iacovelli, Khalifé Khalifé, Mmes Florence Lassarade, Marie-Claude Lermytte, M. Martin Lévrier, Mmes Monique Lubin, Brigitte Micouleau, Laurence Muller-Bronn, Solanges Nadille, Anne-Marie Nédélec, Guylène Pantel, Émilienne Poumirol, Frédérique Puissat, Marie-Pierre Richer, Anne-Sophie Romagny, Laurence Rossignol, Silvana Silvani, Nadia Sollogoub, Anne Souyris, M. Alain Milon.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (17^e législature) : 1^{re} lecture : **1102, 1281** et T.A. **121**.
2^e lecture : **2406, 2457** et T.A. **242**.

Sénat : 1^{re} lecture : **662** (2024-2025), **266, 267** et T.A. **44** (2025-2026).
2^e lecture : **439** et **584** (2025-2026).

Proposition de loi visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs

Article 1^{er}

(Non modifié)

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au dernier alinéa de l'article L. 1110-5-1, après le mot : « dispensant », sont insérés les mots : « l'accompagnement et » ;
- ③ 2° Au premier alinéa de l'article L. 1110-8, après les mots : « relève de », sont insérés les mots : « l'accompagnement et des » ;
- ④ 3° L'article L. 1110-10 est ainsi rédigé :
- ⑤ « *Art. L. 1110-10.* – L'accompagnement et les soins palliatifs mettent en œuvre le droit fondamental à la protection de la santé mentionné à l'article L. 1110-1. Ils sont destinés et adaptés aux personnes de tout âge et de toute situation physique, mentale ou psychique en souffrance du fait de leur état de santé affecté par une ou plusieurs maladies graves aux conséquences physiques ou psychiques graves et, en particulier, aux personnes approchant de la fin de leur vie. Ils ont pour objet, à la demande de la personne et à l'initiative et sous la conduite des médecins et des professionnels de l'équipe de soins, de garantir une prise en charge globale et de proximité de la personne malade et de ses proches, dans un délai compatible avec son état de santé, afin de préserver sa dignité, son autonomie, sa qualité de vie et son bien-être. Ils sont accessibles sur l'ensemble du territoire national et leur répartition garantit un accès équitable aux personnes malades.
- ⑥ « Dans le respect de la volonté de la personne malade, exprimée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4, l'accompagnement et les soins palliatifs comprennent la prévention, l'évaluation et la prise en charge globale des problèmes physiques, notamment de la douleur et des autres symptômes pénibles, ainsi que la réponse aux souffrances psychiques et aux besoins sociaux et spirituels.
- ⑦ « Ils sont délivrés de façon précoce, active et continue tout au long du parcours de soins de la personne malade. Ils assurent la prise en charge de l'entourage de la personne malade en lui procurant le soutien psychologique et social nécessaire, notamment après le décès de la personne malade.

- ⑧ « L'accompagnement et les soins palliatifs sont pratiqués par une équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Ils sont prodigués quel que soit le lieu de résidence ou de soins de la personne malade, y compris dans les lieux de privation de liberté, selon des modalités adaptées. Ils comportent une information et un accompagnement pour la rédaction des directives anticipées définies à l'article L. 1111-11 et pour la désignation de la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6. Les bénévoles mentionnés à l'article L. 1110-11 peuvent intervenir en appui de l'équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle.
- ⑨ « Les structures spécialisées dans la douleur chronique, labellisées par les agences régionales de santé, sont associées à l'accompagnement des malades prévu au présent article.
- ⑩ « Dans les établissements délivrant un accompagnement et des soins palliatifs et dans les établissements mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, un référent chargé de coordonner l'accès à l'accompagnement et aux soins palliatifs est nommé. Ce référent exerce ses fonctions à titre bénévole.
- ⑪ « Les tarifs des honoraires des professionnels de santé pour les missions réalisées dans le cadre du présent article ne peuvent donner lieu à dépassement. Tous les deux ans, les administrations de sécurité sociale publient un rapport évaluant l'état de la prise en charge financière de l'accompagnement et des soins palliatifs, du recours aux subventions des fonds d'action sanitaire et sociale et du reste à charge des patients dans l'accompagnement de la fin de vie. » ;
- ⑫ 4° La troisième phrase du premier alinéa du I de l'article L. 1111-2 est remplacée par deux phrases ainsi rédigées : « La personne se voit remettre un livret d'information, accessible aux personnes en situation de handicap visuel ou auditif et disponible dans un format facile à lire et à comprendre, sur ses droits en matière d'accompagnement et de soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10 ; elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, cet accompagnement et ces soins sous forme ambulatoire ou à domicile, notamment par l'intervention d'un établissement d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la possibilité d'enregistrer ses directives anticipées définies à l'article L. 1111-11 dans l'espace numérique de santé ou de les actualiser. Elle peut également bénéficier de l'accompagnement d'un professionnel de santé pour effectuer ces démarches. » ;
- ⑬ 5° À la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 1111-4, après le mot : « dispensant », sont insérés les mots : « l'accompagnement et » ;

- ⑭ 6° L'article L. 1112-4 est ainsi modifié :
- ⑮ a) À la première phrase du premier alinéa, après le mot : « assurer », sont insérés les mots : « l'accompagnement et » ;
- ⑯ b) À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, après le mot : « requiert », sont insérés les mots : « un accompagnement et ».
- ⑰ II. – (*Non modifié*)

Article 2

(Non modifié)

- ① Après l'article L. 1110-10 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-10-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1110-10-2.* – L'accès à l'accompagnement et aux soins palliatifs définis à l'article L. 1110-10 est assuré dans le cadre d'organisations territoriales spécifiques pilotées par l'agence régionale de santé.
- ③ « Chaque organisation territoriale rassemble les personnes et les organismes intervenant localement dans les domaines sanitaire, médico-social et social, dont les collectivités territoriales et les associations, dans le territoire d'action défini par l'agence régionale de santé.
- ④ « Les organisations territoriales assurent la coordination des intervenants en mobilisant, dans une logique de gradation en fonction de l'évolution des besoins des personnes malades et de leurs aidants, notamment en vue du maintien au domicile de celles-ci ou en vue de leur garantir un parcours de soins à proximité de leur lieu de vie, l'ensemble de leurs membres, y compris les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes mentionnés à l'article L. 6327-2, les maisons mentionnées au 18° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, les établissements de santé, en particulier les établissements d'hospitalisation à domicile, et les structures de prise en charge de la douleur. Elles participent à l'organisation et au développement de la prise en charge palliative pédiatrique.
- ⑤ « Ces organisations territoriales renforcent l'accès effectif aux soins palliatifs à domicile, notamment pour les personnes en situation de handicap lourd ou de dépendance fonctionnelle majeure.

- ⑥ « Afin de garantir la continuité et la qualité de la prise en charge, les organisations territoriales élaborent un protocole commun aux équipes mobiles de soins palliatifs pour adultes, aux équipes mobiles de soins palliatifs pédiatriques et aux autres intervenants mentionnés au troisième alinéa du présent article, y compris les infirmières libérales et les médecins exerçant dans une maison de santé. Ce protocole précise les modalités d'intervention, de coordination, de transmission d'informations et de soutien aux professionnels et aux familles, notamment en cas de situations complexes ou de transitions entre services.
- ⑦ « Elles facilitent l'expérimentation de dispositifs innovants chargés de l'accompagnement et des soins palliatifs à domicile. »

.....

Article 4

(Non modifié)

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° et 2° (*Supprimés*)
- ③ 3° À la première phrase du cinquième alinéa de l'article L. 1434-2, après la première occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « , dont l'accès effectif à l'accompagnement et aux soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10 ».

Article 4 bis

(Non modifié)

- ① Après l'article L. 1110-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-9-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1110-9-2.* – Une stratégie nationale de l'accompagnement et des soins palliatifs définie par le Gouvernement détermine, de manière pluriannuelle et dans le respect des orientations de la stratégie nationale de santé mentionnée à l'article L. 1411-1-1, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de l'accès à l'accompagnement et aux soins palliatifs, en indiquant les moyens financiers mobilisés pour atteindre ces objectifs.
- ③ « Une instance de gouvernance, placée auprès du ministre chargé de la santé, a pour mission d'assurer la mise en œuvre de la stratégie mentionnée au premier alinéa du présent article.

④ « Elle comprend notamment des représentants de collectivités territoriales, des représentants de l'État, des représentants des agences régionales de santé, des professionnels de santé, des représentants des fédérations hospitalières et d'associations d'accompagnants bénévoles en soins palliatifs, des membres d'associations agréées pour représenter les usagers en application de l'article L. 1114-1 ainsi que des personnalités qualifiées. Elle remet tous les deux ans au Parlement un rapport d'évaluation.

⑤ « Les membres de cette instance exercent leurs fonctions à titre bénévole. »

.....

Article 7

(Non modifié)

① Les crédits de paiement de la stratégie nationale de l'accompagnement et des soins palliatifs mentionnée à l'article L. 1110-9-2 du code de la santé publique évoluent sur la période de 2026 à 2034 en application du tableau du deuxième alinéa du présent article. Ces crédits peuvent être réévalués afin de garantir un accès effectif des malades à un accompagnement et à des soins palliatifs.

②

Crédits de paiement et plafonds des taxes allouées aux mesures nouvelles prévues par la stratégie nationale de l'accompagnement et des soins palliatifs	
Année	Mesures nouvelles (en millions d'euros)
2026	194
2027	192
2028	188
2029	194
2030	150
2031	210
2032	200
2033	244
2034	222

- ③ Le périmètre budgétaire concerné intègre les dépenses relatives :
- ④ 1° À l'hôpital de jour et aux courts séjours ;
- ⑤ 2° Aux séjours en service de médecine générale ou de chirurgie ;
- ⑥ 3° Aux séjours en lits identifiés de soins palliatifs ;
- ⑦ 4° Aux séjours en unité de soins palliatifs ;
- ⑧ 5° Aux créations d'unités de soins palliatifs et d'unités de soins palliatifs pédiatriques, notamment dans les départements qui n'en sont pas dotés, en poursuivant l'objectif d'atteindre un minimum de deux unités par région avant le 31 décembre 2030, et aux créations de maisons d'accompagnement et de soins palliatifs ;
- ⑨ 6° Aux journées d'hospitalisation à domicile ;
- ⑩ 7° Aux séjours en unité de soins médicaux et de réadaptation ;
- ⑪ 8° Aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;
- ⑫ 9° Au fonds d'intervention régional, dont les équipes mobiles de soins palliatifs et les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques ;
- ⑬ 10° Aux actes des professionnels de santé libéraux ;
- ⑭ 11° Aux médicaments délivrés en ville et relevant d'un parcours palliatif ;
- ⑮ 12° Aux mesures visant à renforcer la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé, des professionnels du secteur médico-social et des professionnels travaillant dans le champ de la santé mentale sur l'accompagnement et les soins palliatifs, qui incluent notamment la structuration d'une filière universitaire dédiée à l'accompagnement et aux soins palliatifs et la création d'un diplôme d'études spécialisées en médecine palliative, en accompagnement et en soins palliatifs ;
- ⑯ 13° Aux associations de bénévoles d'accompagnement ;
- ⑰ 14° À la prise en charge des activités sportives prescrites.

Article 7 bis

(Non modifié)

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant l'opportunité et les modalités d'une réforme du financement des soins palliatifs. Dans ce cadre, le rapport évalue notamment la possibilité de mettre en place un financement mixte des établissements de santé, fondé sur une dotation forfaitaire visant à sécuriser de manière pluriannuelle le financement de leurs activités palliatives et sur des recettes issues de l'activité elle-même. Il analyse et classe les territoires en fonction de l'accessibilité effective des soins palliatifs qu'ils garantissent ou non aux patients en fin de vie qui demandent à y recourir.

Article 8

(Non modifié)

- ① I et II. – *(Supprimés)*
- ② III. – Le II de l'article 1^{er} de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie est ainsi rédigé :
- ③ « II. – Les professionnels de santé, les professionnels du secteur médico-social et les professionnels travaillant dans le champ de la santé mentale mentionnés à l'article L. 3221-2 du code de la santé publique reçoivent, au cours de leur formation initiale et de leur formation continue, un enseignement spécifique sur l'accompagnement et les soins palliatifs.
- ④ « Un décret précise les modalités d'application du présent II. »

.....

Article 8 ter

(Non modifié)

- ① Après le 4° de l'article L. 1415-1 du code de la santé publique, il est inséré un 5° ainsi rédigé :
- ② « 5° D'assurer un enseignement spécialisé sur l'éthique. »

Article 8 quater

(Non modifié)

- ① I. – À titre expérimental, pour une durée de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, l'État peut inclure une formation aux soins palliatifs dans les stages pratiques des étudiants en médecine dans les unités de soins palliatifs et les équipes mobiles de soins palliatifs.
- ② II. – Les modalités et le champ d'application de l'expérimentation ainsi que les territoires concernés sont déterminés par décret en Conseil d'État.
- ③ III. – Au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un bilan de cette expérimentation évaluant notamment l'opportunité de généraliser celle-ci.

.....

Article 10

(Non modifié)

- ① I. – Le livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 311-5-2, les mots : « et 7° » sont remplacés par les mots : « , 7° et 18° » ;
- ③ 2° L'article L. 312-1 est ainsi modifié :
- ④ a) Après le 17° du I, il est inséré un 18° ainsi rédigé :
- ⑤ « 18° Les maisons d'accompagnement et de soins palliatifs mentionnées à l'article L. 34-10-1, qui ont pour objet d'accueillir et d'accompagner des personnes relevant d'une prise en charge palliative ne pouvant être assurée à domicile et ne nécessitant pas une prise en charge en unité de soins palliatifs. En outre, elles peuvent accueillir des personnes relevant d'une prise en charge palliative à des fins de répit de leurs proches. Elles offrent également un accompagnement aux proches aidants et aux proches endeuillés. » ;
- ⑥ b) Le II est ainsi modifié :
- ⑦ – au deuxième alinéa, les mots : « et 7° » sont remplacés par les mots : « , 7° et 18° » ;

⑧ – à la première phrase de l’avant-dernier alinéa, les mots : « et au 17° » sont remplacés par les mots : « , 17° et 18° » et sont ajoutés les mots : « et formées aux enjeux liés à l’accompagnement des personnes en situation de handicap et des mineurs » ;

⑨ 3° Au *b* de l’article L. 313-3, les mots : « et 12° » sont remplacés par les mots : « , 12° et 18° » ;

⑩ 4° Au premier alinéa de l’article L. 314-3-3, les mots : « au 9° » sont remplacés par les mots : « aux 9° et 18° » ;

⑪ 5° Le titre IV est complété par un chapitre X ainsi rédigé :

⑫ « *CHAPITRE X*

⑬ « *Maisons d’accompagnement et de soins palliatifs*

⑭ « *Art. L. 34-10-1.* – Dans les maisons d’accompagnement et de soins palliatifs, les personnes mentionnées au 18° du I de l’article L. 312-1 ont accès à l’accompagnement et aux soins mentionnés à l’article L. 1110-10 du code de la santé publique. À cet effet, ces maisons concluent des conventions avec les équipes mobiles de soins palliatifs.

⑮ « Les proches qui accompagnent les personnes suivies dans les maisons d’accompagnement et de soins palliatifs bénéficient d’une information sur les droits des proches aidants, notamment, lorsque lesdites maisons ont conclu une convention avec une association dans les conditions prévues à l’article L. 1110-11 du même code, sur la possibilité de recourir à un accompagnement par des bénévoles.

⑯ « Les maisons d’accompagnement et de soins palliatifs relèvent d’établissements de droit public ou d’établissements de droit privé à but non lucratif. Elles signent un contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens avec le directeur général de l’agence régionale de santé territorialement compétente. Ce contrat fixe notamment les tarifs applicables aux prestations assurées par lesdites maisons. »

⑰ *I bis.* – À l’avant-dernier alinéa de l’article L. 1110-5-2 du code de la santé publique, les mots : « au 6° » sont remplacés par les mots : « aux 6° et 18° ».

⑱ II et III. – (*Supprimés*)

.....

Article 11 quater

(Non modifié)

- ① Après le 5° bis de l'article L. 4130-1 du code de la santé publique, il est inséré un 5° ter ainsi rédigé :
- ② « 5° ter Veiller à la bonne information et à la prise en charge palliative du patient. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans cette prise en charge et peut solliciter l'intervention d'un établissement d'hospitalisation à domicile ; ».

.....

Article 12

(Non modifié)

- ① I. – Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le coût et sur les modalités d'une réforme du congé de solidarité familiale permettant d'en accroître le taux de recours et de garantir une revalorisation de l'indemnisation qui est versée, en examinant notamment les possibilités d'élargir les modalités de versement et d'allonger la durée de versement, qui propose des mesures de soutien psychologique pour les aidants familiaux.
- ② Il étudie la suppression du critère d'accompagnement effectué à domicile afin de bénéficier du dispositif et l'allongement à trois mois de la durée de versement de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie.
- ③ Il évalue également le coût et les modalités d'une réforme du congé de proche aidant afin de le rémunérer sur le modèle des indemnités journalières, pour une durée d'un an fractionnable sur l'ensemble de la carrière.
- ④ Ce rapport comprend également des propositions concernant l'accès aux séjours de répit pour les proches aidants.
- ⑤ II. – *(Non modifié)*

Article 13

(Non modifié)

- ① Le dernier alinéa de l'article L. 1110-11 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- ② « Seules les associations ayant conclu la convention mentionnée au troisième alinéa ou ayant conclu une convention, conforme à un modèle défini par décret, avec une équipe de soins primaires, un centre de santé, une maison de santé pluriprofessionnelle, un dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes, un établissement d'hospitalisation à domicile ou une communauté professionnelle territoriale de santé peuvent organiser l'intervention de bénévoles au domicile des personnes malades. En cas de manquements constatés au respect des stipulations conventionnelles, le directeur de l'établissement, le représentant de la structure contractante ou, à défaut, le directeur général de l'agence régionale de santé suspend l'application de cette convention. »

Article 14

(Non modifié)

- ① Après l'article L. 1110-10 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-10-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1110-10-1. – I. –* Après l'annonce du diagnostic d'une affection grave, en cas d'aggravation d'une pathologie chronique ou en cas de début de perte d'autonomie, le médecin ou un professionnel de santé de l'équipe de soins propose au patient l'élaboration, par écrit ou par tout autre moyen compatible avec son état, d'un plan personnalisé d'accompagnement.
- ③ « La proposition du médecin ou du professionnel de santé intervient à l'issue de discussions au cours desquelles le patient peut être assisté des personnes de son choix.
- ④ « Ce plan est élaboré à partir des besoins et des volontés du patient et évolue avec ceux-ci. Si le patient y consent, la personne de confiance et un parent, un proche ou un bénévole mentionné à l'article L. 1110-11 qu'il désigne peuvent être associés à son élaboration et à son actualisation.

- ⑤ « II. – Le plan personnalisé d’accompagnement est consacré à l’anticipation, à la coordination et au suivi des prises en charge sanitaire, psychologique, sociale et médico-sociale du patient et de son entourage, y compris après le décès. Il comporte une partie relative à l’évaluation et à la gestion des symptômes d’inconfort de la personne ainsi qu’à la prise en charge de la douleur et de la perte d’autonomie.

- ⑥ « Le plan prévoit une sensibilisation de la personne de confiance et des proches désignés par le patient ainsi que des personnes chargées d’une mesure de protection aux enjeux liés à l’accompagnement des personnes en fin de vie ainsi qu’une information sur les droits et sur les dispositifs d’accompagnement sociaux, économiques et psychologiques dont ils peuvent bénéficier. Il prend en compte les besoins spécifiques des patients particulièrement vulnérables ou ayant des difficultés d’accès aux soins, tels que les personnes en situation de handicap, les personnes détenues ou retenues, les personnes sans revenus stables, les personnes résidant dans une des zones mentionnées au 1° de l’article L. 1434-4 ou les mineurs. Il comprend une vérification de la possibilité matérielle, humaine et médicale d’une hospitalisation à domicile.

- ⑦ « III. – Le plan personnalisé d’accompagnement est utilisé par les professionnels de santé de l’équipe de soins qui interviennent auprès du patient, y compris à domicile. S’il y a lieu, ils révisent et complètent ce plan, en accord avec le patient. Un professionnel de santé référent est chargé d’assurer le suivi de ce plan.

- ⑧ « Après que le consentement du patient a été recueilli, ce plan est déposé dans l’espace numérique de santé du patient.

- ⑨ « IV. – Lors de l’élaboration et de la révision du plan personnalisé d’accompagnement, le médecin ou un professionnel de santé de l’équipe de soins informe le patient de la possibilité de rédiger ou de réviser ses directives anticipées et de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l’article L. 1111-6.

- ⑩ « V. – Un décret détermine les modalités d’application du présent article. »

.....

Article 15

(Non modifié)

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le troisième alinéa du I de l'article L. 1111-6 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lors de sa désignation, la personne de confiance reçoit un guide dans lequel sont présentés son rôle et ses missions. » ;
- ③ 2° L'article L. 1111-11 est ainsi modifié :
- ④ a) (Supprimé)
- ⑤ b) Le deuxième alinéa est complété par trois phrases ainsi rédigées : « La personne qui bénéficie d'un plan personnalisé d'accompagnement prévu à l'article L. 1110-10-1 l'annexe à ses directives anticipées. Le modèle est présenté de manière intelligible, afin de pouvoir être utilisé par tous, notamment par les personnes en situation de handicap. Les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie diffusent ce modèle. » ;
- ⑥ b bis) Après le même deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « À compter de la majorité de l'assuré, la caisse d'assurance maladie l'informe périodiquement de la possibilité de rédiger, de réviser et de confirmer ses directives anticipées et de désigner une personne de confiance. » ;
- ⑧ b ter) Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Si plusieurs directives anticipées existent, les plus récentes prévalent, quel que soit leur support. » ;
- ⑨ c) Les deux dernières phrases du cinquième alinéa sont ainsi rédigées : « Les directives anticipées sont conservées dans le dossier médical partagé mentionné à l'article L. 1111-14. Leur existence et la possibilité de les réviser sont régulièrement rappelées à leur auteur dans l'espace numérique de santé mentionné à l'article L. 1111-13-1. » ;
- ⑩ d) À l'avant-dernier alinéa, les mots : « informe ses » sont remplacés par les mots : « et les professionnels de santé qui réalisent les rendez-vous de prévention mentionnés à l'article L. 1411-6-2 informent leurs » et sont ajoutés les mots : « et de révision de celles-ci à tout moment » ;
- ⑪ e) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :
- ⑫ « Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique relative à la personne, l'article 458 du code civil s'applique. » ;

- ⑬ 3° Le IV de l'article L. 1111-13-1 est ainsi modifié :
- ⑭ a) Le premier alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :
- ⑮ « IV. – Le titulaire de l'espace numérique de santé en est le gestionnaire et l'utilisateur. Il peut autoriser, selon des modalités définies par le décret mentionné au V du présent article, une personne de son choix, qui ne peut être que la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6, un parent ou un proche, à accéder à son espace numérique de santé et à y enregistrer un document nécessaire à la coordination des soins créé initialement par un professionnel de santé ou par le titulaire lui-même, à l'exception des directives anticipées. Cette personne ne peut ni modifier ni supprimer un document ou une donnée dans l'espace numérique de santé du titulaire. Elle accède à l'espace numérique de santé du titulaire par des moyens d'identification propres, qui garantissent le suivi des actions menées au nom du titulaire. Cette autorisation est révocable à tout moment.
- ⑯ « Lorsque le titulaire de l'espace numérique de santé est mineur, ses représentants légaux sont les gestionnaires et les utilisateurs de l'espace numérique de santé. Ils ne peuvent déléguer ce rôle à un tiers.
- ⑰ « Lorsque le titulaire de l'espace numérique de santé est une personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, la personne chargée de la mesure de protection dispose, au même titre que le titulaire, d'un accès à l'espace numérique de santé, à l'exclusion de tout autre tiers. Lorsque le titulaire n'est pas apte à exprimer sa volonté, la personne chargée de la mesure de protection peut gérer l'espace numérique de santé pour son compte, en se référant aux volontés qu'il a pu exprimer antérieurement.
- ⑱ « Le professionnel de santé qui accède à l'espace numérique de santé d'une personne dans les conditions définies à la présente section dispose d'une information sur la délégation accordée par le titulaire pour accéder à son espace numérique de santé. » ;
- ⑲ b) (*Supprimé*)
- ⑳ 4° et 5° (*Supprimés*)
- ㉑ II. – (*Supprimé*)

.....

Article 16

(Non modifié)

- ① L'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) Après le mot : « collégiale », la fin de la seconde phrase est ainsi rédigée :
« prenant la forme d'une concertation pluridisciplinaire entre les membres disponibles de l'équipe de soins et le médecin chargé du patient et incluant dans la mesure du possible le médecin traitant de celui-ci, le médecin référent de la structure médico-sociale qui accompagne le patient et un professionnel de l'équipe qui l'accompagne à domicile ou en établissement ou le médecin référent en téléconsultation dans l'hexagone. » ;
- ④ b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Le fonctionnement de la procédure collégiale est défini par voie réglementaire. » ;
- ⑤ 2° *(Supprimé)*

Article 17

(Non modifié)

- ① Après l'article L. 1111-6-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-6-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1111-6-2.* – Lorsqu'une personne majeure est dans l'impossibilité partielle ou totale de s'exprimer, une communication alternative et améliorée est mise en place afin de rechercher l'expression de son consentement éclairé pour toutes les décisions qui la concernent. Quand cela est possible, ces dispositifs, y compris technologiques, permettant une expression non verbale sont considérés comme ayant la même valeur juridique que l'expression verbale directe dans l'appréciation de la volonté. »

Article 18

(Non modifié)

- ① I. – Est réalisée annuellement une campagne nationale de sensibilisation et d'information relative au deuil et à son accompagnement.

② II. – Après l’article L. 1110-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-9-3 ainsi rédigé :

③ « Art. L. 1110-9-3. – Des campagnes d’information sont organisées dans le cadre de la stratégie nationale de l’accompagnement et des soins palliatifs mentionnée à l’article L. 1110-9-2.

④ « Ces campagnes portent notamment sur l’accompagnement des aidants et les directives anticipées mentionnées à l’article L. 1111-11. »

.....

Article 20 bis A

(Non modifié)

① Après l’article L. 1111-5-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-5-2 ainsi rédigé :

② « Art. L. 1111-5-2. – Des bénévoles, formés à l’accompagnement du deuil et membres d’associations qui les sélectionnent, peuvent accompagner les personnes en deuil qui en font la demande.

③ « Les associations qui organisent l’intervention de ces bénévoles se dotent d’une charte définissant les principes qu’ils doivent respecter dans leur action. Ces principes comportent le respect des opinions philosophiques et religieuses de la personne accompagnée, le respect de sa dignité et de son intimité, la discrétion et la confidentialité.

④ « La charte mentionnée au deuxième alinéa définit les conditions de sélection, de formation, de supervision et de coordination des accompagnants bénévoles. »

.....

Article 20 quater

(Non modifié)

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant l'opportunité de permettre à une équipe soignante de prescrire des rencontres avec un biographe hospitalier à toute personne atteinte d'une maladie grave, bénéficiant de soins palliatifs et hospitalisée dans un établissement de soins ou à domicile, si elle y consent. L'objet de ces rencontres est d'établir le récit de la vie de la personne atteinte d'une maladie grave. Ce récit est ensuite livré, à titre gracieux, à la personne elle-même ou à un proche. L'intervention d'un biographe hospitalier, qui apporte un soin de support à la personne en fin de vie, s'inscrit dans un parcours de soins global.

.....



TEXTE ADOPTÉ n° 243

« Petite loi »

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

25 février 2026

PROPOSITION DE LOI

relative au droit à l'aide à mourir,

ADOPTÉE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE
EN DEUXIÈME LECTURE

L'Assemblée nationale a adopté la proposition de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{re} lecture : **1100, 1364** et T.A. **122**.

2^e lecture : **2401** et **2453**.

Sénat : 1^{re} lecture : **661** (2024-2025), **264, 265, 256** et T. **43** (2025-2026).

CHAPITRE I^{ER}

Définition

Article 1^{er}

Après le mot : « santé », la fin de l'intitulé du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi rédigée : « , expression de leur volonté et fin de vie ».

Article 2

① Après la section 2 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, est insérée une section 2 *bis* ainsi rédigée :

② « Section 2 bis

③ « **Droit à l'aide à mourir**

④ « Sous-section 1

⑤ « Définition

⑥ « Art. L. 1111-12-1. – I. – Le droit à l'aide à mourir est le droit pour une personne qui en a exprimé la demande d'être autorisée à recourir à une substance létale et accompagnée, dans les conditions prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7, afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est physiquement pas en mesure de le faire, qu'elle se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier.

⑦ « II. – Les personnes qui concourent à l'exercice du droit à l'aide à mourir dans les conditions prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7 ne sont pas pénalement responsables au sens de l'article 122-4 du code pénal. »

Article 3

Le second alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce droit comprend la possibilité d'accéder à l'aide à mourir dans les conditions prévues à la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du présent titre et de recevoir une information, délivrée sous une forme compréhensible par tous, concernant cette aide. »

CHAPITRE II

Conditions d'accès

Article 4

- ① La section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte de l'article 2 de la présente loi, est complétée par une sous-section 2 ainsi rédigée :
- ② « Sous-section 2
- ③ « Conditions d'accès
- ④ « Art. L. 1111-12-2. – Pour accéder à l'aide à mourir, une personne doit remplir toutes les conditions suivantes :
- ⑤ « 1° Être âgée d'au moins dix-huit ans ;
- ⑥ « 2° Être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France ;
- ⑦ « 3° Être atteinte d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée, caractérisée par 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, ou en phase terminale ;
- ⑧ « 4° Présenter une souffrance liée à cette affection, qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement. Une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir ;
- ⑨ « 5° Être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. »

CHAPITRE III

Procédure

Article 5

- ① I. – La section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte de l'article 2 de la présente loi, est complétée par une sous-section 3 ainsi rédigée :

② « *Sous-section 3*

③ « *Procédure*

④ « *Art. L. 1111-12-3. – I. – La personne qui souhaite accéder à l'aide à mourir en fait la demande, par écrit ou, lorsqu'elle n'est pas en mesure de le faire, par tout autre mode d'expression adapté à ses capacités, à un médecin en activité qui n'est ni son parent, ni son allié, ni son conjoint, ni son concubin, ni le partenaire auquel elle est liée par un pacte civil de solidarité, ni son ayant droit.*

⑤ « *La personne ne peut ni présenter ni confirmer une demande lors d'une téléconsultation. Si la personne n'est pas physiquement en mesure de se rendre chez le médecin, ce dernier se présente à son domicile ou dans son lieu de prise en charge pour recueillir sa demande ou sa confirmation.*

⑥ « *Une même personne ne peut présenter simultanément plusieurs demandes.*

⑦ « *Le médecin demande à la personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne. Il vérifie ces informations en consultant le registre mentionné à l'article 427-1 du code civil. Le médecin délivre à la personne protégée une information loyale sur son état et adaptée à ses facultés de discernement.*

⑧ « *II. – Le médecin mentionné au I du présent article :*

⑨ « *1° Informe la personne sur son état de santé, sur les perspectives d'évolution de celui-ci ainsi que sur les traitements et les dispositifs d'accompagnement disponibles ;*

⑩ « *2° Informe la personne qu'elle peut bénéficier de l'accompagnement et des soins palliatifs définis à l'article L. 1110-10 et s'assure, si elle le souhaite, qu'elle puisse y avoir accès ;*

⑪ « *3° Propose à la personne et à ses proches de les orienter vers un psychologue ou un psychiatre et s'assure, si elle le souhaite, qu'elle puisse y avoir accès ;*

⑫ « *4° Indique à la personne qu'elle peut renoncer, à tout moment, à sa demande ;*

⑬ « *5° Explique à la personne les conditions d'accès à l'aide à mourir et ses modalités de mise en œuvre. »*

- ⑭ II (*nouveau*). – L’obligation de consultation du registre mentionné à l’article 427-1 du code civil prévue au dernier alinéa du I de l’article L. 1111-12-3 du code de la santé publique entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 31 décembre 2028.

Article 6

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu’elle résulte de l’article 5 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-4 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1111-12-4. – I. – Le médecin mentionné à l’article L. 1111-12-3 vérifie que la personne remplit les conditions prévues à l’article L. 1111-12-2. Il a accès aux informations médicales nécessaires à cette vérification.
- ③ « La personne dont le discernement est gravement altéré lors de la démarche de demande d’aide à mourir ne peut pas être reconnue comme manifestant une volonté libre et éclairée.
- ④ « II. – Pour procéder à l’appréciation des conditions mentionnées aux 3° à 5° de l’article L. 1111-12-2, le médecin met en place une procédure collégiale. Le médecin :
- ⑤ « 1° Réunit un collège pluriprofessionnel, auquel il participe, composé au moins :
- ⑥ « a) D’un médecin qui remplit les conditions prévues au premier alinéa du I de l’article L. 1111-12-3 et qui n’intervient pas dans le traitement de la personne, spécialiste de la pathologie de celle-ci, sans qu’il existe de lien hiérarchique entre les deux médecins. Ce médecin a accès au dossier médical de la personne et il examine celle-ci, sauf s’il ne l’estime pas nécessaire, avant la réunion du collège pluriprofessionnel ;
- ⑦ « b) D’un auxiliaire médical ou d’un aide-soignant qui intervient dans le traitement de la personne ou, à défaut, d’un autre auxiliaire médical ;
- ⑧ « c) (*nouveau*) D’un proche aidant, au sens de l’article L. 113-1-3 du code de l’action sociale et des familles, lorsque la personne en a désigné un et qu’elle souhaite son association à la procédure ;
- ⑨ « 2° Peut convier à participer à la réunion du collège pluriprofessionnel d’autres professionnels de santé, des professionnels travaillant dans des

établissements ou des services mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du même code et des psychologues, lorsque ces professionnels interviennent dans le traitement de la personne ;

- ⑩ « 3° Lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne :
- ⑪ « a) Informe la personne chargée de la mesure de protection et recueille ses observations, qu'il communique au collège pluriprofessionnel lors de la réunion de celui-ci ;
- ⑫ « b) (*nouveau*) Peut également recueillir l'avis d'un médecin inscrit sur la liste mentionnée à l'article 431 du code civil ;
- ⑬ « 4° Peut, à la demande de la personne, recueillir l'avis de la personne de confiance, lorsqu'elle a été désignée.
- ⑭ « La réunion du collège pluriprofessionnel se déroule en la présence physique de tous ses membres. En cas d'impossibilité, il peut être recouru à des moyens de visioconférence ou de télécommunication.
- ⑮ « III. – La décision sur la demande d'aide à mourir est prise par le médecin mentionné au I du présent article à l'issue de la procédure collégiale mentionnée au II. Il notifie, oralement et par écrit, sa décision motivée à la personne dans un délai de quinze jours à compter de la demande. Il en informe par écrit, le cas échéant, la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne.
- ⑯ « IV. – Après un délai de réflexion d'au moins deux jours à compter de la notification de la décision mentionnée au III, la personne peut confirmer au médecin qu'elle demande l'administration de la substance létale.
- ⑰ « Lorsque la confirmation de la demande intervient plus de trois mois après la notification, le médecin évalue à nouveau le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté en mettant en œuvre, si besoin, la procédure définie au II.
- ⑱ « V. – Lorsque la personne a confirmé sa volonté, le médecin l'informe oralement et par écrit des modalités d'action de la substance létale.
- ⑲ « En accord avec la personne, il détermine les modalités d'administration de la substance létale et choisit le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner pour cette administration lorsqu'il ne l'accompagne pas lui-même.

- ⑳ « V *bis*. – La procédure prévue au présent article ne peut être réalisée par des sociétés de téléconsultation.
- ㉑ « VI. – Le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 prescrit la substance létale conformément aux recommandations prévues au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.
- ㉒ « Il adresse cette prescription à l'une des pharmacies à usage intérieur désignées par l'arrêté du ministre chargé de la santé mentionné au second alinéa du 1° de l'article L. 5121-1 du présent code et en informe, le cas échéant, le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne.
- ㉓ « VII (*nouveau*). – L'article 18 de la loi n° du relative au droit à l'aide à mourir n'est pas applicable aux recours supplémentaires à la procédure d'aide à mourir qui pourraient avoir lieu à la suite de l'application du second alinéa du V du présent article. »

Article 7

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 et 6 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-5 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1111-12-5. – I. – Avec le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner en application du second alinéa du V de l'article L. 1111-12-4, la personne convient de la date à laquelle elle souhaite procéder à l'administration de la substance létale.
- ③ « Si la date retenue est postérieure de plus de trois mois à la notification de la décision mentionnée au III du même article L. 1111-12-4, le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 évalue à nouveau, à l'approche de cette date, le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté de la personne selon les modalités prévues au second alinéa du IV de l'article L. 1111-12-4.
- ④ « II. – Dans des conditions convenues avec le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner, l'administration de la substance létale peut être effectuée, à la demande de la personne, en dehors de son domicile, sauf sur la voie publique et dans les espaces publics.
- ⑤ « La personne peut être entourée des personnes de son choix pendant l'administration de la substance létale. Le médecin ou l'infirmier chargé

d'accompagner la personne informe les proches et les oriente, si nécessaire, vers les dispositifs d'accompagnement psychologique. »

Article 8

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 à 7 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-6 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1111-12-6. – Lorsque la date de l'administration de la substance létale est fixée, elle est communiquée, par le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne, à la pharmacie à usage intérieur mentionnée au VI de l'article L. 1111-12-4, qui réalise la préparation magistrale létale et la transmet à la pharmacie d'officine désignée par le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne, en accord avec celle-ci. La pharmacie d'officine délivre la préparation magistrale létale au médecin ou à l'infirmier.
- ③ « Lorsque la personne est admise ou hébergée dans un établissement qui est doté d'une pharmacie à usage intérieur, cette dernière remplit les missions de la pharmacie d'officine prévues au premier alinéa du présent article.
- ④ « La pharmacie à usage intérieur et la pharmacie d'officine effectuent leurs missions dans un délai permettant l'administration de la substance létale à la date fixée. »

Article 9

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 à 8 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-7 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1111-12-7. – I. – Le jour de l'administration de la substance létale, le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne :
- ③ « 1° Vérifie que la personne confirme qu'elle veut procéder ou, si elle n'est pas physiquement en mesure de le faire elle-même, faire procéder à l'administration ;
- ④ « 1° *bis (nouveau)* Veille à ce qu'elle ne subisse de la part des personnes qui l'entourent aucune pression pour procéder ou pour renoncer à l'administration

de la substance létale. Le cas échéant, il en informe immédiatement le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 ;

- ⑤ « 2° Prépare, le cas échéant, l'administration de la substance létale ;
- ⑥ « 3° Assure la surveillance de l'administration de la substance létale par la personne ou l'administrateur.
- ⑦ « II. – Si la personne qui a confirmé sa volonté demande un report de l'administration de la substance létale, le professionnel de santé suspend la procédure et, à la demande de la personne, convient avec elle d'une nouvelle date dans les conditions prévues à l'article L. 1111-12-5.
- ⑧ « III. – Une fois la substance létale administrée, la présence du professionnel de santé aux côtés de la personne n'est plus obligatoire. Il est toutefois suffisamment près et dans le champ de vision de la personne pour pouvoir intervenir en cas de difficulté, conformément aux recommandations prévues au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.
- ⑨ « IV. – Le certificat attestant le décès est établi dans les conditions prévues à l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales.
- ⑩ « V. – Le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne rapporte à la pharmacie d'officine mentionnée à l'article L. 1111-12-6 du présent code la préparation magistrale létale qui n'a pas été utilisée ou ne l'a été que partiellement.
- ⑪ « Les produits ainsi collectés par l'officine sont détruits dans des conditions sécurisées en application de l'article L. 4211-2.
- ⑫ « Le professionnel de santé mentionné au premier alinéa du I du présent article établit un compte rendu de la mise en œuvre des actes prévus aux I à III. »

Article 10

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 à 9 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-8 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1111-12-8. – I. – Il est mis fin à la procédure d'aide à mourir :

- ③ « 1° Si la personne informe le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 ou le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner qu'elle renonce à l'aide à mourir ;
- ④ « 2° Si le médecin mentionné au même article L. 1111-12-3 prend connaissance, après sa décision sur la demande d'aide à mourir, d'éléments d'information le conduisant à considérer que les conditions mentionnées à l'article L. 1111-12-2 n'étaient pas remplies ou ont cessé de l'être, notamment lorsqu'il prend connaissance ou est informé par le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne de pressions avérées pour procéder à l'administration de la substance létale. Le médecin notifie alors sa décision motivée par écrit à la personne et, si celle-ci fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne, il en informe par écrit la personne chargée de la mesure de protection. Lorsque le médecin met fin à la procédure après avoir pris connaissance de pressions subies par la personne pour recourir à l'aide à mourir, il signale sans délai ces faits au procureur de la République ;
- ⑤ « 3° Si la personne refuse l'administration de la substance létale.
- ⑥ « II. – Toute nouvelle demande doit être présentée selon les modalités prévues à l'article L. 1111-12-3. »

Article 11

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 à 10 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-9 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1111-12-9.* – Chacun des actes mentionnés à la présente sous-section est enregistré dans un système d'information, sans délai, à chacune des étapes de la procédure, par les professionnels concernés. Les caractéristiques du système d'information respectent les critères de sécurité et de protection des données mentionnés à l'article 31 de la loi n° 2024-449 du 21 mai 2024 visant à sécuriser et à réguler l'espace numérique. Les actes sont enregistrés dans le système d'information d'une manière garantissant leur traçabilité et leur traitement à des fins statistiques dans les conditions prévues au 2° du I de l'article L. 1111-12-13 du présent code. »

Article 12

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 à 11 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-10 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1111-12-10.* – La décision du médecin se prononçant sur la demande d'aide à mourir ainsi que la décision de mettre fin à la procédure dans les conditions prévues au 2^o de l'article L. 1111-12-8 ne peuvent être contestées que par la personne ayant formé cette demande, devant la juridiction administrative, selon les dispositions de droit commun, y compris par la voie d'un référé-liberté devant la juridiction administrative compétente.
- ③ « Par dérogation au premier alinéa du présent article, la décision du médecin autorisant une personne faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne à accéder à l'aide à mourir peut être contestée, dans un délai de deux jours à compter de sa notification, par la personne chargée de la mesure de protection, devant le juge des contentieux de la protection, en cas de doute sur l'aptitude de la personne ayant formé la demande d'aide à mourir à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. La saisine du juge des contentieux de la protection suspend la procédure prévue à la présente sous-section. Le juge des contentieux de la protection statue dans un délai de deux jours. »

Article 13

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 à 12 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-11 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1111-12-11.* – Un décret en Conseil d'État, pris après avis du conseil national de l'ordre des médecins, précise les conditions d'application de la présente sous-section, notamment :
- ③ « 1^o Les modalités d'information de la personne qui demande l'aide à mourir ;
- ④ « 2^o La forme et le contenu de la demande mentionnée à l'article L. 1111-12-3 et de sa confirmation mentionnée au IV de l'article L. 1111-12-4 ;

- ⑤ « 3° La procédure de vérification des conditions prévues à l'article L. 1111-12-2 ;
- ⑥ « 4° (*nouveau*) Les modalités selon lesquelles le registre mentionné à l'article 427-1 du code civil est rendu accessible au médecin mentionné au I de l'article L. 1111-12-3 du présent code. »

CHAPITRE IV

Clause de conscience

Article 14

- ① La section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte de l'article 2 de la présente loi, est complétée par une sous-section 4 ainsi rédigée :
- ② « *Sous-section 4*
- ③ « *Clause de conscience*
- ④ « *Art. L. 1111-12-12. – I. –* Les professionnels de santé mentionnés à l'article L. 1111-12-3 ainsi qu'aux I à V et au premier alinéa du VI de l'article L. 1111-12-4 ne sont pas tenus de participer aux procédures prévues aux sous-sections 2 et 3 de la présente section.
- ⑤ « Le professionnel de santé qui ne souhaite pas participer à ces procédures doit, sans délai, informer de son refus la personne ou le professionnel le sollicitant et leur communiquer le nom de professionnels de santé disposés à participer à la mise en œuvre de ces procédures.
- ⑥ « II. – Lorsqu'une personne est admise dans un établissement de santé ou hébergée dans un établissement ou un service mentionné à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, le responsable de l'établissement ou du service est tenu d'y permettre :
- ⑦ « 1° L'intervention des professionnels de santé mentionnés aux articles L. 1111-12-3 et L. 1111-12-4 du présent code ;
- ⑧ « 2° L'accès des personnes mentionnées au II de l'article L. 1111-12-5.

- ⑨ « III. – Les professionnels de santé qui sont disposés à participer à la mise en œuvre de la procédure prévue à la sous-section 3 de la présente section se déclarent à la commission mentionnée à l’article L. 1111-12-13. »

CHAPITRE V

Contrôle et évaluation

Article 15

- ① La section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu’elle résulte de l’article 2 de la présente loi, est complétée par une sous-section 5 ainsi rédigée :
- ② « *Sous-section 5*
- ③ « *Contrôle et évaluation*
- ④ « *Art. L. 1111-12-13. – I. – Une commission de contrôle et d’évaluation, placée auprès du ministre chargé de la santé, assure :*
- ⑤ « 1^o Le contrôle *a posteriori*, à partir notamment des données enregistrées dans le système d’information mentionné à l’article L. 1111-12-9, du respect, pour chaque procédure d’aide à mourir, des conditions prévues aux sous-sections 2 à 4 de la présente section ;
- ⑥ « 2^o Le suivi et l’évaluation de l’application de la présente section, afin d’en informer annuellement le Gouvernement et le Parlement et de formuler des recommandations. Ce suivi et cette évaluation reposent notamment sur l’exploitation de données agrégées et anonymisées et sur la mise en œuvre d’une approche sociologique et éthique ;
- ⑦ « 3^o L’enregistrement des déclarations des professionnels de santé mentionnées au III de l’article L. 1111-12-12 dans un registre accessible aux seuls professionnels de santé, dans des conditions définies par un décret en Conseil d’État pris après avis de la Commission nationale de l’informatique et des libertés.
- ⑧ « Lorsque, à l’issue du contrôle mentionné au 1^o du présent I, la commission estime que des faits intervenus à l’occasion de la mise en œuvre, par des professionnels de santé, des sous-sections 2 à 4 de la présente section sont susceptibles de constituer un manquement aux règles déontologiques ou professionnelles, elle saisit la chambre disciplinaire de l’ordre compétent.

- ⑨ « Lorsque la commission estime que les faits sont susceptibles de constituer un crime ou un délit, elle le signale au procureur de la République dans les conditions prévues à l'article 40 du code de procédure pénale.
- ⑩ « II. – La commission est responsable du système d'information mentionné à l'article L. 1111-12-9 du présent code et en garantit le fonctionnement.
- ⑪ « Nonobstant l'article L. 1110-4, les données enregistrées dans ce système d'information sont traitées et partagées dans des conditions définies par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, aux seules fins d'assurer la mise en œuvre, le suivi, le contrôle et l'évaluation des dispositions prévues à la présente section.
- ⑫ « III. – Nonobstant l'article L. 1110-4, les médecins membres de la commission peuvent accéder, dans la mesure strictement nécessaire à leur mission, au dossier médical et au dossier médical partagé de la personne ayant procédé ou fait procéder à l'administration de la substance létale.
- ⑬ « IV. – La composition de la commission et les règles de fonctionnement propres à garantir son indépendance et son impartialité ainsi que les modalités d'examen, pour chaque personne ayant demandé l'aide à mourir, du respect des conditions prévues aux sous-sections 2 à 4 de la présente section sont déterminées par décret en Conseil d'État. La commission comprend au moins :
- ⑭ « 1° Deux médecins ;
- ⑮ « 2° Un conseiller d'État ;
- ⑯ « 3° Un conseiller à la Cour de cassation ;
- ⑰ « 4° Deux membres d'associations agréées représentant les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou dans les instances de santé publique ;
- ⑱ « 5° Deux personnalités désignées en raison de leurs compétences dans le domaine des sciences humaines et sociales. »

Article 16

- ① I. – Après le 22° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 23° ainsi rédigé :
- ② « 23° Définir les substances létales susceptibles d'être utilisées pour l'aide à mourir définie à l'article L. 1111-12-1 du code de la santé publique et

élaborer des recommandations de bonnes pratiques portant sur ces substances et sur les conditions de leur utilisation, en tenant compte notamment des comptes rendus mentionnés au V de l'article L. 1111-12-7 du même code. »

- ③ II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ④ 1° Le 1° de l'article L. 5121-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Est qualifiée de létale une préparation magistrale utilisée pour l'aide à mourir définie à l'article L. 1111-12-1, qui est préparée, dans le respect des recommandations mentionnées au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, par l'une des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire désignées par arrêté du ministre chargé de la santé et qui est délivrée dans les conditions mentionnées à l'article L. 5132-8 du présent code ; »
- ⑥ 2° Après la référence : « L. 5121-17 », la fin du premier alinéa de l'article L. 5121-14-3 est ainsi rédigée : « , de son autorisation mentionnée à l'article L. 5121-15 ou des recommandations mentionnées au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑦ 3° L'article L. 5126-6 est complété par un 7° ainsi rédigé :
- ⑧ « 7° Les pharmacies à usage intérieur mentionnées au second alinéa du 1° de l'article L. 5121-1 peuvent transmettre les préparations magistrales létales définies au même second alinéa aux pharmacies d'officine ou aux pharmacies à usage intérieur chargées de leur délivrance, mentionnées à l'article L. 1111-12-6. » ;
- ⑨ 4° Le premier alinéa du II de l'article L. 5311-1 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par exception, sur demande du ministre chargé de la santé, elle peut également procéder à l'évaluation des produits de santé destinés à être utilisés pour l'aide à mourir définie à l'article L. 1111-12-1 du présent code. »

CHAPITRE VI

Dispositions pénales

Article 17

- ① Le chapitre V du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complété par des articles L. 1115-4 et L. 1115-5 ainsi rédigés :

- ② « *Art. L. 1115-4. – I. – Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur l'aide à mourir par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne, notamment par la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales de l'aide à mourir :*
- ③ « 1° Soit en perturbant l'accès aux établissements où est pratiquée l'aide à mourir ou à tout lieu où elle peut régulièrement être pratiquée, en entravant la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces lieux ou les conditions de travail du personnel médical et non médical ou en perturbant le lieu choisi par une personne pour l'administration de la substance létale ;
- ④ « 2° Soit en exerçant des pressions morales ou psychologiques, en formulant des menaces ou en se livrant à tout acte d'intimidation à l'encontre des personnes cherchant à s'informer sur l'aide à mourir, du personnel participant à la mise en œuvre de l'aide à mourir, des patients souhaitant recourir à l'aide à mourir ou de l'entourage de ces derniers ou des professionnels de santé volontaires mentionnés au III de l'article L. 1111-12-12 et enregistrés sur le registre de la commission mentionné au 3° du I de l'article L. 1111-12-13.
- ⑤ « II. – Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits dont l'objet statutaire comporte la défense des droits des personnes à accéder à l'aide à mourir peut exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne les infractions prévues au I du présent article lorsque les faits ont été commis en vue d'empêcher ou de tenter d'empêcher l'aide à mourir ou les actes préalables prévus à la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du présent titre.
- ⑥ « *Art. L. 1115-5 (nouveau).* – Le fait d'exercer des pressions sur une personne afin qu'elle ait recours à l'aide à mourir est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.
- ⑦ « La mise à disposition ou la fourniture d'informations sur les modalités d'exercice du droit à l'aide à mourir ne constitue pas une infraction. »

CHAPITRE VII
Dispositions diverses

Article 18

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le 3° de l'article L. 160-8 est ainsi rétabli :
- ③ « 3° La couverture des frais afférents à la mise en œuvre de la procédure prévue à la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique ; »
- ④ 2° Après le 32° de l'article L. 160-14, il est inséré un 33° ainsi rédigé :
- ⑤ « 33° Pour les frais afférents à la mise en œuvre de la procédure prévue à la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique. » ;
- ⑥ 3° L'article L. 160-15 est ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 160-15.* – Ni la participation de l'assuré, ni la franchise mentionnées respectivement aux II et III de l'article L. 160-13 ne sont exigées pour :
- ⑧ « 1° Les mineurs et les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 ;
- ⑨ « 2° Les frais prévus au 3° de l'article L. 160-8. » ;
- ⑩ 4° (*nouveau*) L'article L. 162-5-13 est ainsi modifié :
- ⑪ a) Après le I *bis*, il est inséré un I *ter* ainsi rédigé :
- ⑫ « I *ter.* – Les honoraires des professionnels de santé pour les missions réalisées dans le cadre de la mise en œuvre de la procédure prévue à la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique ne peuvent donner lieu à dépassement. » ;
- ⑬ b) Au II, après la référence : « L. 162-5 », sont insérés les mots : « du présent code ».
- ⑭ II. – Un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, fixe :

- ⑮ 1° Les prix de cession des préparations magistrales létales mentionnées au second alinéa du 1° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique couvrant les frais de leur réalisation, de leur acheminement et de leur délivrance ;
- ⑯ 2° Les honoraires ou les rémunérations forfaitaires des professionnels de santé pour les missions réalisées dans le cadre de la mise en œuvre de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du même code.
- ⑰ II *bis* (nouveau). – Les actes réalisés par les professionnels de santé pour la mise en œuvre de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique sont inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et reçoivent un code spécifique.
- ⑱ III. – En dehors des prix de cession et des honoraires mentionnés au II du présent article, aucune rémunération ou gratification en espèces ou en nature, quelle qu'en soit la forme, ne peut être allouée en échange d'un service dans le cadre d'une procédure d'aide à mourir.

Article 19

- ① I. – L'article L. 132-7 du code des assurances est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « L'assurance en cas de décès couvre le décès résultant de la mise en œuvre de l'aide à mourir prévue à l'article L. 1111-12-1 du code de la santé publique. »
- ③ II. – L'article L. 223-9 du code de la mutualité est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « L'assurance en cas de décès couvre le décès résultant de la mise en œuvre de l'aide à mourir prévue à l'article L. 1111-12-1 du code de la santé publique. »
- ⑤ III. – Le présent article s'applique aux contrats d'assurance en cas de décès en cours à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Article 19 bis

- ① Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est habilité à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai

d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, les mesures relevant du domaine de la loi permettant :

- ② 1° D'étendre et d'adapter en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et à Wallis-et-Futuna les dispositions de la présente loi ainsi que, le cas échéant, les dispositions d'autres codes et lois nécessaires à son application, en tant qu'elles relèvent de la compétence de l'État ;
- ③ 2° De procéder aux adaptations nécessaires de ces dispositions aux caractéristiques en matière de santé et de sécurité sociale particulières à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte.
- ④ Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

Article 20

(Supprimé)

Délibéré en séance publique, à Paris, le 25 février 2026.

La Présidente,

Signé : YAËL BRAUN-PIVET

Lettre ouverte

LRAR n° 1A 210 984 1077 9 :

Monsieur Sébastien LECORNU
Premier Ministre
Hôtel de Matignon
57, rue de Varenne
75007 PARIS

Objet : Lois Fin de vie

Monsieur le Premier ministre,

Le 26 avril 2026, un homme de 57 ans m'a affirmé devant témoin : « J'ai déjà reçu trois mails de la CPAM me disant : *“Vous êtes en invalidité, si ça ne va pas trop, vous pouvez recevoir une assistance pour mourir”*. »

Il a répété plusieurs fois avoir été choqué de recevoir non pas un, mais TROIS mails à ce sujet. Je lui ai demandé de me les envoyer. Mais au lieu de cela, il a téléphoné à la CPAM, qui se trouve à 1h30 de chez lui en voiture. Un agent de la CPAM est venu chez lui illico et a tout effacé de sa boîte mail en lui disant qu'il s'agissait de « fake-news » !

Bien qu'il soit en invalidité, les pathologies qui rendent cet homme « éligible » au « droit à mourir » dont la proposition de loi est soutenue par votre gouvernement ne le rendent pas pour autant suicidaire. Heureusement pour lui !

Mais si de telles « fake news » peuvent déjà être envoyées et reçues avant même l'adoption de la loi sur le « droit à mourir », qu'en sera-t-il *après* son adoption ? Quel effet pourront avoir, sur des patients dépressifs, de telles incitations à programmer leur propre suicide médicalement assisté ?

Si cette loi est adoptée, les boîtes mail des 13 millions de personnes en ALD, de même que les notifications Ameli des 2,4 millions de personnes atteintes d'un handicap visible en France, n'ont pas fini de contenir des « fake news » qui seront devenues... légales !

Ne trouvez-vous pas sordide que la rédaction de l'Article 17 adoptée le 25 février dernier par l'Assemblée nationale n'empêche pas des sociétés privées de faire de la publicité pour l'euthanasie et le suicide assisté, pudiquement nommés « aide à mourir », après avoir recruté des médecins et des infirmiers pour pratiquer ces actes pour lesquels, après le décès du patient, ces professionnels de santé recevront directement leur rémunération de la Sécurité sociale et des mutuelles, en application de l'Article 18 ?

Il suffirait que ces sociétés privées recourent aux services d'agences de communication pour élaborer des publicités conçues comme des informations sur le « droit à mourir », conformes à cette rédaction de l'Article 17.

Après l'avoir expurgé de ces dispositions, les sénateurs ont majoritairement rejeté, le 12 mai 2026, chacun des articles de ce texte.

Mais l'Assemblée nationale, qui aura le dernier mot, pourrait les réintroduire... Et, quand bien même elle ne le ferait pas, l'envoi de mailing n'étant pas expressément interdit dans le texte, il pourra avoir cours le plus légalement du monde, pour autant que la future loi reste muette sur ce point.

Depuis 2016, la loi française permet de mourir sans souffrir

Vous savez pertinemment que depuis 10 ans, la loi Clayes-Leonetti du 2 février 2016 permet aux personnes malades dont la fin de vie est inéluctable de ne pas subir d'agonie en recevant une « *sédation profonde et continue jusqu'au décès* » (article L. 1110-5-2 du code de la Santé publique, **Pièce 1** ci-jointe).

Cette loi est désormais largement appliquée, tant à domicile que dans les établissements recevant des personnes malades ou âgées, selon les dires de tous les soignants avec qui je me suis entretenue, confirmés par les témoignages de personnes ayant été confrontées à la maladie incurable, puis à la mort d'un membre de leur famille ; en institution et à domicile.

Dans plusieurs cas, cette « mort choisie » a été déclenchée alors que le patient était encore en pleine possession de ses moyens. La morphine (principalement) utilisée provoque une analgésie (privation de la sensibilité à la douleur) et une anesthésie générale (privation totale de la faculté de sentir ; torpeur, endormissement) de quelques jours, suivie du décès du patient endormi.

Fin mars 2026, j'ai recueilli le témoignage suivant : « ***Je travaille dans un hôpital de province. Dans les couloirs, je croise des personnes debout, souriantes, mais qui ont Alzheimer. Après une "réunion collégiale" les concernant, en présence de leur famille et de médecins, ces personnes sont mises sous perfusion. Deux ou trois jours plus tard, elles ne sont plus là.*** »

Et au printemps 2025, un homme dont la mère, qui venait de recevoir un diagnostic de cancer du cerveau et a subi, dans la foulée, cette sédation profonde et continue alors qu'elle était encore capable de marcher, de parler et de s'alimenter par elle-même, ce qui a entraîné son décès en quatre jours, m'a confié, encore sous le choc : « ***Je ne pensais pas que cela irait aussi vite.*** »

La législation déjà applicable est donc d'ores et déjà interprétée de façon « large »...

Ce que permettrait la nouvelle loi sur le « droit à mourir », c'est le décès en quelques minutes de patients ayant encore plusieurs années d'espérance de vie.

C'est ainsi que la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs a estimé à 1 million (*Le Monde*, 16 février 2026) le nombre de patients « éligibles » au vu des critères définis par l'Article 4 de cette loi, qui ne sont donc pas si restrictifs qu'ils semblent l'être, au regard de l'état de santé de la population française, qui compte 13 millions de personnes en ALD (Affection longue durée).

Le fait le plus marquant que m'ont révélé les très nombreuses conversations que j'ai eues au sujet de cette loi avec de multiples personnes depuis le printemps 2025 est que 100% de celles qui sont favorables à cette nouvelle loi ignorent tout de son contenu, ne se sentent pas directement concernées actuellement mais veulent « pouvoir choisir » le cas échéant.

De même, celles et ceux qui n'ont pas été directement confrontés à l'issue fatale de la maladie d'un proche ignorent l'existence de la pratique légale déjà en vigueur de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, ce qui les conduit à croire faussement qu'il existe en France une lacune à combler.

Mais, vous en conviendrez, il n'en est rien, du fait de la très large application de la législation actuelle par le corps médical, que révèle mon enquête.

Le seul réel obstacle que rencontrent les personnes malades, qu'elles soient ou non en fin de vie, c'est l'existence de « déserts médicaux »

En France, dans de nombreux territoires ruraux, il est tout aussi impossible de déclarer un médecin traitant que d'obtenir une consultation ou une visite médicale, ou d'accéder à des soins palliatifs (**Pièce 2 : *Le Pèlerin*, 5 février 2026, p. 26-31**).

Ne trouvez-vous pas sordide de préparer une loi qui règle ce très grave problème en ne prévoyant à aucun moment l'implication du médecin traitant, mais en constituant un bataillon de médecins et d'infirmiers inscrits sur une liste, comme le prévoit l'Article 14-III, aptes à se déplacer sur tout le territoire pour donner la mort à des patients qui voudront la programmer, ce qu'ils pourront faire sans en informer leurs proches, dès l'âge de 18 ans ?

Le rejet du texte par le Sénat démontre que, dans notre pays, il n'y a pas de consensus quant à ce « programme ».

Ses partisans prétendent qu'il serait « progressiste » de soutenir la suppression médicalement assistée de personnes malades, par suicide (auto-suppression) ou par euthanasie (suppression par un tiers), dès lors que des blouses blanches (médecins, infirmiers) sont impliquées dans cette suppression.

Mais n'est-ce pas plutôt une forme d'eugénisme que de chercher ainsi à diminuer le nombre des improductifs, « *ceux qui ne sont rien* » pour reprendre l'expression utilisée lors de son premier mandat par le président de la République lui-même ?

Ce terme « d'eugénisme » est utilisé pour désigner le « programme » mis en place par Hitler en Allemagne dès 1939 : des médecins étaient chargés de supprimer, tout d'abord les enfants handicapés, puis les « improductifs » de tous âges placés en institution (**Pièce 3 : *Un programme de meurtre des handicapés***).

Des personnes Éligibles au « droit à mourir » veulent VIVRE et font entendre leur voix

Dans une lettre qu'elle m'a adressée le 6 mars 2026, Madame Yaël Braun-Pivet, Présidente de l'Assemblée nationale, écrit que la nouvelle loi est « *très attendue par nos concitoyens* ».

Nombre d'entre eux, pourtant parmi les plus concernés puisqu'ils sont d'ores et déjà « éligibles » au « droit à mourir », la redoutent plus qu'ils ne l'attendent !

« *J'ai peur qu'on me rembourse mon euthanasie plutôt que mon traitement* », confie un homme de 41 ans qui dépend de la Sécurité sociale pour son traitement, et donc pour sa survie (***Politis*, 20 janvier 2026, Pièce 4**).

Regroupés en association, les « Éligibles » et leurs aidants ont rédigé, pour faire entendre leur voix, un Manifeste dont je vous invite à prendre connaissance (ci-joint, **Pièce 5**), en ligne à l'adresse suivante :

<https://leseligibles.fr/manifeste>

Autre question concernant nos concitoyens directement concernés : les 700 000 malades sévèrement atteints de Covid long seront-ils éligibles au « droit à mourir » avant d'avoir eu accès à des soins adéquats ?

Ils attendent depuis plus de quatre ans le décret d'application d'une loi votée le 24 janvier 2022 à l'unanimité par l'Assemblée nationale et le Sénat, leur permettant l'accès à des soins adéquats (*Le Canard enchaîné*, 8 avril 2026, p. 4 : « Covid long : un étouffoir d'État » ; **Pièce 6** ci-jointe).

Certains d'entre eux ne peuvent plus quitter leur lit.

Si la loi sur le « droit mourir » est adoptée, ces patients pourront plus facilement accéder à l'euthanasie ou au suicide assisté qu'à des soins qui leur auraient pourtant permis de guérir !

En janvier 2022, M. Jacky Coll, maire de Bolquère dans les Pyrénées-Orientales, a mis fin à ses jours d'une balle de fusil. Il avait « convoqué » deux employés de sa commune pour être les témoins du drame. Atteint de Covid long, il ne parvenait plus à se concentrer pendant plus de 10 minutes.

La loi Zumkeller a été adoptée trop tard pour lui. Mais il est possible d'affirmer que le Covid long peut priver ses victimes de l'envie de continuer à vivre.

Il ne fait aucun doute que d'autres patients atteints de Covid long, en cas d'adoption de la loi sur le « droit à mourir », s'en saisiront alors même que les parlementaires, il y a 4 ans, avaient unanimement fait le choix de leur faciliter le retour à la santé et à une vie normale.

Depuis lors, les gouvernements successifs ont contré leur choix en ne publiant pas le décret d'application durant plus de quatre ans tandis que, bien au contraire, une autre loi, celle du « droit à mourir » proposait aux personnes gravement malades de mettre fin à leurs jours. Initialement déposée le 10 avril 2024 à l'Assemblée nationale en tant que projet de loi cosigné par la ministre de la santé, son adoption n'a été contrecarrée que par des changements de gouvernements provoqués ou subis.

Monsieur le Premier ministre, serez-vous, en toute connaissance de cause, d'accord sur ce « programme » de remplacement qui incite au suicide plusieurs centaines de milliers de nos concitoyens en souffrance ?

S'agissant de la loi Soins palliatifs, il ne vous a certainement pas échappé qu'aucun crédit de paiement supplémentaire n'est alloué dans le budget 2026, dans sa version soumise le 4 février 2026 au Conseil Constitutionnel (texte adopté n°227), alors que l'Article 7 de cette loi alloue, à cette fin, 194 millions d'euros pour l'année 2026, sans toutefois indiquer par quel mécanisme ces nouvelles dépenses seraient compensées. Une lacune susceptible de les faire annuler par le Conseil constitutionnel...

Quant à votre annonce du 21 avril dernier concernant les deux milliards d'euros d'économies que vous comptez faire sur le budget de la Sécurité sociale, elle prend à

revers la loi n° 2025-1403 de financement de la Sécurité sociale pour 2026 approuvée par les parlementaires et publiée le 31 décembre 2025 au *Journal Officiel* (**Pièce 7**).

Où allez-vous trouver les 194 millions d'euros promis pour les soins palliatifs ?

Au final, cette loi Soins palliatifs pourrait n'avoir aucun autre effet que de mettre en coupe réglée l'intervention des bénévoles auprès des malades, tant à domicile qu'en institution.

Le nouvel article L. 1110-11 du code de la Santé publique défini par les Articles 1, 2, 4, 10, 11, 16, 17 et 23 de cette loi prévoit que, pour pouvoir intervenir dans des services de soins palliatifs et à domicile, les bénévoles devront obligatoirement faire partie d'associations munies de « chartes » et ayant passé avec des établissements de soins des « conventions » contrôlées par les Agences régionales de santé, dont le contenu sera défini par un décret.

Quelle sera la teneur de ce décret, dont la rédaction appartiendra au seul gouvernement ?

Monsieur le Premier ministre, si la loi « droit à mourir », qui pourra avoir pour conséquence la mort anticipée de centaines de milliers de nos concitoyens, est promulguée pendant que vous êtes à Matignon, comment supporterez-vous d'avoir leur décès sur la conscience pendant tout le reste de votre vie ?

Vous savez la défection du député Olivier Falorni, qui portait cette proposition de loi. Il en était l'une des principales chevilles ouvrières, mais il ne prendra pas part à son vote final puisqu'il quitte l'Assemblée nationale après s'être fait élire maire de La Rochelle en mars 2026, ce qui lui permet (accessoirement) d'assurer ses arrières pour les six ou sept années à venir.

À l'instar des autres député-e-s, vous apprécierez cette défection à sa juste mesure : serez-vous d'accord pour endosser, sans lui, la responsabilité du vote final de cette loi en y apposant votre signature dans le *Journal Officiel*, sans être aucunement assuré de votre propre avenir après les élections de 2027 ?

C'est pourquoi, tenant compte des faits ci-dessus évoqués, et prenant en considération les craintes de millions de nos concitoyens de tous âges, affectés de pathologies, qui veulent vivre mais se sentent « poussés vers la sortie » par la loi « droit à mourir », je me permets de vous demander solennellement, en conclusion de la présente, le retrait pur et simple de cette loi et la modification de la loi « soins palliatifs » pour en supprimer la mise en coupe réglée des relations entre les bénévoles et les patients, ainsi que la mise à l'ordre du jour des débats parlementaires, conformément à la loi « soins palliatifs », du vote d'un budget rectificatif dès 2026 pour permettre le déploiement effectif de ces soins palliatifs sur l'intégralité du territoire français.

Vous remerciant pour votre bienveillante attention, et vous remerciant par avance pour la suite favorable que vous voudrez bien accorder aux demandes dûment justifiées contenues dans la présente, ainsi que dans l'attente de votre réponse, je vous prie de bien vouloir agréer, Monsieur le Premier ministre, l'assurance de ma considération la plus haute.



Annie Lobé,

Journaliste scientifique indépendante.

Copies à : - Madame Yaël Braun-Pivet, Présidente de l'Assemblée nationale
- Monsieur Gérard Larcher, Président du Sénat
- Conseil constitutionnel et Conseil national de l'Ordre des médecins
- Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
- Collectif Soins de vie

PJ :

Pièce 1 : Article L. 1110-5-2 du code de la Santé publique.

Pièce 2 : *Le Pèlerin*, 5 février 2026, p. 26-31.

Pièce 3 : *Un programme de meurtre des handicapés*.

Pièce 4 : *Politis*, 20 janvier 2026 : Aide à mourir : « *J'ai peur qu'on me rembourse mon euthanasie plutôt que mon traitement* » (pour accéder à l'intégralité de l'article, il est nécessaire d'accepter de recevoir par mail d'autres articles de ce magazine en ligne).

Pièce 5 : Manifeste des « Éligibles » et des aidants : *Nous sommes tous des éligibles*.

Pièce 6 : *Le Canard enchaîné*, 8 avril 2026 : Covid long : un étouffoir d'État

Pièce 7 : Résumé de la Loi de finances de la Sécurité sociale pour 2026 approuvée par les députés et publiée le 31 décembre 2025 au Journal Officiel.

Lettre ouverte

Madame Yaël BRAUN-PIVET
Présidente de l'Assemblée nationale
126, rue de l'Université
75007 PARIS

V/Réf. : 2026-2706
Objet : Lois Fin de vie

Madame la Présidente,

Votre lettre du 6 mars 2026 m'est bien parvenue et je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ma lettre du 19 février 2026 vous exposant des failles détectées dans les lois sur la fin de vie actuellement en cours d'élaboration par le Parlement.

Vous m'écrivez : *« je considère, comme nombre de députés mais également comme une majorité de Français, que notre pays ne doit pas attendre pour légiférer sur le sujet »* de la fin de vie.

Or, vous savez que depuis 10 ans, la loi Clayes-Leonetti du 2 février 2016 permet aux personnes malades dont la fin de vie est inéluctable de ne pas subir d'agonie en recevant une *« sédation profonde et continue jusqu'au décès »* (article L. 1110-5-2 du code de la Santé publique).

Cette loi est désormais largement appliquée, tant à domicile que dans les établissements recevant des personnes malades ou âgées, selon les dires de tous les soignants avec qui je me suis entretenue, confirmés par les témoignages de personnes ayant été confrontées à la maladie incurable, puis à la mort d'un membre de leur famille. Dans plusieurs cas, cette « mort choisie » a été déclenchée alors que le patient était encore en pleine possession de ses moyens. La morphine (principalement) utilisée provoque une analgésie (privation de la sensibilité à la douleur) et une anesthésie générale (privation totale de la faculté de sentir ; torpeur, endormissement) de quelques jours, suivie du décès du patient endormi.

Par exemple, un homme dont la mère, qui venait de recevoir au printemps 2025 un diagnostic de cancer du cerveau et a subi, dans la foulée, cette sédation profonde et continue alors qu'elle était encore capable de marcher, de parler et de s'alimenter par elle-même, ce qui a entraîné son décès en quatre jours, m'a confié, encore sous le choc : *« Je ne pensais pas que cela irait aussi vite. »*

Et fin mars 2026, j'ai recueilli le témoignage suivant : *« Je travaille dans un hôpital de province. Dans les couloirs, je croise des personnes debout, souriantes, mais qui ont Alzheimer. Après une "réunion collégiale" les concernant, en présence de leur famille et de médecins, ces personnes sont mises sous perfusion. Deux ou trois jours plus tard, elles ne sont plus là. »*

La législation déjà applicable est donc d'ores et déjà interprétée de façon « large »...

Ce que permettrait la nouvelle loi sur le « droit à mourir », c'est le décès en quelques minutes de patients ayant encore plusieurs années d'espérance de vie.

C'est ainsi que la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs a estimé à 1 million (*Le Monde*, 16 février 2026) le nombre de patients « éligibles » au vu des critères définis par son Article 4, que vous énumérez dans votre lettre, et qui ne sont donc pas si restrictifs qu'ils semblent l'être, au regard de l'état de santé de la population française, qui compte 13 millions de personnes en ALD (Affection longue durée).

Le fait le plus marquant que m'ont révélé les très nombreuses conversations que j'ai eues au sujet de cette loi avec de multiples personnes depuis le printemps 2025 est que 100% de celles qui sont favorables à cette nouvelle loi ignorent tout de son contenu, ne se sentent pas directement concernées actuellement mais veulent « pouvoir choisir » le cas échéant.

De même, celles et ceux qui n'ont pas été directement confrontés à l'issue fatale de la maladie d'un proche ignorent l'existence de la pratique légale déjà en vigueur de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, ce qui les conduit à croire faussement qu'il existe en France une lacune à combler.

Mais, vous en conviendrez, il n'en est rien, du fait de la très large application de la législation actuelle par le corps médical, que révèle mon enquête.

Le seul réel obstacle que rencontrent les personnes malades, qu'elles soient ou non en fin de vie, c'est l'existence de « déserts médicaux » dans lesquels il est tout aussi impossible de déclarer un médecin traitant que d'obtenir une consultation ou une visite médicale, ou d'accéder à des soins palliatifs.

Ne trouvez-vous pas sordide de préparer une loi qui règle ce très grave problème en ne prévoyant à aucun moment l'implication du médecin traitant, mais en constituant un bataillon de médecins et d'infirmiers inscrits sur une liste, comme le prévoit l'Article 14-III, aptes à se déplacer sur tout le territoire pour donner la mort à ceux qui voudront la programmer, ce qu'ils pourront faire sans en informer leurs proches ?

Ne trouvez-vous pas sordide que la nouvelle rédaction de l'Article 17 n'empêche pas des sociétés privées de faire de la publicité pour l'euthanasie et le suicide assisté, pudiquement nommés « aide à mourir », après avoir recruté ces médecins et ces infirmiers pour pratiquer ces actes qui seront remboursés par la Sécurité sociale et par les mutuelles (Article 18, muet sur l'impossibilité de créditer le compte bancaire du défunt, qui sera bloqué...).

Il suffira que ces sociétés privées recourent aux services d'agences de communication pour élaborer des publicités conçues comme des informations sur le « droit à mourir », conformes à cette nouvelle rédaction de l'Article 17...

Madame la Présidente, vous indiquez dans votre lettre que la nouvelle loi est « *très attendue par nos concitoyens* ». Bon nombre d'entre eux, pourtant parmi les plus concernés puisqu'ils sont d'ores et déjà « éligibles », la redoutent plus qu'ils ne l'attendent !

« *J'ai peur qu'on me rembourse mon euthanasie plutôt que mon traitement* », confie un homme de 41 ans qui dépend de la Sécurité sociale pour son traitement, et donc pour sa survie (*Politis*, 20 janvier 2026, ci-joint).

Regroupés en association, des « Éligibles » et leurs aidants ont rédigé, pour faire entendre leur voix, un manifeste dont je vous invite à prendre connaissance :

<https://leseligibles.fr/#manifeste>

Autre question concernant nos concitoyens directement concernés : les 700 000 malades sévèrement atteints de Covid long seront-ils éligibles au « droit à mourir » avant d'avoir eu accès à des soins adéquats ?

Ils attendent depuis plus de quatre ans le décret d'application d'une loi votée le 24 janvier 2022 à l'unanimité par l'Assemblée nationale et le Sénat, leur permettant l'accès à des soins adéquats (*Le Canard enchaîné*, 8 avril 2026, p. 4 : « Covid long : un étouffoir d'État » ; ci-joint).

Certains d'entre eux ne peuvent plus quitter leur lit.

Si la loi sur le « droit mourir » est adoptée « avant l'été », comme vous en exprimez l'intention dans votre lettre, ces patients pourront plus facilement accéder à l'euthanasie ou au suicide assisté qu'à des soins qui leur auraient pourtant permis de guérir !

En janvier 2022, M. Jacky Coll, maire de Bolquère dans les Pyrénées-Orientales, a mis fin à ses jours d'une balle de fusil. Il avait « convoqué » deux employés de sa commune pour être les témoins du drame. Atteint de Covid long, il ne parvenait plus se concentrer pendant plus de 10 minutes.

La loi Zumkeller a été adoptée trop tard pour lui. Mais il est possible d'affirmer que le Covid long peut priver ses victimes de l'envie de continuer à vivre.

Il ne fait aucun doute que d'autres patients atteints de Covid long, en cas d'adoption de la loi sur le « droit à mourir », s'en saisiront alors même que les parlementaires, il y a 4 ans avaient unanimement fait le choix de leur faciliter le retour à la santé et à une vie normale.

Depuis lors, les gouvernements successifs ont contré leur choix en ne publiant pas le décret d'application durant plus de quatre ans tandis que, bien au contraire, une autre loi, celle du « droit à mourir » proposait aux personnes gravement malades de mettre fin à leurs jours. Initialement déposée le 10 avril 2024 à l'Assemblée nationale en tant que projet de loi cosigné par la ministre de la santé, son adoption n'a été contrecarrée que par des changements de gouvernements provoqués ou subis.

Madame la Présidente, serez-vous, en toute connaissance de cause, d'accord sur ce « programme » de remplacement qui incite au suicide plusieurs centaines de milliers de nos concitoyens ?

S'agissant de la loi Soins palliatifs, il ne vous a certainement pas échappé qu'aucun crédit de paiement supplémentaire n'est alloué dans le budget 2026, dans sa version soumise le 4 février 2026 au Conseil Constitutionnel (texte adopté n°227), alors que l'Article 7 de cette loi alloue, à cette fin, 194 millions d'euros pour l'année 2026, sans toutefois indiquer par quel mécanisme ces nouvelles dépenses seraient compensées. Une lacune susceptible de les faire annuler par le Conseil constitutionnel...

Au final, cette loi Soins palliatifs pourrait n'avoir aucun autre effet que de mettre en coupe réglée l'intervention des bénévoles auprès des malades, tant à domicile qu'en institution.

Le nouvel article L. 1110-11 du code de la Santé publique défini par les Articles 1, 2, 4 bis, 10, 13, 14 et 20 bis A de cette loi prévoit que, pour pouvoir intervenir dans des services de soins palliatifs et à domicile, les bénévoles devront obligatoirement faire partie d'associations munies de « chartes » et ayant passé avec des établissements de soins des « conventions » contrôlées par les Agences régionales de santé, dont le contenu sera défini par un décret.

Et bien entendu, il est à ce jour impossible de connaître la teneur de ce décret, dont la rédaction appartiendra au seul gouvernement...

Compte tenu de la gravité des effets irréversibles de ces lois, susceptibles d'avoir pour conséquence la mort anticipée de centaines de milliers de nos concitoyens, les « cent cinquante heures de discussion » à l'Assemblée nationale que vous mentionnez dans votre lettre ne sont, je le crains, pas suffisantes.

Vous savez la défection du député Olivier Falorni, qui portait le projet de loi « droit à mourir ». Il était l'une des principales chevilles ouvrières de cette loi mais il ne prendra pas part à son vote final puisqu'il quitte l'Assemblée nationale après s'être fait élire maire de La Rochelle en mars 2026, ce qui lui permet (accessoirement) d'assurer ses arrières pour les six ou sept années à venir.

À l'instar des autres député-e-s, vous apprécierez cette défection à sa juste mesure : vous endosserez, sans lui, la responsabilité du vote final de cette loi sans être aucunement assurée de votre réélection lors des législatives de 2027...

C'est pourquoi, tenant compte des faits ci-dessus évoqués, et prenant en considération les craintes de millions de nos concitoyens de tous âges, affectés de pathologies, qui veulent vivre mais se sentent « poussés vers la sortie » par la loi « droit à mourir », je me permets de vous demander solennellement, en conclusion de la présente, le retrait pur et simple de cette loi et la modification de la loi « soins palliatifs » pour en supprimer la mise en coupe réglée des relations entre les bénévoles et les patients, ainsi que la mise à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale, concomitamment à la loi « soins palliatifs », du vote d'un budget rectificatif dès 2026 pour permettre le déploiement effectif de ces soins palliatifs à la hauteur « des besoins en présence » cités dans votre lettre, et ce sur l'intégralité du territoire français.

Vous remerciant pour votre bienveillante attention, et vous remerciant par avance pour la suite favorable que vous voudrez bien accorder à aux demandes dûment justifiées contenues dans la présente, ainsi que dans l'attente de votre nouvelle réponse, je vous prie de bien vouloir agréer, Madame la Présidente, l'assurance de ma considération la plus haute.



Annie Lobé,
Journaliste scientifique indépendante.

Copies à : - Monsieur Gérard Larcher, Président du Sénat
- Conseil constitutionnel et Conseil national de l'Ordre des médecins
- Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
- Collectif Soins de vie

PJ : - *Politis*, 20 janvier 2026 : Aide à mourir : « J'ai peur qu'on me rembourse mon euthanasie plutôt que mon traitement » (pour accéder à l'intégralité de l'article, il est nécessaire d'accepter de recevoir par mail d'autres articles de ce magazine en ligne).

- *Le Canard enchaîné*, 8 avril 2026 : Covid long : un étouffoir d'État

<https://www.politis.fr/articles/2026/01/analyse-aide-a-mourir-jai-peur-quon-me-rembourse-mon-euthanasie-plutot-que-mon-traitement/>

SANTÉSOCIÉTÉ

Publié dans le dossier

Aide à mourir : une loi et mille questions

Temps de lecture : 8 minutes

#Fin de vie #Santé #Santé publique #Validisme #Discriminations #Handicap

Aide à mourir :

« J'ai peur qu'on me rembourse mon euthanasie plutôt que mon traitement »

Après plusieurs reports, la proposition de loi sur l'aide à mourir est examinée au Sénat. Un texte redouté par de potentiels futurs patients et soignants concernés, tant son application reste floue dans un système de santé déjà fragilisé.

Isya Okoué Métogo et Chiara Kahn • 20 janvier 2026



Un médecin tient un flacon de thiopental, un barbiturique utilisé dans la pratique de l'euthanasie, dans un hôpital en Belgique, le 1er février 2024. En 2022, 2 966 personnes ont subi une euthanasie en Belgique, selon la commission fédérale de contrôle. Sur ce total, 53 résidaient en France.

© Simon Wohlfahrt / AFP

Ce 20 janvier, la proposition de loi sur l'aide active à mourir, adoptée à l'Assemblée nationale en mai dernier, est examinée au Sénat. En mai, 305 députés avaient voté pour ce texte, 199 s'y étaient opposés et 57 s'étaient abstenus. La gauche, qui a – en très grande majorité soutenu l'aide à mourir –, défend une loi « humaniste et laïque ». Les Républicains ont émis de nombreuses réserves, jugeant le texte « profondément déséquilibré ». Le Rassemblement National y est fermement opposé.

Bien loin des hémicycles, des personnes potentiellement éligibles et une partie du corps médical s'inquiètent de la mise en pratique d'une telle loi, à l'aube d'un budget 2026 austéritaire et dans un système de santé déjà très affaibli.

Un durcissement des conditions de vie

Depuis plusieurs années, la France est interpellée par l'ONU pour ses pratiques d'institutionnalisation – à savoir le fait de placer une personne dans un milieu ségrégué, sur la base de son handicap –, jugées paternalistes. Selon le dernier rapport de la Fédération hospitalière de France (FHF) et du Groupement national des établissements publics sociaux et médico-sociaux (GEPSO), 60 % des établissements médico-sociaux sont en déficit. Une situation peu corrigée par le budget 2026, qui prévoit une hausse bien en dessous des 4 % réclamée et le gel de plusieurs prestations sociales, comme l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Dans ce contexte, le projet de loi inquiète Morgan B., atteint d'une maladie neuromusculaire dégénérative et potentiellement éligible à l'aide à mourir. « *Aujourd'hui, je vis dans un HLM. Mon principal revenu est l'AAH* », explique l'artiste de 41 ans, qui dépend aussi de la sécurité sociale pour son traitement. « *Je suis très angoissé à l'idée qu'à la place de me rembourser mon traitement, on finisse par me rembourser mon euthanasie* », confie-t-il.

Ma grande sœur m'a proposé de me suicider un jour. Elle a vraiment pensé que c'était un cadeau.

Camille

Un sentiment partagé par Camille* R., 25 ans, atteinte de plusieurs troubles neurodéveloppementaux. En l'état en France, sa pathologie ne serait pas admissible pour accéder à l'aide à mourir. Son cas, en revanche, peut être envisagé au Canada et en Belgique. L'incertitude sur un hypothétique élargissement de critères l'inquiète. En avril 2025, 14 médicaments de psychiatrie manquaient en France. L'étudiante en sociologie décrit un quotidien rythmé par les files d'attente et les trocs de cachets entre amis. « *Le Concerta, un médicament pour le TDAH (1), c'est introuvable depuis un an* », déplore Camille.

Revendiquer un droit à vivre

Pour Morgan B., la proposition de loi sur l'aide fait écho au regard que les personnes non handicapées posent sur les personnes concernées : « *Ma grande sœur m'a proposé de me suicider un jour. Elle a vraiment pensé que c'était un cadeau* ». Et il insiste sur le poids symbolique de l'aide à mourir, dans une société qui lui a « *mis dans le crâne depuis toujours qu'[il] ne méritait pas de vivre* ». « *Mais il n'y a pas besoin de marcher pour vivre* », ajoute Morgan.

Camille R. insiste aussi sur la violence du système médical, qui porte parfois un discours pessimiste : « *On te dit direct "de toute façon vous ne pourrez jamais avoir une vie stable, vivre seul, vous êtes dangereux pour les autres". J'ai l'impression qu'on est déjà en train de nous aiguiller sur le fait que notre vie sera toujours de la merde.* » Camille conclut :

Le Canard Enchaîné, mercredi 8 avril 2026, p. 4 :

Covid long : un étouffoir d'État

Le mal touche près de 3 % des Français. Ce sont donc 2 millions de personnes qui en souffrent, dont 700 000 avec des troubles (fatigue intense, difficultés respiratoires, douleurs musculaires...) qui les empêchent parfois de travailler. Quel suivi l'État a-t-il mis en place pour ces victimes de Covid long ? Réponse : aucun.

Le 24 janvier 2022, était pourtant votée à l'unanimité à l'Assemblée nationale et au Sénat la loi Zumkeller, qui prévoyait la création d'une plateforme de recensement et des structures de soins adaptées à travers tout le territoire. Bien utile pour tracer les malades et les sortir de ce cauchemar sans fin. Las ! quatre ans plus tard, pas le moindre décret d'application à l'horizon. Vite, une piqûre de rappel !

« On m'avait promis que ça irait vite », se souvient l'ex-député UDI Michel Zumkeller, à l'origine du texte. Pour maximiser les soutiens, l'élu avait retiré un amendement exigeant la publication du décret sous six mois. Bien mal lui en a pris...

Les derniers oubliés

[La rhumatologue] Stéphanie Rist** [députée macroniste depuis 2017, et qui a donc voté cette loi, avant de devenir, depuis le 12 octobre 2025, ministre de la Santé et donc, en charge de la promulgation des décrets], était pourtant montée au créneau pour vanter l'importance d'un accompagnement spécifique. Dans un tweet du 29 août 2023, la désormais ministre de la santé promettait la création d'une plateforme en ligne

avant la fin de l'année. *« Des travaux sont en cours et aboutiront le 1^{er} juillet »*, précise aujourd'hui le ministère. Alleluia !

Face à un tel retard, l'association Covid Long Solidarité a saisi le Conseil d'État qui, le 1^e juillet 2025, a sommé les pouvoirs publics de rendre la loi effective d'ici à douze mois. À l'approche de l'ultimatum administratif, les autorités se réveillent tout doucement. *« Le gouvernement et l'Assurance maladie redoutent de compter les malades, accuse Zumkeller. Pour eux, le Covid long, c'est fini depuis deux ans. »* Covidosceptique, l'État ?

Du côté des médecins, pourtant, le diagnostic est clair : le Covid long n'est pas une vue de l'esprit. Pathologie post-infectieuse, au même titre que la maladie de Lyme ou le paludisme, il est parfois guérissable, en cas de prise en charge rapide. Or, trouver un centre se révèle aussi compliqué que dénicher un masque au début de la pandémie.

Le docteur Alaa Ghali en sait quelque chose. Ancien responsable de l'unité post-Covid du CHU d'Angers – fermée l'été dernier par l'Agence régionale de santé Pays de la Loire –, il a ouvert un cabinet à Douai-en-Anjou (Maine-et-Loire) pour répondre au désarroi des patients. Les inégalités territoriales sont criantes. Selon une étude de l'association AprèsJ20, financée par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), un Breton sur six, par exemple, doit se faire soigner en dehors de sa région.

Lourdement handicapée, Stéphanie, qui habite près de Saint-Brieuc (Côtes d'Armor), a ainsi été contrainte de

parcourir près de 1000 kilomètres pour rejoindre une clinique en Occitanie. Résultat : elle remarque ! « *Moi, j'ai pu le faire, confie-t-elle. Mais d'autres ne peuvent même plus sortir de leur lit.* » Ni l'État de sa coupable somnolence.

Encore un effet indésirable du Covid long ?

Emmanuelle Souffi
et Louise Colvert

(** À lire aussi dans ce même numéro du 8 avril 2026 du *Canard enchaîné* : le portrait que consacre la journaliste Anne-Sophie Mercier à la ministre de la santé Stéphanie Rist, p. 7)

LA PRÉSIDENTE

PARIS, LE - 6 MARS 2026

2026-2706

Madame,

Je suis, en tant que Présidente de l'Assemblée nationale, particulièrement attentive aux observations qui me sont transmises et vous remercie d'avoir pris le temps de m'exposer en détail votre avis sur le débat de société concernant la fin de vie.

Très engagée sur ce thème, je considère, comme nombre de députés mais également comme une majorité de Français, que notre pays ne doit pas attendre pour légiférer sur le sujet.

Forte de cette conviction, j'ai apporté tout mon soutien à l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale de deux propositions de loi, l'une relative aux soins palliatifs et d'accompagnement, l'autre à la création d'une aide à mourir.

Ces deux textes ont ainsi été débattus et largement adoptés par les députés en séance publique, une première fois en mai 2025 puis une seconde fois en février 2026, après près de cent-cinquante heures de discussion.

Je comprends pleinement que ce sujet suscite des émotions profondes et parfois des inquiétudes. La question de la fin de vie touche à ce que nous avons de plus intime : la dignité, la souffrance, l'accompagnement, et la conception même du droit à mourir. Il est donc naturel que les avis divergent, parfois avec force.

Ces textes ne cherchent pas à opposer les conceptions de la vie et de la mort, mais à encadrer une réalité déjà présente, pour que les patients dont rien ne peut apaiser la souffrance, malgré tous les accompagnements possibles, aient la liberté de choisir leur fin de vie. Chacun de nous sait qu'un jour, il pourra être confronté à ces questions, pour lui-même ou pour un proche.

... / ...

Madame Annie LOBE
Santé Publique Editions
2, boulevard Vauban
66210 MONT-LOUIS

En première comme en deuxième lecture, les députés ont ainsi fait le choix d'encadrer strictement le recours à l'aide à mourir, celle-ci n'étant, il convient de le rappeler, accessible qu'à condition d'être majeur, d'être français ou de résider régulièrement en France, de souffrir d'une affection particulièrement grave engageant irrémédiablement le pronostic vital et de disposer de la faculté d'exprimer un consentement libre et éclairé. Ces conditions sont cumulatives et doivent être respectées du début à la fin du processus, empêchant *de jure* un recours abusif à l'aide à mourir.

Complémentaire de la proposition de loi relative à l'aide à mourir, mais également de la Stratégie décennale déployée par le Gouvernement, la proposition de loi relative aux soins palliatifs permettra par ailleurs de renforcer l'accès à ces derniers partout en France, certains territoires, il convient de le reconnaître et de le regretter, ne bénéficiant toujours pas d'une couverture suffisante au regard des besoins en présence.

Par suite de l'adoption en deuxième lecture par l'Assemblée nationale des deux textes, il revient désormais au Sénat de s'en saisir une nouvelle fois dès le début du mois d'avril prochain.

A cet égard, et ainsi que j'ai eu l'occasion de l'exprimer à plusieurs reprises, je suis convaincue que le Parlement peut définitivement adopter ces textes très attendus par nos concitoyens d'ici l'été 2026.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de ma considération distinguée.

Très sincèrement



Yaël BRAUN-PIVET

ASSEMBLÉE NATIONALE

LA PRÉSIDENTENTE



9000P

Madame Annie LOBE
Santé Publique Editions
2, boulevard Vauban
66210 MONT-LOUIS

Assemblée nationale - 126, rue de l'Université - 75355 Paris 07 SP

Tél : 01 40 63 50 00 - www.assemblee-nationale.fr

**LETTRE
VERTE**

PARIS
75
06 03 26
786 LV 940729
2978 756310

€ R.F.
001,30
LA POSTE
CP 652362



SantéPublique éditions
2 Boulevard Vauban
66210 Mont-Louis
info@santepublique-editions.fr
Lettre déposée par porteur

ASSEMBLÉE NATIONALE
RÉCEPTION COURRIER
19 FEV. 2026
8 rue Aristide BRIAND

FLAN

Le 19 février 2026

URGENT
Lettre ouverte

Madame Yaël BRAUN-PIVET
Présidente de l'Assemblée nationale
126, rue de l'Université
75007 PARIS

Concerne : les lois en préparation sur la fin de vie

Madame la Présidente,

Avant le vote solennel prévu mardi prochain 24 février 2026, je vous transmets ci-joint des articles comportant l'analyse d'importantes failles détectées dans les textes en préparation relatifs au **droit à mourir** et aux **soins palliatifs**, actuellement en cours de débat dans l'Hémicycle.

Je me permet d'attirer votre attention sur les responsabilités morales qui seraient les vôtres au cas certains des risques mentionnés se réaliseraient après l'adoption de ces deux lois,

par exemple :

- Que des psychopathes deviennent médecins ou infirmiers pour tuer des malades et non pour les guérir,
- Que plusieurs centaines de jeunes majeurs atteints de cancer exercent leur droit à mourir dès l'annonce du diagnostique sans prévenir leurs proches,
- - Que des structures de soins contraintes par décision judiciaire d'accueillir des patients en soins palliatifs se retrouvent, faute de moyens et de personnels, dans l'obligation d'euthanasier clandestinement, pour libérer des lits, d'autres patients qui n'auront pas demandé à mourir ; En effet, aucun crédit de paiement supplémentaire n'est alloué dans le budget 2026 dans sa version définitive soumise le 4 février 2026 au Conseil Constitutionnel (texte adopté n°227).
- -Que des centaines de milliers de personnes éligibles exercent ce droit à mourir sans en informer leurs proches, ce qui ne manquerait pas de provoquer au sein de la population française un choc psychologique susceptible de susciter des plaintes judiciaires,
- etc...

J'insère également dans le présent pli les plus récents résultats de mes investigations concernant les effets des ondes des smartphones sur le cerveau et le déclenchement du cancer.

Dans l'attente de votre réponse,

Je vous prie de bien vouloir agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma considération la plus haute.



Annie Lobe
Journaliste scientifique indépendante

Copie à :

- Conseil Constitutionnel et Conseil national de l'ordre des médecins.
- Société française d'accompagnement et de soins palliatifs.
- Collectif Soins de vie

PJ :

- *Des failles détectées dans les lois en préparation sur la fin de vie*, version du 19 février 2026 (cet article a été réceptionné par mail hier soir vers 18 heures par votre secrétariat dans sa version du 17 février 2026 qui présentait les mêmes arguments dans un ordre différent), 9 pages
- *Avancées de la recherche sur le traitement de la douleur et sur la maladie de Charcot au regard des futures lois françaises sur la fin de vie et les soins palliatifs*, 10 février 2026 (cet article a été réceptionné par mail hier soir vers 18 heures), 8 pages.
- *La-guerre-du-smartphone-contre-le-cerveau humain* 13 janvier 2026, 4 pages
- *Une-avalanche-de-cancers-a-la-montagne*, 4 février 2026, 4 pages.
- Etude du Professeur Pierre Aubineau, UMR 5017 CNRS, Université Victor Segalen, Bordeaux. Laboratoire de Signalisation et Interactions Cellulaires, 23 pages : *Local Exposure to 900-MHz Microwaves Induce Plasma Extravasation in the Rat Brain at Non-thermal SAR Levels*
- La cour d'appel de Montpellier condamne Thomas Durand à retirer ses vidéos sur Annie Lobé, le 29 juillet 2025

Bientôt une nouvelle loi instaurant un droit à mourir ?

Des sociétés privées pourront faire de la publicité déguisée en « information » et recruter des médecins et infirmiers pour pratiquer des euthanasies et délivrer des ordonnances pour le suicide assisté

13 millions de personnes sont en ALD (affection longue durée) en France.

La Sfap (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs), au vu des critères définis par le texte sur le droit à mourir adopté par l'Assemblée nationale, a estimé à **1 million le nombre de patients éligibles** (article publié par *Le Monde* le 16 février 2026).

Selon l'Association de recherche sur la sclérose latérale amyotrophique (ARSLA), **1 millier de personnes** atteintes de cette maladie dite « de Charcot » souhaiteraient mettre fin à leur vie (audition du 26 mars 2025 de la présidente de l'ARSLA par la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale : « *89 % des personnes malades interrogées dans notre dernière enquête exprimaient leur volonté de vivre.* » L'ARSLA estime à 8 000 le nombre de personnes atteintes de cette maladie, avec chaque jour 5 nouveaux cas diagnostiqués et 5 décès.)

Cette situation d'un millier de personnes est largement évoquée dans les médias pour justifier une nouvelle loi qui en englobe un million...

Il faut rappeler qu'en France, l'**article L 1110-5-2 du code de la santé publique**, applicable depuis la loi du 2 février 2016, **rend déjà parfaitement légal** le fait d'administrer à une personne **en fin de vie** par suite d'une « *maladie grave et incurable* », une « *sédation profonde et continue* » **jusqu'à son décès**. De nombreux témoignages, tant de familles que de soignants, attestent que cette possibilité est désormais largement appliquée à tous les patients qui en ont besoin.

La **nouvelle loi** prévoit que **toute personne majeure gravement malade** mais qui n'est **pas encore en fin de vie** pourra décider de **se suicider sur ordonnance ou d'être euthanasiée sans en informer ses proches**.

Des failles ont été détectées dans ce texte, qui ont fait l'objet d'un **signalement par lettre déposée le jeudi 19 février 2026** à l'Assemblée nationale, à l'attention de sa présidente, Madame Yaël Braun-Pivet.

Parmi les failles signalées, le texte **approuvé par l'Assemblée nationale** le 25 février 2026, qui **est revenue au Sénat le 29 avril 2026**, permet que :

-Des **psychopathes** assouvissent leurs pulsions meurtrières en devenant médecins ou infirmiers pour « aider à mourir » des malades et non pour les aider à guérir, **le médecin traitant étant totalement exclu du processus**, contrairement à la loi belge qui prévoit son implication.

-**Les plusieurs centaines de jeunes majeurs** qui reçoivent chaque année un **diagnostic de cancer** exercent leur « droit à mourir », dès l'annonce de ce diagnostic, **sans prévenir leurs proches**.

-Parmi le million de personnes éligibles, **plusieurs centaines de milliers exercent ce « droit à mourir » sans en informer leurs proches**, ce qui ne manquera pas de provoquer, au sein de la population française, un choc psychologique susceptible de susciter des plaintes judiciaires.

-**Aucun crédit de paiement supplémentaire** n'est alloué dans le **budget 2026** pour l'accompagnement aux soins palliatifs dans sa version soumise le 4 février 2026 au Conseil Constitutionnel (texte adopté n°227), alors que l'article 7 de la loi sur les soins palliatifs prévoit pour cela 194 millions d'euros. Faute de moyens, cette loi « *visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs* » ne permettra donc pas d'améliorer la situation actuelle...

Des **sociétés privées** pourront recruter des médecins et des infirmiers pour pratiquer les actes, qui seront remboursés par la Sécurité sociale et par les mutuelles (Article 18 de la loi « droit à mourir »). Ces sociétés pourront **faire la promotion** de l'euthanasie et du suicide assisté en recourant aux services d'**agences de communication** pour élaborer des publicités conçues **comme des informations sur « l'aide à mourir »**, conformes à la rédaction de l'Article 17 de cette loi.

Ceux qui tenteront de dissuader autrui de recourir à l'aide à mourir pourront être condamnés pour « **délit d'entrave** » à **2 ans de prison et 30 000 € d'amende** (une disposition de l'Article 17 qui concerne aussi les médecins !). Ce délit d'entrave existe déjà en France pour l'avortement, mais concernant l'euthanasie et le suicide assisté, il n'existe actuellement dans aucun autre pays.

Quant à ceux qui auront tenté de **faire pression** sur autrui pour qu'il ait recours à l'aide à mourir, ils seront passibles de **1 an de prison et 15 000 € d'amende**.

Avant l'adoption de cette loi, je m'informe et j'agis :

<https://www.santepublique-editions.fr>

<https://www.soinsdevie.org/lappel>

<https://www.sfap.org>

Je signe le manifeste : <https://leseligibles.fr>

Les 700 000 malades sévèrement atteints de Covid long seront-ils éligibles au droit à mourir avant d'avoir eu accès à des soins adéquats ?

Par Annie Lobé, le 14 avril 2026.

Ils attendent depuis plus de quatre ans le décret d'application d'une loi votée à l'unanimité par l'Assemblée nationale et le Sénat leur permettant l'accès à des soins adéquats.

Certains d'entre eux ne peuvent plus quitter leur lit.

Si la loi sur le « droit mourir » est adoptée « avant l'été », ces patients pourront-ils plus facilement accéder à l'euthanasie ou au suicide assisté qu'à des soins qui leur auraient pourtant permis de guérir ?

Le Canard Enchaîné, mercredi 8 avril 2026, p. 4 :

Covid long : un étouffoir d'État

Le mal touche près de 3 % des Français. Ce sont donc 2 millions de personnes qui en souffrent, dont 700 000 avec des troubles (fatigue intense, difficultés respiratoires, douleurs musculaires...) qui les empêchent parfois de travailler. Quel suivi l'État a-t-il mis en place pour ces victimes de Covid long ? Réponse : aucun.

Le 24 janvier 2022, était pourtant votée à l'unanimité à l'Assemblée nationale et au Sénat la loi Zumkeller, qui prévoyait la création d'une plateforme de recensement et des structures de soins adaptées à travers tout le territoire. Bien utile pour tracer les malades et les sortir de ce cauchemar sans fin. Las ! quatre ans plus tard,

pas le moindre décret d'application à l'horizon. Vite, une piquêre de rappel !

« *On m'avait promis que ça irait vite* », se souvient l'ex-député UDI Michel Zumkeller, à l'origine du texte. Pour maximiser les soutiens, l'élu avait retiré un amendement exigeant la publication du décret sous six mois. Bien mal lui en a pris...

Les derniers oubliés

[La rhumatologue] Stéphanie Rist** [députée macroniste depuis 2017, et qui a donc voté cette loi, avant de devenir, depuis le 12 octobre 2025, ministre de la Santé et donc, en charge de la promulgation des décrets], était pourtant montée au créneau pour vanter l'importance d'un accompagnement spécifique. Dans un tweet du 29 août 2023, la désormais ministre de la santé promettait la création d'une plateforme en ligne avant la fin de l'année. « *Des travaux sont en cours et aboutiront le 1^{er} juillet* », précise aujourd'hui le ministère. Alleluia !

Face à un tel retard, l'association Covid Long Solidarité a saisi le Conseil d'État qui, le 1^e juillet 2025, a sommé les pouvoirs publics de rendre la loi effective d'ici à douze mois. À l'approche de l'ultimatum administratif, les autorités se réveillent tout doucement. « *Le gouvernement et l'Assurance maladie redoutent de compter les malades*, accuse Zumkeller. *Pour eux, le Covid long, c'est fini depuis deux ans.* » Covidosceptique, l'État ?

Du côté des médecins, pourtant, le diagnostic est clair : le Covid long n'est pas une vue de l'esprit. Pathologie

post-infectieuse, au même titre que la maladie de Lyme ou le paludisme, il est parfois guérissable, en cas de prise en charge rapide. Or, trouver un centre se révèle aussi compliqué que dénicher un masque au début de la pandémie.

Le docteur Alaa Ghali en sait quelque chose. Ancien responsable de l'unité post-Covid du CHU d'Angers – fermée l'été dernier par l'Agence régionale de santé Pays de la Loire –, il a ouvert un cabinet à Douai-en-Anjou (Maine-et-Loire) pour répondre au désarroi des patients. Les inégalités territoriales sont criantes. Selon une étude de l'association AprèsJ20, financée par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), un Breton sur six, par exemple, doit se faire soigner en dehors de sa région.

Lourdement handicapée, Stéphanie, qui habite près de Saint-Brieuc (Côtes d'Armor), a ainsi été contrainte de parcourir près de 1000 kilomètres pour rejoindre une clinique en Occitanie. Résultat : elle remarque ! « *Moi, j'ai pu le faire*, confie-t-elle. *Mais d'autres ne peuvent même plus sortir de leur lit.* » Ni l'État de sa coupable somnolence.

Encore un effet indésirable du Covid long ?

Emmanuelle Souffi
et Louise Colvert

(** À lire aussi dans ce même numéro du 8 avril 2026 du *Canard enchaîné* : le portrait que consacre la journaliste Anne-Sophie Mercier à la ministre de la santé Stéphanie Rist, p. 7)

En janvier 2022, M. Jacky Coll, maire de Bolquère dans les Pyrénées-Orientales, a mis fin à ses jours d'une balle de fusil. Il avait « convoqué » deux employés de sa commune pour être les témoins du drame. Atteint de Covid long, il ne parvenait plus se concentrer pendant plus de 10 minutes.

La loi Zumkeller a été adoptée trop tard pour lui. Mais il est possible d'affirmer que le Covid long peut priver ses victimes de l'envie de continuer à vivre.

Il ne fait aucun doute que d'autres patients atteints de Covid long, en cas d'adoption de la loi sur le « droit à mourir », s'en saisiront alors même que les parlementaires, il y a 4 ans avaient unanimement fait le choix de leur faciliter le retour à la santé et à une vie normale.

Depuis lors, le gouvernement a contré leur choix en ne publiant pas le décret d'application depuis plus de quatre ans tandis que, bien au contraire, il « poussait » très fort sur une autre loi, celle du « droit à mourir ».

Reste à savoir si les actuels parlementaires seront majoritairement d'accord sur ce « programme » de remplacement.

Annie Lobé,
Journaliste scientifique indépendante.

.../...

Le député portant la loi sur l'euthanasie ne votera pas sa loi : il s'est fait élire maire de La Rochelle et quitte l'Assemblée nationale

Par Annie Lobé, le 14 avril 2026.

Le député Olivier Falorni était, en avril 2024, l'un des cinq co-rapporteurs de la loi sur la fin de vie examinée en commission spéciale à l'Assemblée nationale.

Après la dissolution du 9 juin 2024 ayant entraîné la chute du gouvernement Attal, qui avait déposé en avril 2024 le tout premier projet de loi, c'est M. Falorni qui, le 11 mars 2025, a initié et déposé la proposition de loi sur laquelle les députés ont repris leurs travaux.

Il est donc l'une des principales chevilles ouvrières de cette loi (à noter : aucun des autres co-rapporteurs de cette loi n'a été réélu après la dissolution).

Mais M. Falorni ne prendra pas part à son vote final : il quitte l'Assemblée nationale après s'être fait élire maire en mars 2026 !

Lui qui affirmait sur sa fiche Wikipedia (consultée le 23 juillet 2025, p. 5, voir ci-dessous) avoir « *déposé symboliquement le 2 octobre 2017, jour de la mort de l'écrivaine Anne Bert, partie se faire euthanasier en Belgique, une proposition de loi sur la fin de vie libre et choisie* », il a finalement privilégié son objectif premier : devenir maire de La Rochelle, ce qui lui permet (accessoirement) d'assurer ses arrières pour les 6 ou 7 années à venir.

Les autres député-e-s apprécieront sa défection à sa juste mesure : ce sont eux et elles qui endosseront, sans lui, la responsabilité du vote final de cette loi

« avant l'été »*, sans être aucunement assuré-e-s de leur réélection lors des législatives de 2027...

*(selon les vœux conjoints de la Présidente de l'Assemblée nationale, Yaël Braun-Pivet, et du Président Emmanuel Macron)

(Lire ci-dessous la brève du *Canard Enchaîné*)

Documents sauvegardés ici :

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/olivier-falorni-wikipedia-23-juillet-2025.pdf>

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/projet-loi-fin-vie-agenda-commission-speciale-avril-2024.doc>

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/17b1100-fin-vie-proposition-loi-11-03-2025.pdf>

Pour mémoire, la toute première version de la loi :

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/aide-a-mourir-16b2462-projet-loi.pdf>

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/les-21-articles-du-projet-de-loi-aide-a-mourir-16b2462.pdf>

Le Canard Enchaîné, mercredi 8 avril 2026, p. 2 :

Un testament encombrant

Olivier Falorni, maire nouvellement élu de La Rochelle, va laisser son siège de député (MoDem) à sa suppléante, Sabine Gervais. Celui qui a été le rapporteur de la proposition de loi (PPL) sur l'aide à mourir souhaiterait que cette infirmière-puéricultrice lui succède également comme rapporteure de la PPL pour la

prochaine lecture à l'Assemblée nationale. Au motif, assure-t-il, qu'elle connaît très bien le sujet.

Mais rien n'est automatique, et ce vœux de Falorni crispe quelque peu dans son camp. *« Il y a du monde avant elle, des gens qui se sont personnellement impliqués sur le sujet et qui feraient très bien l'affaire »*, grince une macroniste.

Annie Lobé

Journaliste scientifique indépendante.

Article diffusé par mail le 14 avril 2026.

E. Macron supprimera-t-il par une simple ordonnance la condition d'être « *apte à manifester une volonté libre et éclairée* » pour être euthanasié, comme il a déjà supprimé le 29 janvier 2020 la loi sur l'accessibilité de 2005 ?

Par Annie Lobé, article diffusé le 7 avril 2026.

Rédigé le 30 mars 2026

Les actes de MM. Macron, Philippe, Castex et Mme Borne (* voir ci-dessous) préfiguraient-ils la loi sur le « droit à mourir » qui prévoit de rendre éligibles 1 million de nos concitoyens pour l'euthanasie et le suicide assisté ?

https://www.lemonde.fr/societe/article/2026/02/16/cancers-maladie-de-charcot-insuffisance-cardiaque-qui-aurait-droit-a-l-aide-a-mourir_6666916_3224.html

La condition que la personne qui demande à mourir soit « *apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée* » n'arrive qu'en 5°) et dernière position de l'article 4 de la loi « aide à mourir » créant l'article L 1111-12-2 du code de la santé publique qui régit les conditions d'éligibilités de ce nouveau « droit ».

S'il a été possible à M. Macron d'abroger par une simple ordonnance et un simple décret l'intégralité de la loi sur l'accessibilité de 2005, (* voir ci-dessous) rien ne sera plus facile pour lui que de supprimer également en catimini cette 5°) condition par une simple ordonnance avant la fin de son mandat...

N'importe qui pourrait-il alors être légalement euthanasié contre son gré ?

La question mérite d'être posée, dès lors que ni les consultations des directives anticipées, ni du mandat de protection future, ni des proches aidants, ni du médecin traitant ne sont prévues par le texte adopté en 2^{ème} lecture par l'Assemblée nationale le 25 février 2026, qui repassera en 2^{ème} lecture devant la commission des Affaires sociales du Sénat à compter du 29 avril prochain et en séance publique les 11, 12 et 13 mai 2026 :

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl24-661.html>

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl24-662.html>

D'autres inquiétudes sont exprimées directement par des personnes « éligibles » :

<https://www.politis.fr/articles/2026/01/analyse-aide-a-mourir-jai-peur-quon-me-rembourse-mon-euthanasie-plutot-que-mon-traitement/>

<https://leseligibles.fr/#manifeste>

<https://stop-euthanasie.fr>

Annie Lobé

Journaliste scientifique indépendante

<http://www.santepublique-editions.fr>

Voir des failles dans ces textes, signalées le 19 février 2026 à Mme Yaël Braun-Pivet, présidente de l'Assemblée nationale :

<http://www.santepublique-editions.fr/indexc.html#loisfinvieFailles>

PS : Voici deux témoignages recueillis la semaine dernière :

« Je travaille dans un hôpital de province. Dans les couloirs, je croise des personnes debout, souriantes, mais qui ont Alzheimer. Après une « réunion collégiale » les concernant, en présence de leurs familles et de

médecins, ces personnes sont mises sous perfusion. Deux ou trois jours plus tard, elles ne sont plus là. »

« J'ai croisé dans la rue l'un de mes voisins, très impliqué dans les visites aux malades dans un hôpital de la région parisienne, qui avait l'air complètement déprimé. Je lui ai demandé pourquoi. Il m'a répondu qu'il y a deux mois, il a été sèchement viré de cette fonction bénévole par cet hôpital parce qu'il avait pris l'habitude d'intervenir auprès du personnel soignant quand il voyait que quelque chose n'allait pas pour un patient. »

Alors oui, c'est vrai qu'il y a en France des familles et des soignants qui attendent avec impatience cette loi sur le « droit à mourir ».

Mais pour combien d'entre eux, la motivation n'est pas la fraternité avec les malades ? Bien au contraire, elle leur permettra de se débarrasser d'eux encore plus facilement, légalement...

Reste à savoir si les parlementaires seront majoritairement d'accord pour instaurer ce « droit ».

(*)

Par une simple ordonnance E. Macron a supprimé le 29 janvier 2020 la loi sur l'accessibilité de 2005 alors que 2,4 millions de personnes étaient atteintes d'un handicap visible en France.

Ordonnance n° 2020-71 du 29 janvier 2020 signée par MM. Macron et Philippe :

Lien Légifrance :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041506557?init=tru>

e&page=1&query=ordonnance+2020-71+du+29+janvier+2020&searchField=ALL&tab_selection=all

document sauvegardé ici :

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Ordonnance-2020-71-du-29-janvier-2020-signee-par-Macron-et-philippe.pdf>

En janvier 2020 et en juin 2021, par une simple ordonnance et un simple décret, MM Macron, Philippe, Castex, Véran et Mme Borne ont abrogé la loi de 2005 sur l'accessibilité des locaux d'habitation et des lieux publics et privés pour les personnes handicapées.

Conséquence : un locataire devenu handicapé après le 29 janvier 2020 ne peut plus sortir de chez lui, n'ayant pas pu obtenir les aménagements nécessaires pour lui permettre l'accès à son logement car son bailleur les refuse, alors même que cela ne coûterait plus rien. En effet, cela ne peut désormais qu'être financé par des associations, des mutuelles ou des caisses de retraite (témoignage d'un cas réel dans les Pyrénées Orientales avec le bailleur « social » Office 66/Habitat 66).

Comment E. Macron a supprimé la loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées

Rédigé le 3 juin 2022

En catimini, M. Macron et ses Premiers ministres MM. Philipe et Castex ont supprimé l'intégralité de la loi qui contraignait depuis 2005 les propriétaires de locaux d'habitation et de lieux publics et privés à les rendre accessibles aux personnes handicapées.

Depuis le 11 février 2005, une loi instaurait l'obligation pour les propriétaires des lieux publics et privés, incluant les logements, de les rendre accessibles à tous les porteurs de handicaps.*

Mais fin janvier 2020, juste avant que la vague du Covid s'abatte sur le monde entier, le président Macron et son premier ministre Philippe ont abrogé cette loi en apposant purement et simplement leurs deux signatures sur une ordonnance publiée au *Journal Officiel***.

Conséquence directe de cette abrogation : une personne devenue handicapée ne peut plus obtenir de son propriétaire les adaptations nécessaires pour lui permettre l'accès au logement qu'elle occupe.

Cette suppression opérée en catimini et que tout le monde ignore a été aggravée le 30 juin 2021 par un décret signé de MM. Castex (et six ministres dont Mmes et MM. Borne, Darmanin, Pompili et Véran) abrogeant également les dispositions d'accessibilité concernant la construction de bâtiments neufs.***

Autre coup bas du gouvernement Macron/Castex en juin 2021, il y a tout juste un an, contre les personnes bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH), créée en 1975, qui accorde une rémunération d'environ 900 € à toute personne dont le handicap a été reconnu :

*« **Vote bloqué par le gouvernement contre l'individualisation de l'allocation adulte handicapé. Le gouvernement a contraint jeudi l'Assemblée nationale à refuser l'individualisation de cette allocation pour les personnes en couple,** indique le quotidien 20 minutes du 18 juin 2021. Son individualisation était pourtant largement soutenue dans l'Hémicycle et par le*

monde associatif. Pour protester, droite et gauche ont quitté l'Assemblée. »

* La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoyait, dans son **article 41**, que :

*« Les dispositions architecturales, les aménagements et équipements intérieurs et extérieurs des **locaux d'habitation**, qu'ils soient la propriété de personnes privées ou publiques, des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des lieux de travail doivent être tels que ces locaux et installations **soient accessibles à tous, et notamment aux personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique, que les logements doivent être accessibles à toutes les personnes handicapées, et ce quel que soit leur handicap.** »*

Article L111-7 du code de la Construction et de l'habitation abrogé le 29 janvier 2020 : document sauvegardé ici :

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Article-L111-7-Code-construction-habitation.doc>

** Ordonnance n° 2020-71 du 29 janvier 2020 signée par MM. Macron et Philippe :

document sauvegardé ici :

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Ordonnance-2020-71-du-29-janvier-2020-signée-par-Macron-et-philippe.pdf>

*** Décret n° 2021-872 du 30 juin 2021 signé par Mmes et MM Castex, Borne, Darmanin, Pompili, Véran, etc. :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000043816014/2021-07-01/>

document sauvegardé ici :

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Decret-2021-872-30-juin-2021-signé-par-Castex-Borne-Veran-etc.doc>

**** *20 minutes*, 18 juin 2021, p. 4 :

Voir la vidéo :

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/VIDEO-VOTE-BLOQUE-AAH-MOV06596-20MINUTES-2021-06-21.mp4>

Cet article a été diffusé par mail le 7 avril 2026.

Vote des députés : compte rendu de la séance du 25 février 2026

Le vendredi 27 février 2026, 15 h 30

Le fait marquant du vote du 25 février 2026 a été la réduction de 106 à 73 voix d'écart entre les POUR (299 voix) et les CONTRE (226 voix) sur 562 votants (exprimés 525, majorité 263).

Par conséquent il n'a manqué que les 37 voix des abstentionnistes pour faire basculer la majorité.

Ci dessous, les textes adoptés transmis au Sénat, qui seront examinés par la commission des Affaires sociales à partir du 25 mars 2026 et en séance plénière à partir du 1er avril 2026, ainsi que le compte rendu publié par *Le Figaro* et l'entrefilet paru dans *Famille chrétienne* sur les manœuvres tactiques utilisées par le gouvernement pour limiter la bascule de certains députés dans camp des opposants.

Ci-dessous également, les interventions de deux médecins et d'un pharmacien députés.

Annie Lobé

-Proposition de loi « Soins palliatifs » adoptée le 25 février 2026 en deuxième lecture à l'Assemblée nationale :

http://www.santepublique-editions.fr/objects/i17t0242_texte-adopte-seance-25-fevrier-2026-soins-palliatifs.pdf

-Proposition de loi « Droit à mourir » adoptée le 25 février 2026 en deuxième lecture à l'Assemblée nationale :

http://www.santepublique-editions.fr/objects/i17t0243_texte-adopte-seance-25-fevrier-2026-droit-mourir.pdf

-Article du *Figaro*, 25 février 2026 :

<https://www.lefigaro.fr/politique/fin-de-vie-l-assemblee-adopte-une-nouvelle-fois-la-loi-legalisant-le-suicide-assiste-et-l-euthanasie-20260225>

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/le-figaro-25-fevrier-2026.pdf>

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/le-figaro-25-fevrier-2026.doc>

-Article de *Famille chrétienne*, 26 février 2026, p. 12 :

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/famille-chretienne-26-fevrier-2026.pdf>

Assemblée nationale, le 25 février 2026

Discours d'intentions de vote de trois députés de profession médicale en présence de 562 députés

(extraits du compte-rendu officiel)

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/discours-intentions-vote-25-fevrier-2026.pdf>

Source : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2025-2026/premiere-seance-du-mercredi-25-fevrier-2026>

M. Philippe Juvin (Droite républicaine)

Ce débat peut être résumé à trois questions de principe.

Première question : l'État peut-il être mêlé à la mort d'un tiers, même s'il y est autorisé par un dispositif législatif ? Personnellement, je ne le crois pas. L'interdit de donner la mort est un principe absolu et, si nous

acceptons aujourd'hui des exceptions à ce principe absolu, d'autres que nous justifieront demain d'autres exceptions.

Deuxième question : quelle société voulons-nous ? Une société du soin ou une société où la compassion se résumerait à fournir la mort sur demande, au nom de critères si peu solides que certains veulent déjà les élargir ?

Troisième question : quand j'entre en blouse blanche dans la chambre d'un malade, je ne veux pas qu'il doute de la raison et de la nature de ma venue. *(Applaudissements sur les bancs du groupe DR et sur plusieurs bancs des groupes RN et UDR ainsi que sur quelques bancs du groupe EPR.)*

Je l'ai déjà dit, j'aurais pu voter un élargissement de la loi Leonetti pour une situation exceptionnelle, ultime, en conscience, mais maintenant, chacun doit savoir exactement ce qu'il va voter.

Ce texte n'est plus une loi d'ultime recours car il concernera aussi des personnes ayant plusieurs années à vivre. Aujourd'hui, avec certaines maladies engageant le pronostic vital, même en phase avancée ou terminale, on vit plusieurs années.

Le délai de réflexion est d'un mois en Belgique et de trois mois au Canada, alors que, chez nous, il ne sera que de deux à dix-sept jours. Deux jours ! Qui n'a jamais, un jour, voulu mourir et, deux jours après, voulu vivre ! *(Applaudissements sur les bancs des groupes DR, RN et UDR ainsi que sur quelques bancs des groupes EPR et HOR.)* Ce texte ignore un fait fondamental : le désir de mort est fluctuant !

Qu'en est-il de la collégialité ? Le patient pourra n'avoir rencontré physiquement qu'un seul médecin. Nous avons proposé que l'avis du médecin traitant – qui, mieux que lui, connaît le patient ? – et d'un psychiatre soient obligatoires. Refusé ! Nous avons proposé qu'une commission de contrôle intervienne avant le geste. Refusé ! Elle se réunira après la mort. La belle affaire !

Nous avons proposé qu'un déficient mental ou un bipolaire ne puisse

jamais être euthanasié. Refusé ! Un majeur sous tutelle, qui ne peut signer un chèque, pourra demander l'euthanasie.

Parce que toutes les familles ne sont pas aimantes et que des héritages se font attendre, nous avons proposé qu'un juge vérifie l'absence de pression ou d'abus de faiblesse. Refusé ! Nous avons demandé que la moindre altération du discernement interdise de demander l'euthanasie. Refusé !

Vous parlez d'une loi de fraternité, mais la fraternité, ce n'est pas ça : c'est se préoccuper des autres. Lors de leur admission en soins palliatifs, 3 % des patients veulent mourir. Une semaine plus tard, ils sont dix fois moins nombreux. Que s'est-il donc passé en sept jours ? On a répondu à leurs besoins. Quand on s'occupe des gens, la demande d'euthanasie disparaît. *(M. Dominique Potier applaudit.)*

Vous parlez d'une loi de liberté absolue, mais la liberté absolue, ça n'existe pas, car nous ne sommes pas seuls. Et puis, est-on libre quand on souffre de dépression ? Les psychiatres savent bien que non. Est-on libre quand on ne peut pas se payer d'aide humaine ou matérielle, quand on est grabataire, seul, qu'on se sent sale dans son lit et que l'infirmière ne passe que le lendemain ? On est moins libre de ses choix que si une infirmière est présente en permanence.

(Applaudissements sur les bancs des groupes DR, RN et UDR ainsi que sur quelques bancs du groupe EPR. Exclamations prolongées sur les bancs du groupe LFI-NFP.)

Vous n'êtes pas contents, mais quand on ne peut pas se payer la présence d'une infirmière vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les jours et les nuits sont plus pénibles, et ça peut donner des envies de mort.

Vous dites qu'on ne forcera personne, mais attention ! Dans une société traversée par les inégalités, où l'on inculque insidieusement à certains qu'ils seraient un fardeau, la liberté proclamée peut se muer en pression

silencieuse, pousser les plus vulnérables vers la sortie et les inciter à s'effacer eux-mêmes.

Ouvrez les yeux ! C'est déjà le cas au Canada : désormais, pour un quart des Canadiens, la pauvreté est une raison valable pour demander l'euthanasie ; pour 50 %, tel est aussi le cas du handicap !

Vous, mes chers collègues, vous pourrez choisir ! Vous pourrez vous payer la présence d'une infirmière, parce que vous avez de l'argent ; vous pourrez choisir les soins palliatifs, parce que vous avez des relations. Cette loi est votée par des gens riches et bien portants qui ont peur de la déchéance

(Applaudissements sur les bancs des groupes DR, RN et UDR ainsi que sur quelques bancs des groupes EPR et HOR),

mais elle s'appliquera à d'autres, à ceux qui ne peuvent pas vraiment choisir.

(Exclamations vives et prolongées sur les bancs du groupe LFI-NFP.)

Ne me dites pas que le SDF et le milliardaire ont le même choix, ce n'est pas vrai ! Surtout pas vous !

Pour finir, je souhaite souligner deux paradoxes. D'abord, il faut attendre deux à neuf mois pour obtenir un rendez-vous antidouleur, mais il faudra seulement deux à dix-sept jours pour une euthanasie. Il sera plus rapide d'obtenir l'aide à mourir que des soins palliatifs.

(Applaudissements sur les bancs du groupe DR et sur plusieurs bancs des groupes RN et UDR. – Exclamations sur les bancs du groupe LFI-NFP.)

Ensuite, prévenir le suicide, c'est dire à quelqu'un qui veut se suicider qu'il existe une alternative. Comment promouvoir la prévention du suicide avec une loi qui présente le suicide comme une alternative acceptable ? On ne va rien y comprendre !

Au fond, cette loi révèle une peur profonde de la vieillesse et du handicap. Elle sous-entend que certaines vies vaudraient d'être vécues alors que d'autres, devenues indignes, ne le vaudraient plus. Aucun pays n'est allé d'emblée aussi loin dans l'ouverture des critères, la brièveté des délais, la faiblesse du contrôle et la pression qui pèsera sur les plus vulnérables.

Les députés de la Droite républicaine voteront en conscience. Quant à moi, ce n'est pas ma conscience, mais ma raison qui me commande de ne pas voter cette loi qui va trop loin !

(Les députés des groupes DR, RN et UDR se lèvent et applaudissent longuement. – Quelques députés du groupe EPR, M. Dominique Potier et Mme Blandine Brocard applaudissent également.)

M. Cyrille Isaac-Sibille (Démocrates)

C'est avec beaucoup d'humilité que je m'exprime pour vous faire part, en mon nom propre, de mes convictions et de mes doutes. Le temps de parole du groupe Les Démocrates a été partagé, tous les votes n'allant pas dans le même sens.

Pour ma part, je voterai pour la proposition de loi relative aux soins palliatifs, parce qu'il est de notre devoir d'accompagner la souffrance et de soulager la douleur ; parce que l'accès aux soins palliatifs demeure inégal selon les territoires ; parce qu'on ne peut pas envisager l'ouverture d'un droit à mourir sans au préalable garantir à chacun que tout aura été mis en œuvre pour permettre une fin de vie digne, humaine et apaisée.

Concernant l'aide à mourir, je mesure l'émotion qui entoure ce dispositif. Médecin, j'ai été confronté aux situations de vie auxquelles il entend répondre. Je sais l'attente d'une partie de nos concitoyens et l'inquiétude de l'autre.

Les Français sont majoritairement favorables à une loi sur la fin de vie,

mais ne nous y trompons pas : ce qu'ils demandent avant tout, ce n'est pas un droit à mourir, c'est une garantie. Une garantie de ne pas souffrir, de ne pas être abandonné, une garantie d'être accompagné jusqu'au bout. Ils demandent l'assurance d'un ultime recours, d'une aide à mourir si cela devait mal se passer ; avec, de la même manière que l'on souscrit un contrat d'assurance, le secret espoir de ne jamais avoir à s'en servir.

J'ai toujours considéré que notre droit devait pouvoir, dans des situations exceptionnelles, répondre avec compassion à une fin de vie marquée par des souffrances que la science ne parvient pour l'instant pas à apaiser. Je suis favorable à une loi d'humanité, encadrée, qui ne s'impose pas comme un modèle mais comme un ultime recours. Cependant, le texte qui nous est soumis aujourd'hui dépasse cette logique d'exception. Malgré le respect dont nous avons fait preuve dans nos débats et la recherche d'un équilibre, que je reconnais, le constat est là : certains veulent déjà aller plus loin.

Les plus fervents partisans de la loi la présentent comme une loi de liberté, mais ce n'est pas plutôt une loi libérale que nous allons voter et non une loi qui prend soin, qui accompagne. La qualité d'une loi ou d'une société s'apprécie au soutien qu'elle apporte aux plus fragiles, aux plus vulnérables de ses membres : les personnes souffrant des affres de la maladie, des troubles du vieillissement, de douleurs psychologiques, ou encore celles qui dépendent de leur entourage dans les gestes les plus simples et les plus intimes de la vie. Quelle protection réelle offrons-nous à ces personnes qui, remplissant tous ces critères, demandent l'aide à mourir non parce que la douleur est inapaisable, mais parce qu'elles se sentent un poids pour leur conjoint, un fardeau pour leurs enfants, une charge pour les soignants et pour la collectivité ?

Ses partisans la présentent comme une loi sociétale. Mais où est la société dans le déroulé de cette aide à mourir ? Elle laisse bien seuls les médecins, sur lesquels va reposer toute la responsabilité de cet acte.

Ses partisans la présentent comme un nouveau droit. Mais que penser

d'une société qui banalise l'idée qu'il existerait des vies qui ne seraient plus dignes ou qui ne vaudraient plus d'être vécues ?

C'est la raison pour laquelle je souhaiterais que nous avançons avec prudence. J'ai une pensée particulière pour notre collègue Pierre Dharréville qui siégeait dans cet hémicycle il y a quelques années, et qui se disait, à la veille de la dissolution de l'Assemblée nationale, lors d'un premier examen de cette réforme, « saisi[t] de vertige » devant ce « terrible message de renoncement et d'abandon ».

Il existe plusieurs manières d'imaginer le futur concernant notre appréhension commune de la fin de vie. D'abord, la forme la plus pessimiste ; alors, cette loi ne serait pas une fin, mais un commencement, non un équilibre, mais une brèche. Conçue pour être votée, mais serait vouée à évoluer...

M. Jean-Pierre Bataille (Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires)

Nous nous prononçons aujourd'hui sur deux textes qui engagent notre responsabilité collective face à l'une des questions les plus universelles et éprouvantes qui soient : comment accompagner nos concitoyens à l'approche de leur fin de vie, et dans quelles conditions leur permettre d'y faire face avec dignité ?

Le texte sur les soins palliatifs concerne près de 400 000 de nos concitoyens : des personnes atteintes de maladies graves, des personnes âgées dont le corps s'épuise, des malades plus jeunes pour lesquels la médecine n'offre plus de réponses, des personnes dont la souffrance atteint la limite de ce que l'être humain peut endurer. Pour ces hommes et ces femmes, l'objectif principal n'est plus tant la guérison que l'apaisement des douleurs et l'accompagnement que chacun est en droit d'attendre lorsqu'il est confronté à une telle épreuve.

Or, beaucoup l'ont dit, près d'un patient sur deux qui aurait besoin de soins palliatifs n'y a pas accès. Dix-neuf départements sont encore dépourvus d'unité de soins palliatifs, sans parler des territoires qui, au

sein d'un département, en sont également privés. Cette situation n'est pas digne de notre pays.

Les besoins financiers pour assurer le maillage du pays en unités de soins palliatifs s'élèvent à 100 millions d'euros par an pendant cinq années consécutives, et nous nous trouvons dans l'incapacité d'y consacrer ces moyens. C'est là une faute morale inexcusable.

Le texte reconnaît la notion d'urgence, mais ne lui apporte pas de réponse satisfaisante. La stratégie proposée ne contraint l'État en rien. Surtout, pourquoi ne pas avoir rétabli le droit opposable aux soins palliatifs ? Cela aurait au moins garanti un investissement public durable à la hauteur des besoins. Sans cela, ce texte, aussi important soit-il, fait office de trompe-l'œil, de leurre, de volonté virtuelle.

Nous voterons toutefois pour ce texte, mais nous ne pouvons pas nous en satisfaire. C'est la raison pour laquelle une partie des membres du groupe LIOT estime que nous n'avons pas réuni les conditions pour légiférer sur l'aide à mourir.

Sur ce second texte portant sur l'aide à mourir, j'aimerais d'abord rappeler que nous souhaitons tous que la fin de vie des personnes atteintes de maladies incurables, dont le pronostic vital est engagé à court terme, soit la plus apaisée possible. À titre personnel, en tant qu'ancien pharmacien, j'aurais aimé pouvoir voter en faveur de ce texte. Je ne peux me résoudre à accepter que des patients qui souffrent se retrouvent dans une impasse physique et psychologique. Dans ces circonstances, je conçois qu'ils puissent avoir la tentation d'anticiper leur départ. Il ne me paraît pas acceptable que des personnes meurent dans la souffrance, parfois en mettant fin à leurs jours dans le secret, l'isolement et la culpabilité, ou se voient contraintes de trouver une ultime solution dans les pays voisins.

Mais pour voter en faveur de ce texte, il aurait fallu lever toutes nos incertitudes alors que plusieurs subsistent. La première concerne les soins palliatifs eux-mêmes. Il est établi que lorsqu'un patient bénéficie d'un accompagnement adapté, son désir de mourir disparaît dans

l'immense majorité des cas – tant mieux ! Pourtant, nous n'avons pas encore déployé ces soins sur l'ensemble du territoire. Dès lors, légiférer sur l'aide à mourir avant d'y être parvenu reviendrait, en fait et en droit, à répondre à une détresse que nous aurions pu empêcher.

La deuxième incertitude concerne le texte lui-même. La procédure d'évaluation de la demande d'aide à mourir prévoit une collégialité, mais sans décision à l'unanimité du collège. Certes, elle encadre la pratique, mais elle s'adresse à des personnes dont certaines, faute d'un accompagnement suffisant, pourraient y recourir non pas par comme à une véritable liberté, mais par épuisement, par solitude, par sentiment d'être une charge pour leurs proches. Ce que nous présentons comme la création d'un droit ne doit pas devenir, pour les plus vulnérables, une forme d'injonction au départ.

La dernière incertitude est économique et structurelle. Dans les pays où l'aide à mourir a été introduite, le recours croissant à cette pratique a fragilisé les soins palliatifs, en incitant les pouvoirs publics à investir moins en leur faveur. Dans notre pays, où ces besoins sont déjà sous-financés, nous ne pouvons que craindre un désengagement supplémentaire.

Pour toutes ces raisons, parmi les députés du groupe LIOT, ceux que je représente ici ne sont pas en mesure de voter ce texte aujourd'hui, non par opposition de principe à toute évolution de notre droit, mais parce que nous aurions d'abord voulu évaluer les effets de la proposition de loi relative aux soins palliatifs, et légiférer ensuite sur l'aide à mourir, si besoin, dans quelques années, avec davantage de recul et de garanties. Certains s'abstiendront et d'autres s'opposeront à ce texte. Face à une question aussi grave que celle de la fin de vie, il n'y a pas de bonne réponse. Cette abstention doit être interprétée non pas comme un renoncement, mais comme une prudence, qui est parfois la forme la plus exigeante de la responsabilité.

EUTHANASIE

Le savant dosage des transgressions

« Je ne voudrais pas que, parce que nous avons souhaité avoir tout, nous n'ayons rien », s'est agacé, le 19 février, à l'Assemblée nationale, Olivier Falorni, rapporteur de la proposition de loi sur *« le droit à l'aide à mourir »*.

Des députés socialistes venaient de faire adopter, à une voix près, un amendement prévoyant que l'alternative entre suicide assisté et euthanasie repose sur *« le simple choix »* du malade – dans le texte initial, l'euthanasie, geste réalisé par un tiers, devait rester l'exception.

Lors de l'examen en deuxième lecture, les promoteurs de *« l'aide à mourir »* ont ainsi affiché leurs divisions, avec deux tendances : les députés cherchant à aller plus loin dans les transgressions, ne voyant logiquement pas de raison de ne pas le faire, une fois l'interdit de tuer levé ; les rapporteurs du texte et le gouvernement, tentant tactiquement de les en empêcher pour préserver *« l'équilibre »* des transgressions acceptables par une majorité de députés lors du vote final.

C'est la raison pour laquelle ces derniers ont multiplié les demandes de *« secondes délibérations »*, c'est à dire d'un second vote sur les amendements adoptés susceptibles de faire basculer certains députés dans le camp des opposants.

Jean-Marie Dumont.

Assemblée nationale, le 25 février 2026

Discours d'intentions de vote des trois députés de profession médicale (deux médecins, un pharmacien) en présence de 562 députés (extraits du compte-rendu officiel)

<https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2025-2026/premiere-seance-du-mercredi-25-fevrier-2026>

M. Philippe Juvin (Droite Républicaine)

Ce débat peut être résumé à trois questions de principe.

Première question : l'État peut-il être mêlé à la mort d'un tiers, même s'il y est autorisé par un dispositif législatif ? Personnellement, je ne le crois pas. L'interdit de donner la mort est un principe absolu et, si nous acceptons aujourd'hui des exceptions à ce principe absolu, d'autres que nous justifieront demain d'autres exceptions.

Deuxième question : quelle société voulons-nous ? Une société du soin ou une société où la compassion se résumerait à fournir la mort sur demande, au nom de critères si peu solides que certains veulent déjà les élargir ?

Troisième question : quand j'entre en blouse blanche dans la chambre d'un malade, je ne veux pas qu'il doute de la raison et de la nature de ma venue.
(Applaudissements sur les bancs du groupe DR et sur plusieurs bancs des groupes RN et UDR ainsi que sur quelques bancs du groupe EPR.)

Je l'ai déjà dit, j'aurais pu voter un élargissement de la loi Leonetti pour une situation exceptionnelle, ultime, en conscience, mais maintenant, chacun doit savoir exactement ce qu'il va voter.

Ce texte n'est plus une loi d'ultime recours car il concernera aussi des personnes ayant plusieurs années à vivre. Aujourd'hui, avec certaines maladies engageant le pronostic vital, même en phase avancée ou terminale, on vit plusieurs années.

Le délai de réflexion est d'un mois en Belgique et de trois mois au Canada, alors que, chez nous, il ne sera que de deux à dix-sept jours. Deux jours ! Qui n'a jamais, un jour, voulu mourir et, deux jours après, voulu vivre ! *(Applaudissements sur les bancs des groupes DR, RN et UDR ainsi que sur quelques bancs des groupes EPR et HOR.)*

Ce texte ignore un fait fondamental : le désir de mort est fluctuant !

Qu'en est-il de la collégialité ? Le patient pourra n'avoir rencontré physiquement qu'un seul médecin. Nous avons proposé que l'avis du médecin traitant – qui, mieux que lui, connaît le patient ? – et d'un psychiatre soient obligatoires. Refusé ! Nous avons proposé qu'une commission de contrôle intervienne avant le geste. Refusé ! Elle se réunira après la mort. La belle affaire ! Nous avons proposé qu'un déficient mental ou un bipolaire ne puisse jamais être euthanasié. Refusé ! Un majeur sous tutelle, qui ne peut signer un chèque, pourra demander l'euthanasie.

Parce que toutes les familles ne sont pas aimantes et que des héritages se font attendre, nous avons proposé qu'un juge vérifie l'absence de pression ou d'abus de faiblesse. Refusé ! Nous avons demandé que la moindre altération du discernement interdise de demander l'euthanasie. Refusé !

Vous parlez d'une loi de fraternité, mais la fraternité, ce n'est pas ça : c'est se préoccuper des autres. Lors de leur admission en soins palliatifs, 3 % des patients veulent mourir. Une semaine plus tard, ils sont dix fois moins nombreux. Que s'est-il donc passé en sept jours ? On a répondu à leurs besoins. Quand on s'occupe des gens, la demande d'euthanasie disparaît. *(M. Dominique Potier applaudit.)*

Vous parlez d'une loi de liberté absolue, mais la liberté absolue, ça n'existe pas, car nous ne sommes pas seuls. Et puis, est-on libre quand on souffre de dépression ? Les psychiatres savent bien que non. Est-on libre quand on ne peut pas se payer d'aide humaine ou matérielle, quand on est grabataire, seul, qu'on se sent sale dans son lit et que l'infirmière ne passe que le lendemain ? On est moins libre de ses choix que si une infirmière est présente en permanence.

(Applaudissements sur les bancs des groupes DR, RN et UDR)

ainsi que sur quelques bancs du groupe EPR. Exclamations prolongées sur les bancs du groupe LFI-NFP.)

Vous n'êtes pas contents, mais quand on ne peut pas se payer la présence d'une infirmière vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les jours et les nuits sont plus pénibles, et ça peut donner des envies de mort.

Vous dites qu'on ne forcera personne, mais attention ! Dans une société traversée par les inégalités, où l'on inculque insidieusement à certains qu'ils seraient un fardeau, la liberté proclamée peut se muer en pression silencieuse, pousser les plus vulnérables vers la sortie et les inciter à s'effacer eux-mêmes.

Ouvrez les yeux ! C'est déjà le cas au Canada : désormais, pour un quart des Canadiens, la pauvreté est une raison valable pour demander l'euthanasie ; pour 50 %, tel est aussi le cas du handicap !

Vous, mes chers collègues, vous pourrez choisir ! Vous pourrez vous payer la présence d'une infirmière, parce que vous avez de l'argent ; vous pourrez choisir les soins palliatifs, parce que vous avez des relations. Cette loi est votée par des gens riches et bien portants qui ont peur de la déchéance

(Applaudissements sur les bancs des groupes DR, RN et UDR ainsi que sur quelques bancs des groupes EPR et HOR),

mais elle s'appliquera à d'autres, à ceux qui ne peuvent pas vraiment choisir.

(Exclamations vives et prolongées sur les bancs du groupe LFI-NFP.)

Ne me dites pas que le SDF et le milliardaire ont le même choix, ce n'est pas vrai ! Surtout pas vous !

Pour finir, je souhaite souligner deux paradoxes. D'abord, il faut attendre deux à neuf mois pour obtenir un rendez-vous antidouleur, mais il faudra seulement deux à dix-sept jours pour une euthanasie. Il sera plus rapide d'obtenir l'aide à mourir que des soins palliatifs.

(Applaudissements sur les bancs du groupe DR et sur plusieurs bancs des groupes RN et UDR. – Exclamations sur les bancs du groupe LFI-NFP.)

Ensuite, prévenir le suicide, c'est dire à quelqu'un qui veut se suicider qu'il existe une alternative. Comment promouvoir la prévention du suicide avec

une loi qui présente le suicide comme une alternative acceptable ? On ne va rien y comprendre !

Au fond, cette loi révèle une peur profonde de la vieillesse et du handicap. Elle sous-entend que certaines vies vaudraient d'être vécues alors que d'autres, devenues indignes, ne le vaudraient plus. Aucun pays n'est allé d'emblée aussi loin dans l'ouverture des critères, la brièveté des délais, la faiblesse du contrôle et la pression qui pèsera sur les plus vulnérables.

Les députés de la Droite républicaine voteront en conscience. Quant à moi, ce n'est pas ma conscience, mais ma raison qui me commande de ne pas voter cette loi qui va trop loin !

(Les députés des groupes DR, RN et UDR se lèvent et applaudissent longuement. – Quelques députés du groupe EPR, M. Dominique Potier et Mme Blandine Brocard applaudissent également.)

M. Cyrille Isaac-Sibille (Démocrates)

C'est avec beaucoup d'humilité que je m'exprime pour vous faire part, en mon nom propre, de mes convictions et de mes doutes. Le temps de parole du groupe Les Démocrates a été partagé, tous les votes n'allant pas dans le même sens.

Pour ma part, je voterai pour la proposition de loi relative aux soins palliatifs, parce qu'il est de notre devoir d'accompagner la souffrance et de soulager la douleur ; parce que l'accès aux soins palliatifs demeure inégal selon les territoires ; parce qu'on ne peut pas envisager l'ouverture d'un droit à mourir sans au préalable garantir à chacun que tout aura été mis en œuvre pour permettre une fin de vie digne, humaine et apaisée.

Concernant l'aide à mourir, je mesure l'émotion qui entoure ce dispositif. Médecin, j'ai été confronté aux situations de vie auxquelles il entend répondre. Je sais l'attente d'une partie de nos concitoyens et l'inquiétude de l'autre.

Les Français sont majoritairement favorables à une loi sur la fin de vie, mais ne nous y trompons pas : ce qu'ils demandent avant tout, ce n'est pas un

droit à mourir, c'est une garantie. Une garantie de ne pas souffrir, de ne pas être abandonné, une garantie d'être accompagné jusqu'au bout. Ils demandent l'assurance d'un ultime recours, d'une aide à mourir si cela devait mal se passer ; avec, de la même manière que l'on souscrit un contrat d'assurance, le secret espoir de ne jamais avoir à s'en servir.

J'ai toujours considéré que notre droit devait pouvoir, dans des situations exceptionnelles, répondre avec compassion à une fin de vie marquée par des souffrances que la science ne parvient pour l'instant pas à apaiser.

Je suis favorable à une loi d'humanité, encadrée, qui ne s'impose pas comme un modèle mais comme un ultime recours. Cependant, le texte qui nous est soumis aujourd'hui dépasse cette logique d'exception. Malgré le respect dont nous avons fait preuve dans nos débats et la recherche d'un équilibre, que je reconnais, le constat est là : certains veulent déjà aller plus loin.

Les plus fervents partisans de la loi la présentent comme une loi de liberté, mais c'est plutôt une loi libérale que nous allons voter, et non une loi qui prend soin, qui accompagne. La qualité d'une loi ou d'une société s'apprécie au soutien qu'elle apporte aux plus fragiles, aux plus vulnérables de ses membres : les personnes souffrant des affres de la maladie, des troubles du vieillissement, de douleurs psychologiques, ou encore celles qui dépendent de leur entourage dans les gestes les plus simples et les plus intimes de la vie. Quelle protection réelle offrons-nous à ces personnes qui, remplissant tous ces critères, demandent l'aide à mourir non parce que la douleur est inapaisable, mais parce qu'elles se sentent un poids pour leur conjoint, un fardeau pour leurs enfants, une charge pour les soignants et pour la collectivité ?

Ses partisans la présentent comme une loi sociétale. Mais où est la société dans le déroulé de cette aide à mourir ? Elle laisse bien seuls les médecins, sur lesquels va reposer toute la responsabilité de cet acte.

Ses partisans la présentent comme un nouveau droit. Mais que penser d'une société qui banalise l'idée qu'il existerait des vies qui ne seraient plus dignes ou qui ne vaudraient plus d'être vécues ?

C'est la raison pour laquelle je souhaiterais que nous avancions avec prudence. J'ai une pensée particulière pour notre collègue Pierre Dharréville qui siégeait dans cet hémicycle il y a quelques années, et qui se disait, à la veille de la dissolution de l'Assemblée nationale, lors d'un premier examen de cette réforme, « saisi[t] de vertige » devant ce « terrible message de renoncement et d'abandon ».

Il existe plusieurs manières d'imaginer le futur concernant notre appréhension commune de la fin de vie. D'abord, la forme la plus pessimiste ; alors, cette loi ne serait pas une fin, mais un commencement, non un équilibre, mais une brèche. Conçue pour être votée, mais serait vouée à évoluer...

M. Jean-Pierre Bataille (Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires)

Nous nous prononçons aujourd'hui sur deux textes qui engagent notre responsabilité collective face à l'une des questions les plus universelles et éprouvantes qui soient : comment accompagner nos concitoyens à l'approche de leur fin de vie, et dans quelles conditions leur permettre d'y faire face avec dignité ?

Le texte sur les soins palliatifs concerne près de 400 000 de nos concitoyens : des personnes atteintes de maladies graves, des personnes âgées dont le corps s'épuise, des malades plus jeunes pour lesquels la médecine n'offre plus de réponses, des personnes dont la souffrance atteint la limite de ce que l'être humain peut endurer. Pour ces hommes et ces femmes, l'objectif principal n'est plus tant la guérison que l'apaisement des douleurs et l'accompagnement que chacun est en droit d'attendre lorsqu'il est confronté à une telle épreuve.

Or, beaucoup l'ont dit, près d'un patient sur deux qui aurait besoin de soins palliatifs n'y a pas accès. Dix-neuf départements sont encore dépourvus d'unité de soins palliatifs, sans parler des territoires qui, au sein d'un département, en sont également privés. Cette situation n'est pas digne de notre pays.

Les besoins financiers pour assurer le maillage du pays en unités de soins palliatifs s'élèvent à 100 millions d'euros par an pendant cinq années consécutives, et nous nous trouvons dans l'incapacité d'y consacrer ces moyens. C'est là une faute morale inexcusable.

Le texte reconnaît la notion d'urgence, mais ne lui apporte pas de réponse satisfaisante. La stratégie proposée ne contraint l'État en rien. Surtout, pourquoi ne pas avoir rétabli le droit opposable aux soins palliatifs ? Cela aurait au moins garanti un investissement public durable à la hauteur des besoins. Sans cela, ce texte, aussi important soit-il, fait office de trompe-l'œil, de leurre, de volonté virtuelle.

Nous voterons toutefois pour ce texte, mais nous ne pouvons pas nous en satisfaire. C'est la raison pour laquelle une partie des membres du groupe LIOT estime que nous n'avons pas réuni les conditions pour légiférer sur l'aide à mourir.

Sur ce second texte portant sur l'aide à mourir, j'aimerais d'abord rappeler que nous souhaitons tous que la fin de vie des personnes atteintes de maladies incurables, dont le pronostic vital est engagé à court terme, soit la plus apaisée possible. À titre personnel, en tant qu'ancien pharmacien, j'aurais aimé pouvoir voter en faveur de ce texte. Je ne peux me résoudre à accepter que des patients qui souffrent se retrouvent dans une impasse physique et psychologique. Dans ces circonstances, je conçois qu'ils puissent avoir la tentation d'anticiper leur départ. Il ne me paraît pas acceptable que des personnes meurent dans la souffrance, parfois en mettant fin à leurs jours dans le secret, l'isolement et la culpabilité, ou se voient contraintes de trouver une ultime solution dans les pays voisins.

Mais pour voter en faveur de ce texte, il aurait fallu lever toutes nos incertitudes alors que plusieurs subsistent. La première concerne les soins palliatifs eux-mêmes. Il est établi que lorsqu'un patient bénéficie d'un accompagnement adapté, son désir de mourir disparaît dans l'immense majorité des cas – tant mieux ! Pourtant, nous n'avons pas encore déployé ces soins sur l'ensemble du territoire. Dès lors, légiférer sur l'aide à mourir avant d'y être parvenu reviendrait, en fait et en droit, à répondre à une

détresse que nous aurions pu empêcher.

La deuxième incertitude concerne le texte lui-même. La procédure d'évaluation de la demande d'aide à mourir prévoit une collégialité, mais sans décision à l'unanimité du collège. Certes, elle encadre la pratique, mais elle s'adresse à des personnes dont certaines, faute d'un accompagnement suffisant, pourraient y recourir non pas par comme à une véritable liberté, mais par épuisement, par solitude, par sentiment d'être une charge pour leurs proches. Ce que nous présentons comme la création d'un droit ne doit pas devenir, pour les plus vulnérables, une forme d'injonction au départ.

La dernière incertitude est économique et structurelle. Dans les pays où l'aide à mourir a été introduite, le recours croissant à cette pratique a fragilisé les soins palliatifs, en incitant les pouvoirs publics à investir moins en leur faveur. Dans notre pays, où ces besoins sont déjà sous-financés, nous ne pouvons que craindre un désengagement supplémentaire.

Pour toutes ces raisons, parmi les députés du groupe LIOT, ceux que je représente ici ne sont pas en mesure de voter ce texte aujourd'hui, non par opposition de principe à toute évolution de notre droit, mais parce que nous aurions d'abord voulu évaluer les effets de la proposition de loi relative aux soins palliatifs, et légiférer ensuite sur l'aide à mourir, si besoin, dans quelques années, avec davantage de recul et de garanties. Certains s'abstiendront et d'autres s'opposeront à ce texte. Face à une question aussi grave que celle de la fin de vie, il n'y a pas de bonne réponse. Cette abstention doit être interprétée non pas comme un renoncement, mais comme une prudence, qui est parfois la forme la plus exigeante de la responsabilité.

Avancées de la recherche sur le traitement de la douleur et sur la maladie de Charcot au regard des futures lois françaises sur la fin de vie et les soins palliatifs.

Par Annie Lobé, le 22 septembre 2025, mis à jour le 10 février 2026.

Le Ziconotide, un antidouleur contre les douleurs réfractaires 1 000 fois plus efficace que la morphine, est autorisé aux États-Unis et en Europe depuis 2004, mais il est inutilisé en France.

La SLA (maladie de Charcot) est une maladie très particulière et unique dans ses effets, et pour laquelle 35 % des patients qui en ont besoin ne peuvent pas accéder une structure de soins palliatifs, selon l'ARSLA (Association de recherche sur la Sclérose latérale amyotrophique).

Il est toujours possible qu'un traitement soit découvert, à l'instar de celui concernant la maladie de Duchenne en 2014 (Altaluren, <https://www.allodocteurs.fr/maladies-maladies-rares-myopathie-myopathie-de-duchenne-un-nouveau-medicament-13528.html>)

ou du Kaftrio en 2023 contre la mucoviscidose (<https://www.youtube.com/watch?v=U-0WEyO4pI4>)

Une recherche effectuée le 30 juillet 2025 sur la base de données scientifiques et médicales PUBMED a permis d'identifier des études mentionnant des causes possibles, ainsi que des moyens de traiter la maladie et d'améliorer la vie des patients atteints de SLA.

C'est ainsi qu'en novembre 2024 a été publiée dans la revue *Plos One* une étude sur un candidat prometteur pour un futur

médicament testé sur des cellules humaines, qui n'était semblait-il pas connue de l'ARSLA lorsque je la lui ai transmise :

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39509425/>

Plos One. 7 novembre 2024 ; 19(11) : e0311573.

doi : 10.1371/journal.pone.0311573. Collection électronique 2024.

Le n-butylidènephthalide rétablit l'homéostasie calcique pour améliorer la neurodégénérescence des motoneurones dérivés de cellules souches embryonnaires pluripotentes induites (CSPI) de la sclérose latérale amyotrophique

Yu-Chen Deng 1 2 , Jen-Wei Liu 2 , Hsiao-Chien Ting 3 , Tzu-Chen Kuo 1 , Chia-Hung Chiang 1 , En-Yi Lin 1 3 , Horng-Jyh Harn 3 4 , Shinn-Zong Lin 3 5 , Chia-Yu Chang 3 6 7 , Tzyy-Wen Chiou 1

PMID : 39509425

PMCID : PMC11542850

DOI : 10.1371/journal.pone.0311573

Résumé

Sclérose latérale amyotrophique La sclérose latérale amyotrophique (SLA) est une maladie neurodégénérative incurable qui provoque une atrophie musculaire et cible principalement les motoneurones (MN). Environ 20 % des cas familiaux de SLA sont causés par des mutations de gain de fonction de la superoxyde dismutase 1 (SOD1), entraînant une dégénérescence des MN et un dysfonctionnement des canaux ioniques. Des études antérieures ont montré que le n-butylidènephthalide (BP) retarde la progression de la maladie et prolonge la survie dans des modèles animaux de SLA. Cependant, aucune étude n'a été menée sur des modèles humains. Dans le présent article, nous avons examiné l'efficacité protectrice du BP sur les MN issus de cellules souches pluripotentes induites (CSPi) d'un patient atteint de SLA porteur de la mutation SOD1G85R, ainsi que sur ceux issus de CSPi génétiquement corrigées (SOD1G85G). Nos résultats ont démontré que les motoneurones différenciés à partir de cellules iPSC porteuses de la mutation SOD1G85R présentaient des caractéristiques de dégénérescence neuronale (indiquées

par une réduction de l'expression des neurofilaments) et de dysfonctionnement des canaux ioniques (en réponse à une stimulation par le chlorure de potassium (KCl) et le L-glutamate), contrairement à ceux issus de cellules iPSC corrigées génétiquement (SOD1G85G). Parallèlement, le traitement par BP a efficacement restauré la fonction des canaux ioniques calciques en réduisant l'expression des récepteurs du glutamate, notamment le récepteur ionotrope du glutamate de type AMPA, sous-unité 3 (GluR3) et le récepteur ionotrope du glutamate de type NMDA, sous-unité 1 (NMDAR1). De plus, le traitement par BP a activé la voie autophagique pour atténuer la dégénérescence neuronale. Globalement, cette étude confirme les effets thérapeutiques du BP sur les cellules neuronales dérivées de patients atteints de SLA et suggère que le BP pourrait être un candidat prometteur pour le développement futur de médicaments.

Copyright : © 2024 Deng et al. Cet article est en libre accès et distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution, qui autorise l'utilisation, la distribution et la reproduction sans restriction sur tout support, à condition que l'auteur et la source d'origine soient mentionnés.

Il n'existe pas en France de registre exhaustif du nombre de personnes atteintes de la SLA. L'ARSLA estime à 8 000 le nombre de personnes atteintes de cette maladie, avec chaque jour 5 nouveaux cas diagnostiqués et 5 décès.

L'ARSLA indiquait dans sa communication du 26 mars 2025 à la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale : « 89 % des personnes malades interrogées dans notre dernière enquête exprimaient leur volonté de vivre. »

Toutefois, le nombre total de personnes interrogées n'était pas précisé, ni le nombre de personnes souhaitant en finir AVANT d'arriver au stade ultime de plus pouvoir parler, ni avaler, ni bouger, ni respirer, déjà prévu par la loi.

Concernant les 35 % de patients qui n'ont pas accès à des soins palliatifs de qualité, le manque de moyens est le principal

problème actuel, dont il est flagrant qu'il ne sera pas résolu par la nouvelle loi sur les soins palliatifs.

Il serait utile de demander à la SFAP (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, Tél. 01 45 75 43 86, sfap@sfap.org) de chiffrer le budget nécessaire pour assurer des soins palliatifs de qualité à tous les patients atteints de cette maladie, qui doit être prise en compte de façon spécifique.

Il faudrait faire de même pour toutes autres les maladies neurodégénératives et le cancer.

Si le but de la modification du cadre législatif par le vote solennel de l'Assemblée nationale le 24 février 2026 prochain est la fraternité avec les malades, comment se fait-il qu'aucun moyen supplémentaire n'ait été alloué dans le budget 2026 ?

Autre sujet concernant la loi Soins palliatifs : en regardant si les amendements de l'ARSLA avaient été adoptés, je m'aperçois que dans la proposition de loi initiale d'Annie Vidal, le recours en référé devant le tribunal administratif d'une personne n'ayant pas accès aux soins palliatifs devait être déposé par le patient lui-même.

C'est l'amendement proposé par l'ARSLA qui a fait modifier l'article 4 pour introduire la possibilité que le recours soit déposé « *par la personne de confiance ou à défaut par un proche* ». La version initiale démontrait en effet une grande méconnaissance du sujet, car la majeure partie des patients, au stade des soins palliatifs, n'a pas la possibilité physique ni le niveau d'énergie nécessaire pour introduire une action en justice, et est même incapable de signer un document.

Mais le texte approuvé le 27 mai 2025 en première lecture par l'Assemblée nationale ne précise pas contre qui doit être introduit le référé : contre une structure en particulier ?

Contre l'Agence régionale de santé qui n'organise pas les soins palliatifs de façon à répondre aux besoins ? Contre un ministre qui n'a pas alloué les budgets nécessaires pour que tous ceux qui ont besoin des soins palliatifs puissent y avoir accès ? Contre les députés qui n'ont pas voté la censure à l'encontre

d'une loi de finances n'allouant pas ces moyens ?

De plus, le texte introduit le problème suivant : face à un patient bénéficiant d'une décision de justice contraignant une structure hospitalière à l'accepter en soins palliatifs alors qu'elle lui avait précédemment refusé cet accès en raison d'un manque de personnel et de moyens, que fera cette structure ? Sera-t-elle contrainte d'euthanasier (clandestinement) une autre personne pour libérer un lit ? Et dans ce cas, fera-t-elle subir le même sort à ce patient dès qu'une nouvelle demande lui sera faite ? Et quelle sera la relation soignants/soigné dans ce contexte de coercition judiciaire ?

Un tel article de loi dépourvu de l'allocation des moyens nécessaires (notamment pour recruter et former du personnel) peut donc engendrer des conséquences graves... totalement contraires au but poursuivi !

Par ailleurs, toute nouvelle disposition législative doit obligatoirement être financée.

Or, la suppression, dans la version du texte approuvé en première lecture à l'Assemblée Nationale, de l'article 21 de la loi sur les Soins palliatifs relatif à la compensation budgétaire rend cette loi illégale, sauf à considérer qu'elle sera automatiquement financée par la diminution globale des dépenses de santé liée au décès des personnes malades qui auront demandé l'euthanasie ou le suicide assisté.

13 millions de patients sont en ALD (Affection longue durée).

La SFAP estime à 1 million le nombre de personnes éligibles au « droit à mourir » selon les critères approuvés le 27 mai 2025, rejetés par le Sénat le 28 janvier 2026 mais repris en deuxième lecture par l'Assemblée nationale.

Cela m'amène à poser très franchement et naïvement la question : si l'intention qui anime les partisans de ce texte est la fraternité avec des malades qui souffrent, quel but sera *réellement atteint* par le texte qui sera adopté le 24 février 2026 ? Inciter un très grand nombre de malades à se suicider pour réduire les coûts de la santé en France ?

L'Avis éthique 2025 du Collectif Soins de vie, qui regroupe 12 000 soignants individuels sans compter les institutionnels, présente les fondements de leur opposition à l'euthanasie.

Cet Avis rappelle notamment (p. 33) la définition de l'OMS des soins palliatifs, qui commence ainsi :

« Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. »

Cet avis appelle de ma part trois observations :

1. Réanimer une personne qui a fait une tentative de suicide n'est pas « manifestement contraire à sa volonté » (p. 19) dans tous les cas où cette tentative est un appel au secours.

2. Tout à fait d'accord avec la phrase : « La légalisation d'une forme de mort médicalement administrée viendrait engendrer, chez les professionnels de santé qui la pratiquent, des conséquences psychologiques et émotionnelles lourdes. » (p. 28).

Cela est déjà vérifié chez les vétérinaires, qui la pratiquent couramment sur les animaux, et qui constituent l'une des professions connaissant le plus fort taux de suicide en France : <https://www.ladepeche.fr/2022/09/07/les-veterinaires-se-suicident-trois-a-quatre-fois-plus-que-la-population-generale-10528207.php>

3. Concernant la phrase : « L'opposition des soignants est différente pour les procédés de type "suicide assisté", excluant notamment l'acte d'administration. » (p. 29) : il y a quand même une ordonnance médicale à un moment du processus...

Voilà ce dont je souhaitais vous faire part, en restant ouverte et intéressée par vos réactions (info@santepublique-editions.fr).

La conséquence logique qui découle de l'analyse qui précède est qu'avant de modifier le cadre législatif encadrant la fin de vie en France, il faudrait d'abord, dans le prochain budget 2027, allouer les moyens nécessaires pour que tous les malades qui en ont besoin aient réellement accès à des soins palliatifs de qualité (à domicile ou en structure, selon le choix des patients et en concertation avec leurs proches).

Il faudra ensuite du temps pour recruter et former le personnel nécessaire et ré-ouvrir des lits dédiés dans les établissements existants où un grand nombre de lits ont été fermés ces dernières années faute de personnel et de moyens.

Nos soignants sont déjà à bout de souffle, à bout de souffre allais-je écrire. Si leurs voix qui s'élèvent ne sont pas entendues, les nouvelles lois sur la fin de vie pourraient avoir pour effet d'achever de démotiver celles et ceux qui se sont engagé-e-s dans leur profession dans le but de chercher le soulagement des malades par la guérison.

À court ou moyen terme, c'est tout notre système de soins qui risque de basculer, avec pour effet que même les maladies actuellement bien prises en charge pourront devenir mortelles.

La dépénalisation totale de l'acte de donner la mort à une personne malade, instaurée par le texte, délivre aux médecins et aux infirmiers un permis de tuer, autorisant des médecins inscrits sur une liste à devenir des tueurs en série. Rien n'empêchera des tueurs en série de devenir médecins ou infirmiers pour assouvir leurs pulsions meurtrières...

Deux affaires dont seulement l'une a été largement médiatisée en France démontrent que les notions de bien et de mal sont déjà mises à mal dans le cerveau de centaines de milliers de nos concitoyens :

-les violences physiques infligées pendant plusieurs années à un handicapé mental léger jusqu'à ce que mort s'ensuive, filmées et diffusées sur le Net, et considérées comme un divertissement par des centaines de milliers d'internautes.

-la dérive paranoïaque, confortée de façon délirante par CHATGPT, l'intelligence artificielle conçue par la société OPEN AI, qui a conduit un homme à massacrer sa mère de 83 ans avant de se donner la mort, aux États-Unis. Il publiait en ligne ses échanges avec un « outil conversationnel » prénommé *Bobby* sans qu'aucun des témoins de cette dérive ne songe à effectuer un signalement pour qu'il soit soigné.

Qui se souvient qu'en 1975, le président Valéry Giscard d'Estaing établit pour la pornographie cinématographique des circuits de distribution distincts et interdits aux mineurs ? 50 ans plus tard, les adolescents y ont accès sur le *smartphone* logé dans leur poche. Bien malin qui pourra, pour les protéger, les en soustraire, alors même qu'il est largement prouvé que cela influence négativement leurs comportements dans cette sphère intime qu'est la sexualité.

Il est des verrous qui, si on les fait sauter, sont impossibles à reposer. Malgré le constat partagé de leurs conséquences délétères initialement imprévisibles.

L'euthanasie et le suicide assisté, quels que soient les noms qu'on leur donne, en font partie.

Endosser cette responsabilité, c'est prendre sur l'avenir une hypothèque dont il est impossible de connaître le coût.

Aucune personne vivant en France n'y a intérêt, ni celles qui sont déjà malades, ni celles qui sont encore bien portantes aujourd'hui.

Pour soulager la souffrance de tous les malades et de leurs proches, ce sont surtout les moyens qui manquent pour assurer des soins palliatifs de qualité.

En fraternité avec celles et ceux qui souffrent, il aurait fallu commencer par les allouer dans le budget 2026.

Annie Lobé

Journaliste scientifique indépendante.

Pour télécharger cet article et consulter les sources en suivant les liens soulignés : <http://www.santepublique-editions.fr/objects/lois-fin-de-vie-10-fevrier-2026.doc>

Règles de prescription des opioïdes et benzodiazépines en France et disponibilité en ville et à l'hôpital

Médicaments	Mode d'administration	Prescription	Disponibilité	
			À l'hôpital	En ville
Médicaments opioïdes stupéfiants				
Sur ordonnance sécurisée				
Morphine	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Injectable	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Per os /nasal	Tout prescripteur	Oui	Oui
Fentanyl	Transdermique	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Injectable	Anesthésiste-réanimateur / limitée à 7 jours	Oui	Non
Sufentanil	Per os	Médecin hospitalier / limitée à 3 jours	Oui	Non
	Injectable	Anesthésiste-réanimateur / limitée à 7 jours	Oui	Non
Hydromorphone	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
Oxycodone	Injectable	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Injectable	Tout prescripteur / limitée à 7 jours	Oui	Oui
Péthidine	Per os sirop	CSAPA et médecin hospitalier / limitée à 14 jours	Oui	Oui
	Per os gélule	CSAPA et médecin hospitalier / limitée à 28 jours	Oui	Oui
Médicaments opioïdes non stupéfiants				
Liste I				
Tramadol	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Injectable	Initiale semestrielle par médecin hospitalier	Oui	Oui
Codéine	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Médicaments benzodiazépines			
Liste I				
Diazépam	Per os	Tout prescripteur / limitée à 12 semaines	Oui	Oui
	Injectable	Tout prescripteur / limitée à 12 semaines	Oui	Oui
Midazolam	Injectable	Anesthésiste-réanimateur	Oui	Non
	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
Clonazépam	Injectable	Initiale annuelle par neurologue et pédiatre sur ordonnance sécurisée / limitée à 12 semaines	Oui	Oui

Le Ziconotide

Un antidouleur contre les douleurs réfractaires
découvert en 1982, autorisé depuis 2004
aux États-Unis et en Europe
(administrable via une pompe implantée) :
Résumés de **13** études répertoriées dans PubMed

(Au 12 juillet 2025, 469 études publiées dans des revues scientifiques
à comité de lecture contiennent le mot "Ziconotide")

« Le cône, *Conus magus*, est un escargot marin prédateur des récifs coralliens qui paralyse ses proies avec un puissant venin.

Sa toxine a mené à la conception du **Ziconotide**, un antidouleur **1 000 fois plus efficace que la morphine**, mais **sans risque d'addiction.** »

Ça m'intéresse Questions & Réponses n° 50, avril-juin 2025, p. 38.

Légende des couleurs :

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/numéro 8 chiffres/> = adresse Internet complète de l'étude

Type d'étude : **Revue** = synthèse et analyse d'autres études

Études de cas = présentation de cas cliniques

**Nom de la revue scientifique dans laquelle est parue l'étude. Année de parution. Jour
Mois ; Numéro de la revue: Numéros-de pages**

PMID: **numéro 8 chiffres** = numéro d'identification PubMed de l'étude

Traduction en français

Étude originale en anglais. Auteurs , Affiliations = institutions auxquelles ils sont rattachés

Le Ziconotide, un antidouleur efficace contre les douleurs réfractaires

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Ziconotide-PUBMED-Resume-13-etudes.pdf>

1.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38779019/>

Revue

Heliyon. 2024. 11 mai ; 10(10): e31105.

doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e31105. Collection électronique 30 Mai 2024.

Une revue complète sur le Ziconotide

Jinping Lin 1, Shuwei Chen 2, Usman Dawood Butt 3, Min Yan 1, Bin Wu 3

Affiliations

- PMID: **38779019**
- PMCID: [PMC11110537](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC11110537/)
- DOI: [10.1016/j.heliyon.2024.e31105](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e31105)

Résumé en français

La prise en charge de la douleur chronique sévère est complexe, compte tenu de l'efficacité limitée des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques disponibles. Ce problème demeure un enjeu majeur de santé publique, nécessitant une réponse thérapeutique importante. Le ziconotide, un peptide synthétique initialement isolé de *Conus magus* en 1982 et approuvé par la Food and Drug Administration américaine et l'Agence européenne des médicaments en 2004, est la méthode intrathécale de première intention pour les personnes souffrant de douleur chronique sévère réfractaire aux autres mesures thérapeutiques. Le ziconotide produit une analgésie puissante en bloquant les canaux calciques de type N dans la moelle épinière, ce qui inhibe la libération de neurotransmetteurs liés à la douleur par les terminaisons centrales des neurones afférents primaires. Cependant, malgré ses nombreux avantages, notamment l'absence de développement de tolérance, de dépression respiratoire et de symptômes de sevrage (principalement due à l'absence de mécanisme de médiation par la protéine G), le ziconotide présente des limites d'utilisation en raison de facteurs tels que l'administration intrathécale et une marge thérapeutique étroite résultant d'effets indésirables importants liés à la dose sur le système nerveux central. Cette revue vise à fournir une synthèse complète et cliniquement pertinente de la littérature concernant la pharmacocinétique et le métabolisme du ziconotide intrathécal. Elle décrira également les stratégies visant à améliorer l'efficacité clinique tout en réduisant

2 **Le Ziconotide, un antidouleur efficace contre les douleurs réfractaires**

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Ziconotide-PUBMED-Resume-13-etudes.pdf>

l'incidence des effets secondaires. De plus, elle explorera les efforts actuels visant à affiner la structure du ziconotide afin d'obtenir de meilleurs résultats cliniques. Enfin, elle explorera les développements potentiels de la nouvelle classe d'inhibiteurs calciques sélectifs sensibles au voltage de type N.

Mots-clés : Controverses ; Stratégies d'administration intrathécale ; Inhibiteur calcique de type N ; Prise en charge de la douleur.

© 2024 Les auteurs.

Déclaration de conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts financier ni relation personnelle connus qui auraient pu influencer les travaux présentés dans cet article.

Ci-après, la publication originale en anglais :

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38779019/>

Review

Heliyon. 2024 May 11;10(10):e31105.

doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e31105. eCollection 2024 May 30.

A comprehensive review on ziconotide

[Jinping Lin](#) ¹, [Shuwei Chen](#) ², [Usman Dawood Butt](#) ³, [Min Yan](#) ¹, [Bin Wu](#) ³

Affiliations

- PMID: [38779019](#)
- PMCID: [PMC1110537](#)
- DOI: [10.1016/j.heliyon.2024.e31105](#)

Abstract

Managing severe chronic pain is a challenging task, given the limited effectiveness of available pharmacological and non-pharmacological treatments. This issue continues to be a significant public health concern, requiring a substantial therapeutic response. Ziconotide, a synthetic peptide initially isolated from *Conus magus* in 1982 and approved by the US Food and Drug Administration and the European Medicines Agency in 2004, is the first-line intrathecal method for individuals experiencing severe chronic pain refractory to other therapeutic measures. Ziconotide produces powerful analgesia by blocking N-type calcium channels in the spinal cord, which inhibits the release of pain-relevant neurotransmitters from the central terminals of primary afferent neurons. However, despite possessing many favorable qualities, including the absence of tolerance development, respiratory depression, and withdrawal symptoms (largely due to the absence of a G-protein mediation mechanism), ziconotide's application is limited due to factors such as intrathecal administration and a narrow therapeutic window resulting from significant dose-related undesired effects of the central nervous system. This review aims to provide a comprehensive and clinically relevant summary of the literatures concerning the pharmacokinetics and metabolism of intrathecal ziconotide. It will also describe strategies intended to enhance clinical efficacy while reducing the incidence of side effects. Additionally, the review will

Le Ziconotide, un antidouleur efficace contre les douleurs réfractaires

3

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Ziconotide-PUBMED-Resume-13-etudes.pdf>

explore the current efforts to refine the structure of ziconotide for better clinical outcomes. Lastly, it will prospect potential developments in the new class of selective N-type voltage-sensitive calcium-channel blockers.

Keywords: Controversies; Intrathecal administration strategies; N-type calcium channel blocker; Pain management.

© 2024 The Authors.

Conflict of interest statement

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

+++++

2.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33583318/>

Revue

Expert opinion on drug safety. 2021. Avr. ; 20(4): 439-451.

doi : 10.1080/14740338.2021.1889513. Publication en ligne du 8 mars 2021.

Évaluation de l'innocuité des analgésiques intrathécaux approuvés pour la prise en charge de la douleur chronique

[Alan Chalil](#) [1](#), [Michael D Staudt](#) [2](#) [3](#), [Tessa A Harland](#) [4](#), [Elizabeth M Leimer](#) [5](#), [Ravneet Bhullar](#) [6](#), [Charles E Argoff](#) [7](#)

Affiliations

- PMID: **33583318**
- DOI: [10.1080/14740338.2021.1889513](https://doi.org/10.1080/14740338.2021.1889513)

Résumé en français

Introduction : Le traitement médicamenteux intrathécal (IT) est une option thérapeutique efficace pour les patients souffrant de douleurs chroniques d'origine maligne ou non maligne, avec un profil d'innocuité établi et moins d'effets indésirables que les analgésiques oraux ou parentéraux. La morphine (un agoniste des récepteurs μ -opioïdes) et le ziconotide (un antagoniste des canaux calciques non opioïdes) sont les seuls agents IT approuvés par la Food and Drug Administration (FDA) américaine pour le traitement de la douleur chronique. Bien que tous deux soient considérés comme des traitements IT de première intention,

4 **Le Ziconotide, un antidouleur efficace contre les douleurs réfractaires**
<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Ziconotide-PUBMED-Resume-13-etudes.pdf>

chaque médicament possède des propriétés et des considérations uniques. Domaines couverts : Cette revue évaluera les essais pivots qui ont établi l'utilisation de la morphine et du ziconotide comme traitement IT de première intention pour les patients souffrant de douleur chronique, ainsi que les données de sécurité et d'efficacité générées par diverses études rétrospectives et prospectives. Avis d'expert : La morphine et le ziconotide sont des traitements IT efficaces pour les patients souffrant de douleurs chroniques malignes ou non malignes réfractaires à d'autres interventions. Le ziconotide IT est recommandé comme traitement de première intention en raison de son efficacité et de l'évitement de nombreux effets indésirables couramment associés aux opioïdes. L'utilisation de la morphine IT est également considérée comme un traitement de première intention ; Cependant, les risques de dépression respiratoire, de sevrage avec arrêt du traitement ou de dysfonctionnement de la pompe, ainsi que le développement d'une tolérance, nécessitent une sélection et une prise en charge rigoureuses des patients.

Mots-clés : Effets indésirables ; douleur cancéreuse ; douleur chronique ; intrathécale ; morphine ; sécurité ; ziconotide.

Avis de non-responsabilité PubMed

Ci-après, la publication originale en anglais :

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33583318/>

Review

Expert opinion on drug safety. 2021 Apr;20(4):439-451.

doi: 10.1080/14740338.2021.1889513. Epub 2021 Mar 8.

A safety review of approved intrathecal analgesics for chronic pain management

[Alan Chalil](#) ¹, [Michael D Staudt](#) ² ³, [Tessa A Harland](#) ⁴, [Elizabeth M Leimer](#) ⁵, [Ravneet Bhullar](#) ⁶, [Charles E Argoff](#) ⁷

Affiliations

- PMID: 33583318
- DOI: [10.1080/14740338.2021.1889513](https://doi.org/10.1080/14740338.2021.1889513)

Abstract

Introduction: Intrathecal (IT) drug therapy is an effective treatment option for patients with chronic pain of malignant or nonmalignant origin, with an established safety profile and fewer adverse effects compared to oral or parenteral pain medications. Morphine (a μ -opioid receptor agonist) and ziconotide

(a non-opioid calcium channel antagonist) are the only IT agents approved by the U.S. Food and Drug Administration for the treatment of chronic pain. Although both are considered first-line IT therapies, each drug has unique properties and considerations.

Areas Covered: This review will evaluate the pivotal trials that established the use of morphine and ziconotide as first-line IT therapy for patients with chronic pain, as well as safety and efficacy data generated from various retrospective and prospective studies.

Expert Opinion: Morphine and ziconotide are effective IT therapies for patients with chronic malignant or nonmalignant pain that is refractory to other interventions. IT ziconotide is recommended as a first-line therapy due to its efficacy and avoidance of many adverse effects commonly associated with opioids. The use of IT morphine is also considered first-line; however, the risks of respiratory depression, withdrawal with drug discontinuation or pump malfunction, and the development of tolerance require careful patient selection and management.

Keywords: Adverse effects; cancer pain; chronic pain; intrathecal; morphine; safety; ziconotide.

[PubMed Disclaimer](#)

+++++

3.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20413151/>

Lancet. 2010. 1er mai ; 375(9725): 1569-77.

doi : 10.1016/S0140-6736(10)60354-6. Publication en ligne du 21 avril 2010.

Le Ziconotide pour le traitement des douleurs chroniques sévères

[Achim Schmidtko](#) ¹, [Jörn Lötsch](#), [Rainer Freynhagen](#), [Gerd Geisslinger](#)

Affiliations

- PMID: **20413151**
- DOI: [10.1016/S0140-6736\(10\)60354-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60354-6)

Résumé en français

La prise en charge pharmacologique des douleurs chroniques sévères est difficile à réaliser avec les analgésiques actuellement disponibles et constitue un important besoin thérapeutique non satisfait. Le peptide synthétique ziconotide a été approuvé par la Food and Drug Administration (FDA) américaine et l'Agence européenne des médicaments (EMA) pour le traitement intrathécal des patients souffrant de douleurs chroniques sévères réfractaires aux autres modalités thérapeutiques. Le ziconotide est le premier membre de la nouvelle classe de médicaments des inhibiteurs calciques voltage-sensibles sélectifs de type N. Le blocage des canaux calciques de type N induit par le ziconotide

dans la moelle épinière inhibe la libération des neurotransmetteurs responsables de la douleur par les terminaisons centrales des neurones afférents primaires. Par ce mécanisme, le ziconotide peut réduire efficacement la douleur. Cependant, la marge thérapeutique du ziconotide est étroite en raison de ses effets secondaires importants sur le SNC (système nerveux central) ; par conséquent, le traitement par ziconotide n'est adapté qu'à un petit sous-groupe de patients souffrant de douleurs chroniques sévères. Nous présentons un aperçu des avantages et des limites du traitement par ziconotide intrathécal et passons en revue les futurs développements potentiels de cette nouvelle classe de médicaments.

Copyright 2010 Elsevier Ltd. Tous droits réservés.

Ci-après, la publication originale en anglais :

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20413151/>

Lancet. 2010 May 1;375(9725):1569-77.

doi: 10.1016/S0140-6736(10)60354-6. Epub 2010 Apr 21.

Ziconotide for treatment of severe chronic pain

[Achim Schmidtko](#) ¹, [Jörn Lötsch](#), [Rainer Freynhagen](#), [Gerd Geisslinger](#)

Affiliations

- PMID: 20413151
- DOI: [10.1016/S0140-6736\(10\)60354-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60354-6)

Abstract

Pharmacological management of severe chronic pain is difficult to achieve with currently available analgesic drugs, and remains a large unmet therapeutic need. The synthetic peptide ziconotide has been approved by the US Food and Drug Administration and the European Medicines Agency for intrathecal treatment of patients with severe chronic pain that is refractory to other treatment modalities. Ziconotide is the first member in the new drug class of selective N-type voltage-sensitive calcium-channel blockers. The ziconotide-induced blockade of N-type calcium channels in the spinal cord inhibits release of pain-relevant neurotransmitters from central terminals of primary afferent neurons.

By this mechanism, ziconotide can effectively reduce pain. However, ziconotide has a narrow therapeutic window because of substantial CNS side-effects, and thus treatment with ziconotide is appropriate for only a small subset of patients with severe chronic pain. We provide an overview of the benefits and limitations of intrathecal ziconotide treatment and review potential future developments in this new drug class.

Copyright 2010 Elsevier Ltd. All rights reserved.

+++++

4.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39656529/>

The Journal of clinical investigation. 2024. 10 déc ; 135(4): e177429.

doi: 10.1172/JCI177429.

Le C2230, un bloqueur préférentiel du canal CaV2.2 dépendant de l'état et de l'utilisation, atténue les comportements douloureux dans de nombreux modèles de douleur

[Cheng Tang](#) ^{1 2 3}, [Kimberly Gomez](#) ⁴, [Yan Chen](#) ³, [Heather N Allen](#) ⁴, [Sara Hestehave](#) ^{1 2}, [Erick J Rodríguez-Palma](#) ⁴, [Santiago Loya-Lopez](#) ⁴, [Aida Calderon-Rivera](#) ⁴, [Paz Duran](#) ^{1 2}, [Tyler S Nelson](#) ⁴, [Siva Rama Raju Kanumuri](#) ⁵, [Bijal Shah](#) ⁶, [Nihar R Panigrahi](#) ⁷, [Samantha Perez-Miller](#) ⁴, [Morgan K Schackmuth](#) ⁸, [Shivani Ruparel](#) ⁹, [Amol Patwardhan](#) ¹⁰, [Theodore J Price](#) ⁸, [Paramjit S Arora](#) ⁷, [Ravindra K Sharma](#) ¹¹, [Abhisheak Sharma](#) ⁵, [Jie Yu](#) ¹², [Olga A Korczeniewska](#) ⁶, [Rajesh Khanna](#) ^{4 13}

Affiliations

- PMID: **39656529**
- PMCID: [PMC11827853](#)
- DOI: [10.1172/JCI177429](https://doi.org/10.1172/JCI177429)

Résumé en français

Les antagonistes des canaux calciques CaV2.2 (type N), tels que le ziconotide et la gabapentine, sont utilisés en clinique comme analgésiques pour la douleur chronique. Cependant, leur utilisation est limitée par des fenêtres thérapeutiques étroites, des voies d'administration difficiles (Ziconotide), une mauvaise utilisation et des surdoses (Gabapentine), ainsi que par une litanie d'effets indésirables. L'expansion de nouveaux traitements contre la douleur pourrait émerger d'une interrogation basée sur le mécanisme du CaV2.2. Nous rapportons ici l'identification de C2230, une aryloxy-hydroxypropylamine, comme un bloqueur du CaV2.2. Le C2230 a piégé et stabilisé le CaV2.2 inactivé dans un état de récupération lente et a accéléré l'inactivation à l'état ouvert du canal, conférant un profil d'inhibition avantageux dépendant de l'utilisation. Le C2230 a inhibé CaV2.2 lors d'une stimulation à haute fréquence, tout en épargnant les

autres canaux ioniques voltage-dépendants. Le C2230 a inhibé le CaV2.2 dans les neurones de la racine dorsale et des ganglions trijumeaux de rats, de ouistitis et d'humains d'une manière indépendante du récepteur couplé aux protéines G. De plus, le C2230 a réduit les courants postsynaptiques excitateurs évoqués et la libération de neurotransmetteurs excitateurs dans la moelle épinière, soulageant ainsi les comportements douloureux neuropathiques, orofaciaux et arthrosiques par trois voies d'administration différentes. Le C2230 a également diminué les réponses calciques basées sur la photométrie des fibres dans le noyau parabrachial, atténué les réponses comportementales aversives aux stimuli mécaniques après une lésion neuropathique et préservé les réponses protectrices à la douleur, le tout sans affecter les fonctions motrices ou cardiovasculaires. Enfin, une analyse de mutation dirigée a démontré que le C2230 se lie différemment des autres inhibiteurs connus du CaV2.2, ce qui en fait un composé prometteur pour le développement d'analgésiques.

Mots-clés : Canaux calciques ; Neurosciences ; Douleur ; Pharmacologie.

Avis de non-responsabilité PubMed

Ci-après, la publication originale en anglais :

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39656529/>

The Journal of clinical investigation.2024 Dec 10;135(4):e177429.

doi: 10.1172/JCI177429.

C2230, a preferential use- and state-dependent CaV2.2 channel blocker, mitigates pain behaviors across multiple pain models

[Cheng Tang](#) ^{1 2 3}, [Kimberly Gomez](#) ⁴, [Yan Chen](#) ³, [Heather N Allen](#) ⁴, [Sara Hestehave](#) ^{1 2}, [Erick J Rodríguez-Palma](#) ⁴, [Santiago Loya-Lopez](#) ⁴, [Aida Calderon-Rivera](#) ⁴, [Paz Duran](#) ^{1 2}, [Tyler S Nelson](#) ⁴, [Siva Rama Raju Kanumuri](#) ⁵, [Bijal Shah](#) ⁶, [Nihar R Panigrahi](#) ⁷, [Samantha Perez-Miller](#) ⁴, [Morgan K Schackmuth](#) ⁸, [Shivani Ruparel](#) ⁹, [Amol Patwardhan](#) ¹⁰, [Theodore J Price](#) ⁸, [Paramjit S Arora](#) ⁷, [Ravindra K Sharma](#) ¹¹, [Abhisheak Sharma](#) ⁵, [Jie Yu](#) ¹², [Olga A Korczeniewska](#) ⁶, [Rajesh Khanna](#) ^{4 13}

Affiliations

- PMID: [39656529](#)
- PMCID: [PMC11827853](#)
- DOI: [10.1172/JCI177429](#)

Abstract

Antagonists - such as Ziconotide and Gabapentin - of the CaV2.2 (N-type) calcium channels are used clinically as analgesics for chronic pain. However, their use is limited by narrow therapeutic windows, difficult dosing routes (Ziconotide), misuse, and overdoses (Gabapentin), as well as a litany of adverse effects. Expansion of novel pain therapeutics may emerge from mechanism-based interrogation of CaV2.2. Here, we report the identification of C2230, an aryloxy-hydroxypropylamine, as a CaV2.2 blocker. C2230 trapped and stabilized inactivated CaV2.2 in a slow-recovering state and accelerated the open-state inactivation of the channel, conferring an advantageous use-dependent inhibition profile. C2230 inhibited CaV2.2 during high-frequency stimulation, while sparing other voltage-gated ion channels. C2230 inhibited CaV2.2 in dorsal root and trigeminal ganglia neurons from rats, marmosets, and humans in a G-protein-coupled-receptor-independent manner. Further, C2230 reduced evoked excitatory postsynaptic currents and excitatory neurotransmitter release in the spinal cord, leading to relief of neuropathic, orofacial, and osteoarthritic pain-like behaviors via 3 different routes of administration. C2230 also decreased fiber photometry-based calcium responses in the parabrachial nucleus, mitigated aversive behavioral responses to mechanical stimuli after neuropathic injury, and preserved protective pain responses, all without affecting motor or cardiovascular function. Finally, site-directed mutation analysis demonstrated that C2230 binds differently than other known CaV2.2 blockers, making it a promising lead compound for analgesic development.

Keywords: Calcium channels; Neuroscience; Pain; Pharmacology.

[PubMed Disclaimer](#)

+++++

5.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39479264/>

Frontiers in molecular neuroscience.2024. 16 Oct ; 17: 1412855.

doi: 10.3389/fnmol.2024.1412855. [Collection électronique 2024.](#)

Ziconotide et psychose : d'un rapport de cas à une revue de la littérature

[Marc Peraire](#) # [1](#) [2](#), [Rita Gimeno-Vergara](#) # [1](#) [2](#), [Jennifer Pick-Martin](#) [1](#) [2](#), [Mireia Boscá](#) [1](#) [2](#), [Iván Echeverría](#) # [1](#) [2](#) [3](#)

Affiliations

- PMID: [39479264](#)
- PMCID: [PMC11523125](#)
- DOI: [10.3389/fnmol.2024.1412855](#)

Résumé en français

Le ziconotide est un analgésique non opioïde qui agit sur les canaux calciques voltage-dépendants de type N. Malgré son efficacité prouvée dans le traitement de la douleur, il peut induire des symptômes

10 [Le Ziconotide, un antidouleur efficace contre les douleurs réfractaires](#)

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Ziconotide-PUBMED-Resume-13-etudes.pdf>

neuropsychiatriques. Cet article a pour objectif de présenter un cas de psychose secondaire au ziconotide et d'explorer la variété des symptômes neuropsychiatriques qu'il provoque, en explorant la relation entre ces symptômes et le mécanisme d'action du ziconotide. À cette fin, un cas clinique est présenté, ainsi qu'une revue de la littérature scientifique. Une recherche dans les bases de données Web of Science, Pubmed et Embase a été effectuée le 11 décembre 2023, selon les critères de la déclaration PRISMA-ScR. Le cas clinique présenté illustre la variété des symptômes neuropsychiatriques que le ziconotide peut provoquer chez un même patient. Treize articles ont été extraits de la revue de la littérature (neuf rapports de cas, quatre séries de cas), incluant 21 cas de patients traités par ziconotide et présentant des effets indésirables allant de symptômes psychotiques à un délire. En conclusion, la diversité des symptômes neuropsychiatriques dérivés du ziconotide pourrait être liée au blocage des canaux calciques voltage-dépendants de type N dans les neurones glutamatergiques et GABAergiques, affectant à son tour les voies dopaminergiques.

Mots-clés : Cav2.2 ; GABA ; dopamine ; glutamate ; symptômes neuropsychiatriques ; psychose ; revue de la littérature ; ziconotide.

Copyright © 2024 Peraire, Gimeno-Vergara, Pick-Martin, Boscá et Echeverria.

Ci-après, la publication originale en anglais :

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39479264/>

Frontiers in molecular neuroscience.2024 Oct 16:17:1412855.

doi: 10.3389/fnmol.2024.1412855. eCollection 2024.

Ziconotide and psychosis: from a case report to a scoping review

[Marc Peraire](#) # [1](#) [2](#), [Rita Gimeno-Vergara](#) # [1](#) [2](#), [Jennifer Pick-Martin](#) [1](#) [2](#), [Mireia Boscá](#) [1](#) [2](#), [Iván Echeverria](#) # [1](#) [2](#) [3](#)

Affiliations

- PMID: [39479264](#)
- PMCID: [PMC11523125](#)
- DOI: [10.3389/fnmol.2024.1412855](#)

Abstract

Ziconotide is a non-opioid analgesic that acts on N-type voltage-gated calcium channels. Despite its proven effectiveness in pain treatment, it can induce neuropsychiatric symptoms. The aim of this article is to present a case of psychosis secondary to ziconotide and to explore the variety of

Le Ziconotide, un antidouleur efficace contre les douleurs réfractaires

11

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Ziconotide-PUBMED-Resume-13-etudes.pdf>

neuropsychiatric symptoms it produces, exploring the relationship between these symptoms and the mechanism of action of ziconotide. For this purpose, a clinical case is presented as well as a scoping review of other cases published in the scientific literature. A search on Web of Science, Pubmed and Embase databases was performed on December 11, 2023, following the criteria of the PRISMA-ScR Statement. The clinical case presented shows the variety of neuropsychiatric symptomatology that ziconotide can cause in the same patient. On the other hand, 13 papers were retrieved from the scoping review (9 case reports, 4 case series), which included 21 cases of patients treated with ziconotide who presented adverse effects ranging from psychotic symptoms to delirium. In conclusion, the variety of neuropsychiatric symptoms derived from ziconotide could be related to the blockade of N-type voltage-gated calcium channels in glutamatergic and GABAergic neurons, in turn affecting dopaminergic pathways.

Keywords: Cav2.2; GABA; dopamine; glutamate; neuropsychiatric symptoms; psychosis; scoping review; ziconotide.

Copyright © 2024 Peraire, Gimeno-Vergara, Pick-Martin, Boscá and Echeverria.

+++++

6.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11060815/>

Revue

Expert opinion on investigational drugs.2000. Oct ; 9(10): 2403-10.

doi: 10.1517/13543784.9.10.2403.

Évaluation du ziconotide intrathécal pour le traitement de la douleur chronique

K K Jain 1

Affiliations

- PMID: **11060815**
- DOI: [10.1517/13543784.9.10.2403](https://doi.org/10.1517/13543784.9.10.2403)

Résumé en français

Le ziconotide, forme synthétique du peptide pi-conotoxine MVIIA, est un inhibiteur calcique de type N spécifique des neurones, doté d'un effet analgésique et neuroprotecteur. Le ziconotide intrathécal a été recommandé pour approbation par la FDA pour la prise en charge de la douleur chronique. Administré par voie rachidienne, le ziconotide produit une analgésie en bloquant la libération de neurotransmetteurs par les afférences nociceptives primaires et en prévenant la propagation des signaux douloureux vers le cerveau. Son avantage par rapport à la

12 Le Ziconotide, un antidouleur efficace contre les douleurs réfractaires

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Ziconotide-PUBMED-Resume-13-etudes.pdf>

morphine intrathécale est l'absence de développement de tolérance après une utilisation prolongée. La toxicité systémique est considérablement réduite par l'administration intrathécale de doses plus faibles et par une délivrance sélective au site d'action dans le système nerveux. Néanmoins, des effets indésirables neurologiques sont observés en raison du retard de clairance du ziconotide des tissus nerveux [NdT : C'est la lenteur d'élimination du Ziconotide des tissus nerveux qui entraîne un surdosage responsable des effets indésirables]. Globalement, le ziconotide présente un rapport bénéfice/risque favorable, avec des avantages par rapport à plusieurs traitements intrathécaux actuellement disponibles contre la douleur.

Ci-après, la publication originale en anglais :

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11060815/>

Review

Expert opinion on investigational drugs.2000 Oct;9(10):2403-10.

doi: 10.1517/13543784.9.10.2403.

An evaluation of intrathecal ziconotide for the treatment of chronic pain

[K K Jain](#) ¹

Affiliations

- PMID: 11060815
- DOI: [10.1517/13543784.9.10.2403](https://doi.org/10.1517/13543784.9.10.2403)

Abstract

Ziconotide, the synthetic form of cone snail peptide pi-conotoxin MVIIA, is a neurone-specific N-type calcium channel blocker with an analgesic and neuroprotective effect. Intrathecal ziconotide has been recommended for approval by the FDA for the management of chronic pain. Spinally administered ziconotide produces analgesia by blocking neurotransmitter release from primary nociceptive afferents and prevents the propagation of pain signals to the brain. It has an advantage over intrathecal morphine in that there is no development of tolerance after prolonged use. Systemic toxicity is considerably reduced by administration of smaller doses intrathecally and selective delivery to the site of action in the nervous system. Nevertheless, there are neurological adverse effects due to delay in clearance of ziconotide from the neural tissues. Overall, ziconotide has a favourable risk/benefit ratio with advantages over several currently available intrathecal therapies for pain.

+++++

7.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39244617/>

Trials.2024. 7 sept. ; 25(1): 595.

doi : 10.1186/s13063-024-08387-0.

Protocole d'étude SPIDOL pour l'évaluation de l'efficacité antalgique du ziconotide intrathécal dans le traitement des douleurs neuropathiques sévères réfractaires dues à des lésions de la moelle épinière

Andrei Brinzeu ^{1 2 3 4}, Julien Berthiller ⁵, Nathalie Perreton ⁵, Fabien Subtil ⁵, Caroline Gervaise ⁵, Jacques Luaute ^{5 6}, Patrick Mertens ^{5 7 8}; SPIDOL Study Group

Collaborateurs, Affiliations

Collaborateurs

- SPIDOL Study Group:
Michel Lanteri-Minet, Brigitte Perrouin Verbe, Bechir Jarraya, Philippe Menei, Jimmy Voirin, Jean-Marie Regis, Kevin Buffenoir, Marc Lefort, Denys Fontaine, Jean Luc Barat

Affiliations

- 1 Hospices Civils de Lyon, Lyon, France. andrei.brinzeu@chu-lyon.fr.
- 2 Department of Neurosurgery, Hopital Neurologique et Neurochirurgical "Pierre Wertheimer" de Lyon, 59 Boulevard Pinel, Lyon, 69003, France. andrei.brinzeu@chu-lyon.fr.
- 3 Unite de Recherche « Neuropain », CNRS, Universite de Lyon, Lyon, France. andrei.brinzeu@chu-lyon.fr.
- 4 Neuroscience Research Center, University of Medicine and Pharmacy "Victor Babes" Timisoara, Timisoara, Romania. andrei.brinzeu@chu-lyon.fr.
- 5 Hospices Civils de Lyon, Lyon, France.
- 6 Hopital de Reeducation et Readaptation Fonctionnelle "Henri Gabrielle", Saint-Genis-Laval, France.
- 7 Department of Neurosurgery, Hopital Neurologique et Neurochirurgical "Pierre Wertheimer" de Lyon, 59 Boulevard Pinel, Lyon, 69003, France.
- 8 Unite de Recherche « Neuropain », CNRS, Universite de Lyon, Lyon, France.
- PMID: **39244617**
- PMCID: [PMC11380424](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39244617/)
- DOI: [10.1186/s13063-024-08387-0](https://doi.org/10.1186/s13063-024-08387-0)

Résumé en français

Justification : La douleur neuropathique centrale résultant d'une lésion médullaire est notoirement invalidante et difficile à traiter, les traitements actuellement disponibles étant rares. Une nouvelle molécule administrée par voie intrathécale : le ziconotide, a été approuvée pour le traitement de la douleur neuropathique réfractaire en général. Il agit comme un inhibiteur calcique présynaptique. Une étude pilote a démontré son potentiel chez les patients souffrant de douleurs neuropathiques liées à une lésion médullaire.

Objectif : Cette étude vise à déterminer l'efficacité à long terme (6 mois) du ziconotide intrathécal chronique pour le traitement de la douleur neuropathique liée à une lésion médullaire. **Plan d'étude :** Essai clinique multicentrique, randomisé, comparatif, contrôlé par placebo, en double aveugle, avec un cross-over de périodes aléatoires alternées de 6 mois (placebo ou ITZ) pour un total de 15 mois incluant un total de 44 patients.

Population étudiée : • Patients atteints de lésions médullaires d'étiologies diverses présentant une douleur neuropathique réfractaire aux traitements non invasifs. • > 18 ans.

Intervention : Administration intrathécale de ziconotide via une pompe implantée.

Critères d'évaluation : Critère principal : Différence d'intensité de la douleur pour tous les patients entre les périodes de traitement efficace et de placebo. Critères secondaires : 1. Évaluation continue de l'intensité de la douleur. 2. Pourcentage de patients présentant une réduction de la douleur d'au moins 30 %. 3. Niveau de satisfaction du patient quant au soulagement de la douleur. 4. Déclarations d'événements indésirables graves. 5. Durée et intensité de la douleur spontanée et provoquée. 6. Qualité de vie. 7. Impression globale du patient concernant le changement. 8. Quantification des doses quotidiennes de médicaments antalgiques. 9. Mémoire à long terme et effets neurocognitifs. 10. Évaluation de la détresse physique et émotionnelle du patient.

NATURE ET ÉTENDUE DE LA CHARGE ET DES RISQUES ASSOCIÉS À LA PARTICIPATION, AUX BÉNÉFICES ET À L'APPARTENANCE AU GROUPE : La participation à cette étude est conforme aux protocoles de traitement actuels des douleurs neuropathiques liées aux lésions médullaires en

France. Elle propose donc un traitement actuellement considéré comme une pratique courante, même en l'absence de données issues d'essais contrôlés randomisés (ECR). L'étude offre aux patients l'avantage de tester directement, par rapport à un placebo, un traitement qui, par ailleurs, implique des contraintes importantes. Un comité de surveillance des données de sécurité (DSMB) sera créé pour une analyse continue de la sécurité. De plus, les patients seront suivis dans des centres spécialisés dans la douleur, offrant la possibilité de poursuivre leur traitement après la période d'étude.

© 2024. Auteur(s).

Avis de non-responsabilité PubMed

Déclaration de conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent que le protocole a été élaboré en l'absence de toute relation commerciale ou financière pouvant être interprétée comme un conflit d'intérêts potentiel.

Ci-après, la publication originale en anglais :

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39244617/>

Trials. 2024 Sep 7;25(1):595.

doi: 10.1186/s13063-024-08387-0.

SPIDOL study protocol for the assessment of intrathecal ziconotide antalgic efficacy for severe refractory neuropathic pain due to spinal cord lesions

[Andrei Brinzeu](#) ¹ ² ³ ⁴, [Julien Berthiller](#) ⁵, [Nathalie Perretton](#) ⁵, [Fabien Subtil](#) ⁵, [Caroline Gervaise](#) ⁵, [Jacques Luaute](#) ⁵ ⁶, [Patrick Mertens](#) ⁵ ⁷ ⁸; [SPIDOL Study Group](#)

Collaborators, Affiliations

Collaborators

- **SPIDOL Study Group:**
[Michel Lanteri-Minet](#), [Brigitte Perrouin Verbe](#), [Bechir Jarraya](#), [Philippe Menei](#), [Jimmy Voirin](#), [Jean-Marie Regis](#), [Kevin Buffenoir](#), [Marc Lefort](#), [Denys Fontaine](#), [Jean Luc Barat](#)

Affiliations

- 1 Hospices Civils de Lyon, Lyon, France. andrei.brinzeu@chu-lyon.fr.
- 2 Department of Neurosurgery, Hopital Neurologique et Neurochirurgical "Pierre Wertheimer" de Lyon, 59 Boulevard Pinel, Lyon, 69003, France.
andrei.brinzeu@chu-lyon.fr.

- 3 Unite de Recherche « Neuropain », CNRS, Universite de Lyon, Lyon, France. andrei.brinzeu@chu-lyon.fr.
- 4 Neuroscience Research Center, University of Medicine and Pharmacy "Victor Babes" Timisoara, Timisoara, Romania. andrei.brinzeu@chu-lyon.fr.
- 5 Hospices Civils de Lyon, Lyon, France.
- 6 Hopital de Reeducation et Readaptation Fonctionnelle "Henri Gabrielle", Saint-Genis-Laval, France.
- 7 Department of Neurosurgery, Hopital Neurologique et Neurochirurgical "Pierre Wertheimer" de Lyon, 59 Boulevard Pinel, Lyon, 69003, France.
- 8 Unite de Recherche « Neuropain », CNRS, Universite de Lyon, Lyon, France.
- PMID: [39244617](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39244617/)
- PMCID: [PMC11380424](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11380424/)
- DOI: [10.1186/s13063-024-08387-0](https://doi.org/10.1186/s13063-024-08387-0)

Abstract

Rationale: Central neuropathic pain resulting from spinal cord injury is notoriously debilitating and difficult to treat with few currently available treatments. A novel molecule with intrathecal administration: Ziconotide has been approved for treatment of refractory neuropathic pain in general. It acts as a presynaptic calcium channel blocker. A pilot study has shown its potential in SCI neuropathic pain patients.

Objective: The aim of this study is to determine the long-term (6 months) efficacy of chronic intrathecal ziconotide for the treatment of neuropathic SCI pain.

Study design: Multicenter, Randomized, Comparative, Placebo controlled, Double blind clinical trial, with a crossover of random alternated periods of 6 months (placebo or ITZ) for a total of 15 months including a total of 44 patients.

Study population: • Patients with SCI of various etiologies exhibiting neuropathic pain refractory to non-invasive treatments. • > 18 years.

Intervention: Intrathecal administration of ziconotide via an implanted pump.

Study outcomes: Primary study outcome Difference in pain intensity for all patients between effective treatment and placebo periods. Secondary study outcomes 1. Continuous evaluation of pain intensity. 2. Percentage of patients with at least 30% of pain reduction. 3. Satisfaction level of the patient pain relief. 4. Declarations of serious adverse events. 5. Duration and intensity of spontaneous and provoked pain. 6. Quality of life. 7. Patient global impression of change. 8. Quantification of daily dosages of analgesic drug intake. 9. Long term memory and neurocognitive effects. 10. Assessment of the patient's physical and emotional distress. NATURE AND EXTENT OF THE BURDEN AND RISKS ASSOCIATED WITH PARTICIPATION, BENEFIT, AND GROUP RELATEDNESS: Participation in this study is in accordance with current treatment protocols for SCI neuropathic pain in France therefore it proposes a treatment that would currently be considered regular practice even though no RCT evidence is yet available. The study gives patients the advantage of directly testing versus placebo a treatment that otherwise entails significant constraints. A Data Safety Monitoring board (DSMB) will be created for continuous safety analysis. Furthermore, patients will be followed in specialized pain centers offering the possibility of continuing their treatment after the study period.

© 2024. The Author(s).

[PubMed Disclaimer](#)

Conflict of interest statement

The authors declare that the protocol was created in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as potential conflict of interest.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39244617/>

+++++

8.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40634640/>

Guide de pratique

Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. 2025. 9 juil. ; 33(8): 674.

doi : 10.1007/s00520-025-09685-2.

Analgesie rachidienne dans la prise en charge de la douleur cancéreuse - Recommandations de pratique générale du MASCC

[Sebastiano Mercadante](#) 1, [Kenneth Candido](#) 2, [Peter Staats](#) 3, [Mellar Davis](#) 4

Affiliations

- PMID: **40634640**
- DOI: [10.1007/s00520-025-09685-2](https://doi.org/10.1007/s00520-025-09685-2)

Résumé en français

Les patients souffrant de douleurs cancéreuses réfractaires à la prise en charge médicale conventionnelle peuvent bénéficier d'une analgesie rachidienne, bien que certains aspects critiques ne puissent être examinés par une approche fondée sur des données probantes. Un groupe d'experts a été sélectionné par le MASCC pour fournir des conseils de pratique clinique sur l'administration de médicaments par voie rachidienne chez les patients souffrant de douleurs cancéreuses. La douleur cancéreuse réfractaire doit être considérée comme une affection dans laquelle le patient n'a pas reçu d'analgesie adéquate ou a développé des effets secondaires non contrôlés après une prise en charge complète de la douleur. La voie intrathécale (IT) avec un système d'administration implantable permet l'administration de doses minimales d'analgésiques

avec des effets cliniques significatifs, tout en évitant les effets indésirables majeurs et en réduisant les risques en cas d'utilisation prolongée. La morphine et l'hydromorphone sont les opioïdes de choix pour le traitement par voie intrathécale. Les anesthésiques locaux apportent une valeur ajoutée grâce à leur effet synergique additif sur les zones segmentaires. L'efficacité de l'ajout de petites quantités d'anesthésiques locaux à un dispositif intrathécal repose sur le positionnement de l'extrémité du cathéter à proximité du dermatome d'origine de la douleur. Leur utilisation dépend toutefois du système d'administration, car des volumes plus importants sont nécessaires. Le ziconotide nécessite une titration lente de la dose, mais il peut être utilisé en petits volumes. De plus, une fois les doses stabilisées, aucune tolérance n'apparaît. Un rapport de conversion de 100:1 entre la morphine orale et la morphine intrathécale est recommandé pour les patients recevant de fortes doses d'opioïdes systémiques. Un ratio plus élevé (300:1) doit être utilisé chez les patients principalement passés à la voie IT en raison d'effets indésirables incontrôlables et recevant des doses plus faibles d'opioïdes systémiques. L'utilisation de bolus d'opioïdes hydrophiles, comme la morphine, pour traiter les accès douloureux paroxystiques peut s'avérer inadéquate, car les opioïdes intrathécaux seuls peuvent ne pas être en mesure de traiter efficacement un épisode douloureux d'apparition et de durée rapides. Le processus décisionnel relatif au recours à des thérapies interventionnelles, comme la rachidopathie, doit être partagé, en tenant compte des indications et des besoins réels, des traitements antérieurs, du pronostic, du calendrier, des avantages et des inconvénients, ainsi que des complications, dans chaque situation individuelle, et en prenant en compte tous les aspects des soins.

Mots-clés : Douleur cancéreuse ; Systèmes implantables ; Anesthésiques locaux ; Opioïdes ; Soins palliatifs ; rachidopathie ; Ziconotide.

© 2025. Auteur(s), sous licence exclusive de Springer-Verlag GmbH Allemagne, filiale de Springer Nature.

Avis de non-responsabilité PubMed

Ci-après, la publication originale en anglais :

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40634640/>

Practice Guideline

Supportive care in cancer :official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer.2025 Jul 9;33(8):674.

doi: 10.1007/s00520-025-09685-2.

Spinal analgesia in cancer pain management- MASCC general practice recommendations

[Sebastiano Mercadante](#) ¹, [Kenneth Candido](#) ², [Peter Staats](#) ³, [Mellar Davis](#) ⁴

Affiliations

- PMID: 40634640
- DOI: [10.1007/s00520-025-09685-2](https://doi.org/10.1007/s00520-025-09685-2)

Abstract

Patients with cancer pain refractory to conventional medical management may benefit from spinal analgesia, although there are some critical points regarding some aspects which cannot be examined by an evidence-based approach. A group of experts was selected by MASCC to provide clinical practice advice on the use of spinal drug delivery in patients with cancer-related pain. Refractory cancer pain should be considered a condition in which a patient has failed to receive adequate analgesia or has developed uncontrolled side effects after comprehensive pain management. The intrathecal route (IT) with an implantable drug delivery system allows the administration of minimal doses of analgesics with significant clinical effects while avoiding major adverse effects and lower risks with prolonged use. Morphine and hydromorphone are the opioids of choice for IT treatment. Local anesthetics are an added value because of their additive-synergic effect on segmental areas. The efficacy of adding small amounts of local anesthetics to an ITDD relies on the positioning of the tip of the catheter close to the dermatome where the origin of the pain comes from. Their use, however, depends on the delivery system, because larger volumes are necessary. Ziconotide requires a slow dose titration, but it can be used in small volumes. In addition, once doses are stabilized, no tolerance occurs. A conversion ratio of 100:1 between oral and IT morphine is suggested for patients who receive high doses of systemic opioids. A higher ratio (300:1) should be used in patients prevalently switched to the IT route for uncontrollable adverse effects, receiving lower doses of systemic opioids. The use of boluses of hydrophilic opioids, like morphine, for treating breakthrough pain may be inadequate, as intrathecal opioids alone may be unable to adequately treat an episode of rapid pain onset and duration. The decision-making process for employing interventional therapies, like spinal analgesia, should be shared, taking into account the actual indications and needs, previous treatments, prognosis, timing, advantages and disadvantages, and complications, in any individual situation, managing all the aspects of care.

Keywords: Cancer pain; Implantable systems; Local anesthetics; Opioids; Palliative care; Spinal analgesia; Ziconotide.

© 2025. The Author(s), under exclusive licence to Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature. [PubMed Disclaimer](#).

+++++

9.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37321764/>

Revue

Best practice & research. Clinical anesthesiology. 2023. Juin ; 37(2): 157-169.

doi : 10.1016/j.bpa.2023.02.003. Publication en ligne du 21 février 2023.

Administration intrathécale de médicaments dans la prise en charge de la douleur chronique

Jan Van Zundert ¹, Richard Rauck ²

Affiliations

- PMID: **37321764**
- DOI: [10.1016/j.bpa.2023.02.003](https://doi.org/10.1016/j.bpa.2023.02.003)

Résumé en français

L'administration intrathécale ciblée de médicaments (TIDD) a pour objectif de rapprocher le(s) médicament(s) des récepteurs influençant la modulation de la douleur, réduisant ainsi la dose et les effets secondaires. L'administration intrathécale de médicaments a véritablement débuté avec le développement de l'implantation permanente de cathéters intrathécaux et péri-duraux, associés à des chambres internes ou externes, des réservoirs et des pompes programmables. La TIDD est un traitement précieux pour les patients atteints de cancer et souffrant de douleurs réfractaires. Chez les patients souffrant de douleurs non cancéreuses, la TIDD ne doit être envisagée que lorsque toutes les autres options ont été testées, y compris la stimulation médullaire. Seuls deux médicaments sont approuvés par la Food and Drug Administration (FDA) américaine pour l'administration de la TIDD dans le traitement de la douleur chronique : la morphine et le ziconotide en monothérapie. Dans la prise en charge de la douleur, l'utilisation hors indication de médicaments et les traitements combinés sont souvent rapportés. L'action spécifique des médicaments intrathécaux, leur efficacité et leur sécurité sont décrites, ainsi que les modalités d'essai de l'administration intrathécale de médicaments et les méthodes d'implantation.

Mots-clés : médicament intrathécal ; anesthésiques locaux ; opioïde ; récepteurs ;

Le Ziconotide, un antidouleur efficace contre les douleurs réfractaires

21

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Ziconotide-PUBMED-Resume-13-etudes.pdf>

effets secondaires ; essai ; ziconotide.

Copyright © 2023 Elsevier Ltd. Tous droits réservés.

Ci-après, la publication originale en anglais :

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37321764/>

Review

Best practice & research. Clinical anesthesiology.2023 Jun;37(2):157-169.

doi: 10.1016/j.bpa.2023.02.003. Epub 2023 Feb 21.

Intrathecal drug delivery in the management of chronic pain

[Jan Van Zundert](#) ¹, [Richard Rauck](#) ²

Affiliations

- PMID: 37321764
- DOI: [10.1016/j.bpa.2023.02.003](https://doi.org/10.1016/j.bpa.2023.02.003)

Abstract

Targeted intrathecal drug delivery (TIDD) has the objective of bringing the drug(s) close to the receptors influencing pain modulation, and thus reducing the dose and the side effects. Intrathecal drug delivery knew its real start with the development of permanent implantation of intrathecal and epidural catheters, combined with internal or external ports, reservoirs, and programmable pumps. TIDD is a valuable treatment for patients with cancer suffering refractory pain. Patients suffering noncancer-related pain should only be considered for TIDD when all other options have been tested, including spinal cord stimulation. Only two drugs are approved by the US Food and Drug Administration for TIDD administration for chronic pain: morphine and ziconotide as monotherapy. In pain management, off-label use of medication and combination therapy is often reported. The specific action of the intrathecal drugs, the efficacy and safety, is described, as well as the modalities for trialing intrathecal drug delivery and the implantation methods.

Keywords: intrathecal drug; local anesthetics; opioid; receptors; side effects; trial; ziconotide.

Copyright © 2023 Elsevier Ltd. All rights reserved.

+++++

10.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34793643/>

Revue

Pain physician.2021. Déc. ; 24(8) : 549-569.

Stratégies de thérapie médicamenteuse intrathécale combinée pour la prise en charge de la douleur

22 Le Ziconotide, un antidouleur efficace contre les douleurs réfractaires

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Ziconotide-PUBMED-Resume-13-etudes.pdf>

[Jay Karri](#) ¹, [Mani Singh](#) ², [Devas J Modi](#) ², [Vwaire Orhurhu](#) ³, [Caleb Seale](#) ⁴, [Michael Saulino](#) ⁵, [Anuj Marathe](#) ¹, [Darrell Vydra](#) ⁴, [Jonathan M Hagedorn](#) ⁶, [Brian Bruel](#) ⁷, [Alaa Abd-Elsayed](#) ⁸

Affiliations

- PMID: **34793643**

[Article gratuit](#)

Résumé en français

Contexte : De nombreuses stratégies de thérapie médicamenteuse intrathécale combinée (TCIC) existent et sont utilisées pour divers syndromes douloureux, généralement lorsque l'augmentation de la dose en monothérapie ou l'alternance médicamenteuse sont jugées intenable ou irréalisables. Malheureusement, les données probantes justifiant l'utilisation de ces stratégies et de combinaisons médicamenteuses spécifiques sont généralement insuffisantes et peu claires, de nombreux médicaments étant utilisés pour des indications hors AMM.

Objectif : Dans ce manuscrit, nous proposons une exploration et une analyse approfondies de la littérature afin de fournir un exposé fondé sur des données probantes concernant l'utilisation des stratégies de TCID, en ce qui concerne les indications cliniques, les paramètres pharmacologiques, les combinaisons médicamenteuses spécifiques, les profils de sécurité et les orientations futures.

Conception de l'étude : Revue narrative.

Méthodes : Il s'agit d'un exposé fondé sur des données probantes, réalisé après une revue approfondie de la littérature.

Résultats : Les variations de la pharmacocinétique et de la pharmacodynamie intrathécales sont avantageusement exploitées avec les stratégies de TCID pour obtenir un meilleur bénéfice analgésique ; cependant, leur utilisation appropriée peut être limitée par un risque accru ou aggravé d'effets indésirables. Les données probantes justifiant l'utilisation des TCID pour les douleurs chroniques sont largement insuffisantes et se limitent à de petites études observationnelles non contrôlées, dont beaucoup présentent divers facteurs de confusion, notamment l'absence de dosage standardisé. Les stratégies de TCID les plus éprouvées comprennent la polyanalgésie par morphine-ziconotide, opioïde-clonidine et morphine-bupivacaine. Notamment, outre le soulagement de la douleur, il a été démontré que la morphine-bupivacaine

diminue les besoins précoces d'augmentation des doses d'opioïdes.

Limites : Les données probantes à l'appui de l'utilisation de la TCID pour les douleurs chroniques sont largement insuffisantes et se limitent à de petites études observationnelles non contrôlées, dont beaucoup présentent divers facteurs de confusion, notamment l'absence de dosage standardisé.

Conclusions : Les stratégies de TCID et les associations de polyanalgésie peuvent être efficaces pour traiter diverses populations de patients souffrant de douleurs chroniques. L'utilisation appropriée de ces stratégies peut être limitée par un risque accru ou aggravé d'effets indésirables, tous deux fortement dépendants du patient et du scénario. Par conséquent, les praticiens doivent maintenir un seuil de suspicion particulièrement bas concernant les effets indésirables chez les patients atteints de TCID afin de maintenir favorablement les profils de sécurité associés à ce traitement.

Mots-clés : bupivacaïne ; douleur chronique ; clonidine ; morphine ; polyanalgésie ; ziconotide ; Voie intrathécale.

Avis de non-responsabilité PubMed

Ci-après, la publication originale en anglais :

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34793643/>

Review

Pain physician..2021 Dec;24(8):549-569.

Combination Intrathecal Drug Therapy Strategies for Pain Management

[Jay Karri](#) ¹, [Mani Singh](#) ², [Devas J Modi](#) ², [Vwaire Orhurhu](#) ³, [Caleb Seale](#) ⁴, [Michael Saulino](#) ⁵, [Anuj Marathe](#) ¹, [Darrell Vydra](#) ⁴, [Jonathan M Hagedorn](#) ⁶, [Brian Bruel](#) ⁷, [Alaa Abd-Elsayed](#) ⁸

Affiliations

- PMID: 34793643

Free article

Abstract

Background: Numerous combination intrathecal drug therapy (CIDT) strategies exist and are utilized for varying pain syndromes, typically when monotherapy dose escalation or medication alternation is deemed untenable or unfeasible. Unfortunately, the supportive evidence basis for the use of these strategies and specific drug combinations is generally lacking and unclear, with many medications being used for off-label indications.

Objective: In this manuscript, we provide a robust exploration and analysis of the literature to provide

24 **Le Ziconotide, un antidouleur efficace contre les douleurs réfractaires**

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Ziconotide-PUBMED-Resume-13-etudes.pdf>

an evidence-based narrative for the use of CIDT strategies in regard to clinical indications, pharmacologic parameters, specific drug combinations, safety profiles, and future directions.

Study design: Narrative review.

Methods: This was an evidence based narrative performed after extensive review of the literature.

Results: Variances in intrathecal pharmacokinetics and pharmacodynamics are utilized advantageously with CIDT strategies to achieve improved analgesic benefit; however, appropriate use may be limited by increased or compounded risk of adverse effects. The supportive evidence for CIDT use for chronic pain conditions is largely lacking and limited to small, uncontrolled, observational studies, with many having various confounding factors, including a lack of standardized dosing. The most evidenced CIDT strategies include polyanalgesia with morphine-ziconotide, opioid-clonidine, and morphine-bupivacaine. Notably, in addition to pain relief, morphine-bupivacaine has been shown to decrease early opioid escalation requirements.

Limitations: The supportive evidence for CIDT use for chronic pain conditions is largely lacking and limited to small, uncontrolled, observational studies, with many having various confounding factors including a lack of standardized dosing.

Conclusions: CIDT strategies and polyanalgesia combinations can be effective for treating various patient populations with chronic pain. The appropriate use of these strategies may be limited by increased or compounded risk of adverse effects, both of which are highly patient and scenario dependent. Therefore, practitioners should maintain a particularly low threshold of suspicion for adverse effects in patients with CIDT such that safety profiles associated with this therapy can be favorably maintained.

Keywords: bupivacaine; chronic pain; clonidine; morphine; polyanalgesia; ziconotide; Intrathecal.

[PubMed Disclaimer](#)

+++++

11.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16225359/>

Revue

The American journal of hospice & palliative care. 2005. Sept.-Oct. ; 22(5): 369-74.

doi : 10.1177/104990910502200510.

Le Ziconotide : peut-on l'utiliser en soins palliatifs ?

[Eric E Prommer](#) ₁

Affiliations

- PMID: **16225359**
- DOI: [10.1177/104990910502200510](https://doi.org/10.1177/104990910502200510)

Résumé en français

Le ziconotide (PRIALT) est un nouveau traitement non opioïde de la douleur chronique. Il s'agit d'un peptide analogue synthétique de l'oméga-

conotoxine, dérivée de l'escargot marin *Conus magus*. Le bénéfice thérapeutique du ziconotide réside dans son blocage puissant et sélectif des canaux calciques neuronaux voltage-sensibles de type N. L'interférence avec ces canaux inhibe l'entrée des nocicepteurs primaires sensibles à la douleur. Un essai clinique récent a démontré que le ziconotide a un effet analgésique significatif par rapport au placebo chez des patients considérés comme intolérants ou réfractaires à d'autres traitements tels que les analgésiques systémiques, les traitements d'appoint ou la morphine intrathécale (IT). Ainsi, le ziconotide est le premier d'une nouvelle classe d'agents : les inhibiteurs calciques de type N, ou ICCN. Le ziconotide pourrait représenter une autre option pour les patients souffrant de douleurs réfractaires.

Ci-après, la publication originale en anglais :

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16225359/>

Review

The American journal of hospice & palliative care. 2005 Sep-Oct;22(5):369-74.

doi: 10.1177/104990910502200510.

Ziconotide: can we use it in palliative care?

[Eric E Prommer](#) ¹

Affiliations

- PMID: 16225359
- DOI: [10.1177/104990910502200510](https://doi.org/10.1177/104990910502200510)

Abstract

Ziconotide (PRIALT) is a new nonopioid treatment for chronic pain. It is a peptide that is the synthetic analog of the omega-conotoxin, derived from the marine snail, *Conus magus*. The therapeutic benefit of ziconotide derives from its potent and selective blockade of neuronal N-type voltage-sensitive calcium channels. Interference with these channels inhibits input from pain-sensing primary nociceptors. A recent clinical trial demonstrated that ziconotide has a significant analgesic effect compared to placebo in patients considered intolerant or refractory to other treatment such as systemic analgesics, adjunctive therapies, or intrathecal (IT) morphine. Thus, ziconotide is the first of a new class of agents--N-type calcium channel blockers, or NCCBs. Ziconotide may represent another option for patients with refractory pain.

+++++

12.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25655991/>

Journal of the international Neuromodulation Society.2015. Juillet ; 18(5): 397-403.
10.1111/ner.12270. Publication en ligne du 5 février 2015.

Le traitement intrathécal combiné par ziconotide pour les douleurs non cancéreuses est limité en raison d'effets indésirables différés : une série de cas avec un suivi de 24 mois

Salim M Hayek 1, Michael C Hanes 1, Connie Wang 2, Elias Veizi 1 3

Affiliations

- PMID: **25655991**
- DOI: [10.1111/ner.12270](https://doi.org/10.1111/ner.12270)

Résumé en français

Objectifs : L'efficacité et la sécurité du ziconotide en monothérapie ont été évaluées dans le cadre de quelques essais cliniques à court terme et d'études ouvertes. L'utilisation du ziconotide est complexe compte tenu de son profil d'effets indésirables (EI). L'objectif de cette étude est de décrire l'efficacité à long terme et les EI du ziconotide utilisé en complément d'autres agents intrathécaux (IT) chez les patients souffrant de douleurs chroniques non cancéreuses. **Matériel et méthodes :** Une série de cas de patients souffrant de douleurs chroniques non cancéreuses et dont le contrôle de la douleur était sous-optimal grâce à un traitement IT. Le ziconotide a été introduit dans le mélange pour perfusion IT après un essai réussi. Les scores de douleur, les doses IT et les effets indésirables ont été enregistrés et analysés depuis l'essai jusqu'à la perfusion initiale de ziconotide et jusqu'à 24 mois.

Résultats : Quinze patients ont participé à des essais de ziconotide. Quatre sujets ont échoué à l'essai et 11 ont poursuivi un traitement continu par ziconotide. Sept patients sur 11 ont présenté des effets indésirables ayant entraîné l'arrêt du ziconotide. Deux des sept sujets ayant nécessité l'arrêt du ziconotide ont vu leur douleur s'améliorer. Quatre sujets ont pu

poursuivre le ziconotide IT pendant 24 mois.

Conclusions : Une incidence élevée d'effets indésirables limite l'utilité du ziconotide IT comme traitement d'appoint. Nos résultats sont limités par la taille de notre population de patients ; cependant, ils représentent une longue période de suivi, ce qui est limité dans la plupart des publications récentes sur ce peptide IT. Bien que le ziconotide soit un agent IT nécessaire, des études supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les facteurs susceptibles d'améliorer le rapport traitement/essai ainsi que l'efficacité à long terme du traitement IT par le ziconotide.

Mots-clés : Effets indésirables ; administration intrathécale de médicament ; douleur bénigne ; ziconotide.

© 2015 International Neuromodulation Society.

Ci-après, la publication originale en anglais :

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25655991/>

Journal of the international Neuromodulation Society.. 2015 Jul;18(5):397-403.

doi: 10.1111/ner.12270. Epub 2015 Feb 5.

Ziconotide Combination Intrathecal Therapy for Noncancer Pain Is Limited Secondary to Delayed Adverse Effects: A Case Series With a 24-Month Follow-Up

Salim M Hayek ¹, Michael C Hanes ¹, Connie Wang ², I Elias Veizi ^{1, 3}

Affiliations

- PMID: 25655991
- DOI: [10.1111/ner.12270](https://doi.org/10.1111/ner.12270)

Abstract

Objectives: The efficacy and safety of ziconotide as a single agent has been evaluated in few short-term clinical trials and open-label studies. Ziconotide use is challenging given its adverse effect (AE) profile. The objective of this study is to describe the long-term efficacy and AEs of ziconotide used as an adjunct to other intrathecal (IT) agents in chronic noncancer pain patients.

Materials and methods: A case series of chronic noncancer pain patients who had suboptimal pain control from IT therapy. Ziconotide was introduced in the IT infusion mixture after a successful ziconotide trial. Pain scores, IT doses, as well as AEs were recorded and analyzed from trial to initial ziconotide infusion and up to 24 months.

Results: Fifteen patients underwent ziconotide trials. Four subjects failed the trial, and 11 proceeded to continuous ziconotide treatment. Seven out of 11 patients experienced AEs resulting in ziconotide

28 **Le Ziconotide, un antidouleur efficace contre les douleurs réfractaires**

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Ziconotide-PUBMED-Resume-13-etudes.pdf>

discontinuation. Two of the seven subjects who required discontinuation of ziconotide had improved pain. Four subjects were able to continue IT ziconotide through 24 months.

Conclusions: A high incidence of AEs limits the usefulness of IT ziconotide as adjunct therapy. Our results are limited by the size of our patient population; however, they represent a long follow-up period, which is limited in most current publications on this IT peptide. While ziconotide is a needed IT agent, more studies are necessary to better understand the factors that would improve the treatment to trial ratio as well as the long-term efficacy of IT ziconotide treatment.

Keywords: Adverse effects; intrathecal drug delivery; nonmalignant pain; ziconotide.

© 2015 International Neuromodulation Society.

+++++

13.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10692631/>

Études de cas

Pain.2000. Mars ; 85(1-2): 291-6.

doi : 10.1016/s0304-3959(99)00254-7.

Effets indésirables associés à l'administration intrathécale de ziconotide

R D Penn 1, J A Paice

Affiliations

- PMID: **10692631**
- DOI: [10.1016/s0304-3959\(99\)00254-7](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(99)00254-7)

Résumé en français

Le ziconotide, un oméga-conopeptide, est un inhibiteur calcique de type N dont l'effet antinociceptif a été démontré chez l'animal par des tests au formol et sur plaque chauffante. Les premiers rapports sur l'administration intrathécale de ziconotide chez des patients atteints de cancer ou du sida, dont la douleur n'était pas soulagée par les opioïdes, ont démontré une efficacité analgésique. Bien que des effets indésirables aient été signalés, ceux-ci semblaient facilement contrôlables par une réduction de dose ou un traitement symptomatique. Ce rapport clinique décrit l'expérience de trois patients présentant des effets indésirables graves associés à l'administration intrathécale de ziconotide.

Avis de non-responsabilité PubMed

Ci-après, la publication originale en anglais :

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10692631/>

Case Reports

Pain. 2000 Mar;85(1-2):291-6.

doi: 10.1016/S0304-3959(99)00254-7.

Adverse effects associated with the intrathecal administration of ziconotide

[R D Penn](#) ¹, [J A Paice](#)

Affiliations

- PMID: 10692631
- DOI: [10.1016/S0304-3959\(99\)00254-7](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00254-7)

Abstract

The omega-conopeptide, ziconotide, is an N-type calcium-channel blocker that has been shown to produce antinociception in animals using formalin and hot-plate tests. Initial reports of intrathecal administration of ziconotide in cancer and AIDS patients whose pain was unrelieved with opioids demonstrated analgesic efficacy. Although adverse effects were reported, these appeared to be easily managed through dose reduction or symptomatic treatment. This clinical report describes the experiences of three patients with serious adverse effects associated with intrathecal ziconotide.

[PubMed Disclaimer](#)

+++++

14.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34894303/>

Current pain and headache reports.2021. 11 déc. ; 25(12): 79.

doi : 10.1007/s11916-021-00994-9.

Le Baclofène intrathécal en monothérapie et polyanalgesie pour le traitement de la douleur chronique chez les patients atteints de spasticité sévère

[Anuj Marathe](#) ¹, [Sameer Allahabadi](#) ², [Alaa Abd-Elseyed](#) ³, [Michael Saulino](#) ⁴, [Jonathan M Hagedorn](#) ⁵, [Vwaire Orhurhu](#) ⁶, [Jay Karri](#) ⁷

Affiliations

- PMID: 34894303
- DOI: [10.1007/s11916-021-00994-9](https://doi.org/10.1007/s11916-021-00994-9)

Erratum dans

Correction : Le Baclofène intrathécal en monothérapie et polyanalgésie pour le traitement de la douleur chronique chez les patients atteints de spasticité sévère.

Marathe A, Allahabadi S, Abd-Elsayed A, Saulino M, Hagedorn JM, Orhurhu V, Karri J. Curr Pain Headache Rep. 2022 mars ;26(3):279. doi : 10.1007/s11916-022-01027-9. PMID : 35218479.

Aucun résumé disponible.

Résumé en français

Objectif de la revue : L'administration intrathécale de médicaments est une stratégie bien établie pour le traitement de nombreux syndromes douloureux chroniques. Si les opioïdes, les anesthésiques et le ziconotide sont les agents les plus couramment utilisés, le baclofène intrathécal (BIT), indiqué pour traiter la spasticité, aurait également des propriétés analgésiques mal comprises. Ces bénéfices analgésiques ont été rapportés avec l'administration de BIT chez des patients atteints de troubles neurologiques centraux souffrant de spasticité sévère et de douleurs chroniques. Notre revue vise à caractériser les effets de BIT sur la douleur, la fonction et la qualité de vie des patients atteints de spasticité sévère. Nous avons réalisé une revue systématique basée sur les recommandations PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses). Les principaux critères d'évaluation étaient le soulagement analgésique et l'amélioration fonctionnelle. La qualité de vie et les effets indésirables ont également été enregistrés.

Résultats récents : Après une enquête initiale portant sur 393 études, 20 répondaient aux critères d'inclusion finaux. Parmi celles-ci, 16 utilisaient la monothérapie par BIT et 4 la polyanalgésie par BIT. Globalement, les études de forte puissance étaient rares. Les doses moyennes de BIT titrées variaient de 140 à 627,9 µg par jour. Dix-neuf études ont rapporté une amélioration de la douleur et de la spasticité. Sept études ont rapporté une amélioration des résultats fonctionnels et de la qualité de vie. Nos résultats montrent que le BIT pourrait être un agent efficace dans le traitement de la douleur chronique chez les patients atteints de spasticité sévère, indépendamment de ses effets spasmodiques. Bien que ces données proviennent en grande partie d'études ne présentant pas de résultats clairement définis en matière de soulagement de la douleur, il est raisonnable d'envisager l'utilisation du BIT pour la prise en charge concomitante de la spasticité et de la douleur.

Le Ziconotide, un antidouleur efficace contre les douleurs réfractaires

31

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Ziconotide-PUBMED-Resume-13-etudes.pdf>

Des études bien conçues sont encore nécessaires pour caractériser l'efficacité analgésique du BIT chez les patients atteints de spasticité sévère.

Mots-clés : Baclofène ; Douleur chronique ; Intrathécal ; Morphine ; Polyanalgésie ; Spasticité.

© 2021. Auteur(s), sous licence exclusive de Springer Science+Business Media, LLC, filiale de Springer Nature.

Avis de non-responsabilité PubMed

Ci-après, la publication originale en anglais :

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34894303/>

Current pain and headache reports.2021 Dec 11;25(12):79.

doi: 10.1007/s11916-021-00994-9.

Intrathecal Baclofen Monotherapy and Polyanalgesia for Treating Chronic Pain in Patients with Severe Spasticity

[Anuj Marathe](#) ¹, [Sameer Allahabadi](#) ², [Alaa Abd-Elseyed](#) ³, [Michael Saulino](#) ⁴, [Jonathan M Hagedorn](#) ⁵, [Vwaire Orhurhu](#) ⁶, [Jay Karri](#) ⁷

Affiliations

- PMID: 34894303
- DOI: 10.1007/s11916-021-00994-9

Erratum in

- [Correction to: Intrathecal Baclofen Monotherapy and Polyanalgesia for Treating Chronic Pain in Patients with Severe Spasticity.](#)

Marathe A, Allahabadi S, Abd-Elseyed A, Saulino M, Hagedorn JM, Orhurhu V, Karri J. Curr Pain Headache Rep. 2022 Mar;26(3):279. doi: 10.1007/s11916-022-01027-9. PMID: 35218479 No abstract available.

Abstract

Purpose of review: Intrathecal drug delivery is a well evidenced strategy for the treatment of many chronic pain syndromes. While opioids, anesthetics, and ziconotide are the most commonly used agents, intrathecal baclofen (ITB), which is indicated to treat spasticity, is also thought to have some analgesic properties that are poorly understood. These analgesic benefits have been reported with ITB use in treating patients with central neurological disorders who suffer from severe spasticity and chronic pain. Our review aims to characterize ITB's effects on pain, function, and quality of life in patients with severe spasticity. We performed a systematic review based on the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses (PRISMA) guidelines. The primary outcome parameters were analgesic relief and functional improvements. Secondarily, quality of life and adverse effects were also recorded.

32 **Le Ziconotide, un antidouleur efficace contre les douleurs réfractaires**

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Ziconotide-PUBMED-Resume-13-etudes.pdf>

Recent findings: After an initial survey identified 393 studies, 20 studies met final inclusion criteria. Of these, 16 utilized ITB monotherapy and 4 utilized ITB polyanalgesia. Overall, there was a paucity of high-powered studies. Mean titrated ITB doses ranged from 140 to 627.9 μ g daily. Nineteen studies reported improved pain and spasticity. Seven studies reported improved functional outcomes and quality of life. Our results show that ITB may be an effective agent in treating for the treatment of chronic pain in patients with severe spasticity independent of its spasmolytic effects. Although this evidence was largely derived from studies lacking clearly defined outcomes of pain relief, ITB is reasonable to consider for concurrent spasticity and pain management. Well-designed studies are still needed to characterize ITB's analgesic efficacy when used in patients with severe spasticity.

Keywords: Baclofen; Chronic pain; Intrathecal; Morphine; Polyanalgesia; Spasticity.

© 2021. The Author(s), under exclusive licence to Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature.

[PubMed Disclaimer](#)

Lois Soins palliatifs et Aide à mourir : "Il va y avoir des abus"

Par Louis François, le 25 août 2025.

Avant l'inéluctable fin de notre vie, la déchéance et la souffrance causées par la maladie sont, et seront, le lot de nombre d'entre nous. La nouveauté, c'est que nous sommes **tous immédiatement concernés** par les lois sur la fin de vie qui sont actuellement en préparation en France. Y compris les jeunes à partir de 18 ans.

S'agissant de **loi sur les soins palliatifs**, adoptée à l'unanimité en première lecture à l'Assemblée nationale le 27 mai 2025, que ceux qui pensent ne pas être impactés se détrompent. "*À compter de sa majorité*", chaque assuré recevra "*de manière périodique*" de la caisse d'assurance maladie (Sécurité sociale), une incitation à "*rédiger, réviser et confirmer ses directives anticipées et désigner une personne de confiance*" (Article 15). Que sont les "**directives anticipées**" ? Un testament dans lequel on inscrit ses dernières volontés concernant sa propre fin de vie !

Comment les jeunes réagiront-ils à ces incitations répétées à **penser leur propre mort**, envoyées par l'organisme qui rembourse leurs dépenses médicales, alors que selon Santé Publique France **un jeune Français sur quatre déclare être dépressif ou avoir des pensées suicidaires** ? Comment est-il possible que **l'étude d'impact** de cette loi déclare (p. 34) que son impact sur la jeunesse est "*sans objet*" ?

De plus, toute personne recevant le **diagnostic d'une maladie grave** (comme le cancer du sein, explicitement

mentionné p. 59 de **l'étude d'impact**) se verra proposer par *“l'équipe de soins”* de rédiger ou d'élaborer un *“plan personnalisé d'accompagnement”* prévoyant sa fin de vie (Article 14 de la **loi sur les soins palliatifs**).

Comme chacun le sait, nous pouvons tous recevoir, du jour au lendemain, un tel diagnostic, à l'instar des **3,8 millions de personnes qui vivent actuellement avec ou après un cancer** et de leurs 5 millions d'aidants, dont 8 % (soit 400 000 personnes) ont cessé de travailler pour se consacrer à cette mission...

S'agissant de la **loi sur la fin de vie** approuvée en première lecture à l'Assemblée nationale le 27 mai 2025 par 305 voix contre 199, accordant l'euthanasie et le suicide assisté aux malades qui « veulent mourir » et sont en état d'en exprimer la *“volonté libre et éclairée”* elle est calquée sur celle du **Canada**, pays où a été introduit le terme **“aide médicale à mourir”** et où, depuis son entrée en vigueur en 2021, les décès ainsi provoqués ont augmenté de 2,5 % à 7,5 % de l'ensemble des décès, selon le médecin honoraire Jean Leonetti, co-auteur de la législation actuelle, qui lors de **son audition le 12 juin 2025 devant le Sénat** a clairement exprimé son opposition à ce nouveau texte.

Qu'est-ce que *“l'aide médicale à mourir”* ? Le **Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie** en donne cette définition : *“L'aide médicale à mourir est un terme traduit de l'anglais « medical aid in dying (MAiD) » initialement utilisé au Canada pour parler de l'euthanasie et du suicide assisté. Elle consiste en l'administration par un médecin de médicaments à des patients, à leur demande, afin de soulager leurs souffrances en provoquant leur mort.”*

Dans la future loi française, le terme retenu est *“aide à mourir”*. Il s’agit donc bien d’euthanasie et de suicide assisté. Mais contrairement au **Canada**, la prétendue évaluation de cette **future loi française** sera impossible à réaliser dès lors qu’aucune codification spécifique des actes euthanasiques n’est explicitement prévue dans le texte (Article 15).

Au **Canada**, les critères d’admissibilité stipulent que la demande d’aide médicale à mourir (AMM) *“ne découle pas de pressions externes”*, et que le patient *“se trouve à un stade avancé de déclin des capacités qui est irréversible”*. Des termes absents du **texte français**.

Autre différence notable, la **loi canadienne** prévoit que la demande d’AMM soit *“écrite et contresignée par un témoin indépendant”*. En **Belgique**, la demande doit être *“actée par écrit en présence de deux témoins, datée, signée par le déclarant et par les témoins”* ; il en va de même pour les directives anticipées. Mais dans les textes français **actuels** et **futurs**, la présence d’un ou de deux témoins n’est absolument pas prévue.

En France, l’euthanasie humaine est déjà légalement pratiquée pour les patients qui « vont mourir » :

- La **loi du 22 avril 2005 dite “loi Leonetti”** autorisait l’arrêt des traitements, de l’alimentation artificielle et de l’hydratation, ces actes ne devant *« pas être poursuivis par une obstination déraisonnable (...) n’ayant d’autre effet que le seul maintien artificiel de la vie »*.
- La **loi du 2 février 2016, dite “loi Clayes-Leonetti”**, actuellement **en vigueur dans le code de la santé publique**, autorise la *« sédation profonde et continue »*, pratiquée à domicile et en institution,

sauf si le patient ou son entourage la refuse. Le médecin doit recueillir au préalable l'accord du malade ou, s'il n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté, consulter la « *personne de confiance* » qu'il a désignée, ou « *à défaut, sa famille ou, à défaut, un de ses proches* ». La morphine à dose de plus en plus élevée est injectée pour endormir le patient jusqu'à ce que mort s'ensuive. D'autres substances peuvent aussi être utilisées pour provoquer le décès lorsqu'il est inconscient.

Tous les témoignages le confirment, que j'ai recueillis notamment auprès de médecins en exercice, d'aides-soignants en activité et de familles dont un membre est mort à son domicile de maladie ou de vieillesse : cela fait plusieurs années qu'à l'approche de la mort, la morphine est obtenue par le patient (ou par ses proches s'il est déjà inconscient), ou proposée par le médecin et très souvent acceptée, tant à domicile qu'en institution, et ce quel que soit l'âge et la maladie en cause. Les seuls patients qui n'en reçoivent pas sont ceux qui l'ont refusée.

L'article L. 1111-11 du code de la santé publique sur les directives anticipées est modifié par l'article 15 de la **loi sur les soins palliatifs** qui insiste beaucoup sur l'incitation de tous à les rédiger (le terme apparaît 16 fois dans le texte), mais il est à noter que ce terme est absent de **la nouvelle loi sur la fin de vie** qui ne prévoit pas d'obligation pour le médecin de les consulter (Article 4) au motif que la demande doit être faite par une personne exprimant "*sa volonté de façon libre et éclairée*".

Il est curieux que dans la **loi sur la fin de vie**, les nouvelles dispositions permettant à des patients dont le pronostic vital n'est pas engagé à court terme d'accéder au suicide assisté et à l'euthanasie (L. 1111-12-1 à L. 1111-12-7)

soient insérées dans **l'actuel article L. 1111-12 du code de la santé publique** qui contraint le médecin à consulter les directives anticipées, la personne de confiance, la famille ou les proches lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté.

Qui plus est, les nouvelles dispositions sont créées dans une Section *2 bis* et non dans une Section 3. Cette anomalie est-elle une simple erreur de codification ou prépare-t-elle la possibilité ultérieure de supprimer en catimini cette obligation actuelle par une simple ordonnance, comme cela a été le cas avec **l'ordonnance n° 2020-71 du 29 janvier 2020** supprimant d'une simple signature l'intégralité de la loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées ?

Contrairement à la **Belgique**, où c'est le médecin traitant qui recueille la demande d'euthanasie, n'importe quel médecin sans lien familial avec le patient pourra le faire (Article 5), sauf par téléconsultation (Article 14).

C'est ainsi qu'une personne qui demandera l'aide à mourir pourra y accéder à l'insu de ses proches, en ayant recours à un médecin inscrit sur une liste (Article 14) qui n'a aucune obligation de consulter la famille, les proches aidants, ni la personne de confiance, avant la réalisation de l'acte ! (Article 6)

Contrairement aux **lois belges** et **suisses** qui encadrent solidement l'euthanasie humaine, la loi française qui sera **examinée à partir du 1er septembre 2025 par le Sénat** dépénalise totalement l'acte homicide, qui pourra être réalisé par *"un médecin ou un infirmier"* lorsque le patient *"n'est pas physiquement en mesure d'y procéder"* : l'Article 2 fait explicitement référence à l'article 122-4 du code pénal, qui stipule que : *"N'est pas pénalement"*

responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires.”

(En **Belgique**, le médecin qui ne suit pas précisément le protocole prévu encoure jusqu'à 15 années d'emprisonnement ; en **Suisse**, l'euthanasie active directe par un tiers est considérée comme un meurtre punissable. Seul le patient peut s'auto-administrer la substance létale).

Dans la **loi française**, les conditions pour accéder à ce “*droit à mourir*” sont élargies comme au **Canada** : la notion de “*pronostic vital engagé à court terme*” disparaît complètement : le recours à l'euthanasie et au suicide assisté devient possible dès lors que la “*qualité de vie*” est affectée. L'Article 4 est ainsi rédigé : “*être atteint d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée, caractérisée par 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, ou en phase terminale*”.

Le lecteur attentif aura noté le “*ou*” final, qui signifie que l'une ou l'autre des conditions précédemment évoquées est nécessaire et suffisante pour accéder à cette euthanasie.

Où l'acte pourra-t-il être accompli ? Le texte de loi est étonnamment flou sur ce point : “*L'administration de la substance létale peut être effectuée, à la demande de la personne, en dehors de son domicile, à l'exception des voies et espaces publics*” (Article 7). Ce qui contraste avec la clarté de l'énoncé dans **l'étude d'impact** : “*L'aide à mourir est en principe organisée au domicile de la personne ou dans un autre lieu déterminé par celle-ci*” (p. 114).

L'acte pourra également être réalisé dans les hôpitaux publics et les cliniques privées et en Ehpad (et plus largement dans tous "*les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles*" ; Article 14 de la loi sur la fin de vie), ainsi que dans des mouvoirs modernes qui seront construits dans chaque département, appelés "*maisons d'accompagnement*", spécialement créées (Article 10 de la loi sur les soins palliatifs). L'*étude d'impact* de la loi en prévoit "*une dans chaque département*" (p. 49), d'une capacité de "*12 à 15 lits*", (p. 42 et 43) et où la rotation sera très courte : "*estimation cible : inférieure à 30 jours*" (p. 43).

La condition de "*souffrance réfractaire aux traitements*" cède la place à la condition de "*souffrance physique ou psychologique constante, qui est soit réfractaire à tout traitement soit insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement*" (Article 4 de la loi sur la fin de vie, formulation inspirée de la *loi canadienne* : "*ressentir des souffrances physiques ou psychologiques insupportables qui ne peuvent pas être atténuées dans des conditions que la personne juge acceptables*").

Enfin, bien que le médecin qui réalise l'acte soit tenu de réunir et de consulter au préalable "*un collègue pluriprofessionnel*" (une consultation qui peut avoir lieu par téléphone ou visioconférence, sans obligation pour le ou les autres médecins d'examiner la personne malade...), il prend ensuite seul la décision ! (Article 6)

Quant au contrôle de la légalité des actes, il est n'est prévu qu'*a posteriori* (c'est-à-dire après les décès), et sur la base de données enregistrées dans un système d'information par les médecins ou les infirmiers les ayant

réalisés... Une unique commission nationale composée de huit personnes en sera chargée, parmi lesquelles seulement deux médecins auront accès au dossier médical des patients (Article 15).

De toutes les personnes à qui j'en ai directement parlé, la seule à avoir lu cette loi en a fait ce commentaire éclairé : *"Il va y avoir des abus."*

En France, le nombre de décès annuels a augmenté de près de 100 000 personnes en 25 ans pour atteindre 643 168 décès en 2024 contre 547 266 décès en 1999 (**chiffres INSEE**). Ce qui est certain, au vu de ce qui s'est passé au Canada avec un texte presque identique, c'est que dans notre grand pays des secteurs entiers seront impactés :

- Les médecins seront confrontés à un afflux de demandes d'aide à mourir de la part de patients âgés isolés qui seront "éligibles" du fait de leurs pathologies. Combien sont-ils actuellement, parmi les 13 millions de personnes en affection longue durée (ALD), à passer leur vie entre le lit et le fauteuil devant la télévision, qui n'ont plus goût à la vie et s'ennuient à mourir parce qu'ils n'ont pas d'autres visites que celles de l'infirmière, du kiné et des aides à domicile ? Combien, même s'ils sont entourés de leur famille, veulent ne plus vivre dans la dépendance ou ne plus être une charge pour leurs proches ?
- Les pharmaciens d'officine seront privés de clause de conscience et ne pourront pas refuser de fournir la "substance létale" sur ordonnance (Article 8).
- Les mutuelles auront l'obligation de rembourser sans franchise (Articles 18 et 19) les honoraires d'esoucades de "professionnels de santé" inscrits sur des listes pour accomplir ces actes (Article 14).

- Les banquiers et assureurs devront solder les contrats d'assurance-vie déjà en cours (Article 19). Si le défunt était sous tutelle, le tuteur, **obligatoirement informé par le médecin** avant la réalisation de l'acte, sans aucune obligation de prévenir quiconque (Article 5), recevra l'héritage...
- Les **juges des contentieux de la protection** devront statuer dans un délai de deux jours en cas de contestation (Article 12).

Enfin, alors qu'actuellement, c'est l'incitation au suicide qui est réprimée par le code pénal dans ses **articles 223-13 à 223-15**, cette loi instaurera le délit d'entrave qui punit *"de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur l'aide à mourir par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne, notamment par la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales de l'aide à mourir"* ! (Article 17). Une disposition qui n'existe dans aucun autre pays, selon le **panorama des législations établi en 2022** par le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie.

L'ex-président du conseil scientifique Covid à la manœuvre



Qui est à l'origine de cette loi ? **Jean-François Delfraissy** préside le Comité national consultatif d'éthique (CCNE), qui a émis le 13 septembre 2022 son **Avis n° 139** sur les *Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité*.

Alors que le code de la santé publique, dans son **article L. 1412-1-1**, prévoit que les

Conventions citoyennes précèdent les avis du CCCNE sur *“tout projet de réforme concernant les problèmes éthiques et les questions de société”*, cette **Convention citoyenne** n’a commencé qu’en décembre 2022, après que l’avis du CCNE soit rendu. Elle a pris fin en **avril 2023**.

Dans un **communiqué du 24 mars 2024**, le CCNE rappelle, au contraire, que la publication du 13 septembre 2022 *“a été suivie par une réaction rapide de l’Élysée, soulignant la nécessité d’un débat national approfondi sur cette question délicate”*.

Autre contravention au code de la santé publique : l’avis aurait dû être *“présenté devant l’Office parlementaire d’évaluation des choix scientifiques et techniques”* (OPECST) afin qu’il *“procède à son évaluation, en faisant ressortir les éléments scientifiques indispensables à la bonne compréhension des enjeux de la réforme envisagée”*. Mais une recherche n’a pas permis de trouver en ligne de rapport de l’OPECST sur la fin de vie.

Alain Claeys, co-auteur de la loi de 2016, est membre du CCNE et co-rédacteur de **l’Avis n° 139 du CCNE**. Dans son **audition devant le Sénat le 24 juin 2025**, il a affirmé :



“Cette loi, telle qu’elle arrive au Sénat, reprend désormais très largement l’avis du CCNE.”

Il a rapporté des faits inexacts. Il a affirmé que *“une vingtaine de départements ne disposent toujours pas d’unité de soins palliatifs”*, ce qui est contredit par **l’Atlas 2023** du Centre

national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV) dans lequel il est écrit :

“Fin 2021, l’ensemble des départements français disposait de structures hospitalières dédiées à la prise en charge palliative” et précisant que “Mayotte ne dispose pas d’USP (unité de soins palliatifs) mais possède une équipe mobile configurée pour apporter prise en charge et expertise, y compris sur le plan pédiatrique.”

Alain Claeys a également prétendu que *“la sédation profonde et continue est très peu appliquée”*, ce qui est totalement faux : en 2025, les témoignages convergents d’aides-soignants, qui sont les professionnels de santé les plus en contact avec les mourants, et de familles de personnes décédées au domicile ou en institution, confirment qu’elle est largement pratiquée, et ce depuis plusieurs années.

[Les soins palliatifs : donner de l’amour à ceux qui ne pourront pas guérir de leur maladie](#) Extrait du premier livre de la psychologue Marie de Hennezel

[Aujourd’hui, j’ai rencontré...](#)
[Si le purgatoire existe...](#)

[Le Ziconotide, un antidouleur contre les douleurs réfractaires 1 000 fois plus efficace que la morphine,](#) autorisé aux États-Unis et en Europe depuis 2004, [inutilisé en France.](#)

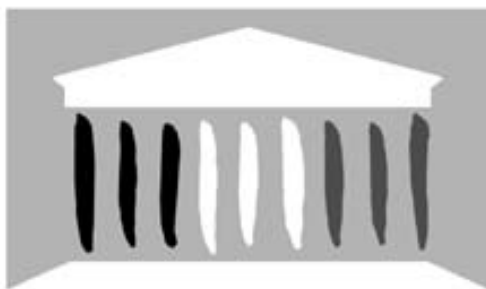
[À partir du 1er septembre 2025 : Calendrier du Sénat pour l’examen du texte](#)

juin 2025 : Membres de la commission sociale du Sénat

Code de la santé publique en vigueur depuis le 2 février 2016 issu de la loi Claeys-Leonetti

- 24 juin 2025 : Audition d'Alain CLAEYS par la Commission des affaires sociales du Sénat Qui est Alain Claeys ?
- 11 juin 2025 : Audition de Jean Leonetti par la Commission des affaires sociales du Sénat
- 27 mai 2025 : Loi Aide à mourir, texte adopté par l'Assemblée nationale
- 27 mai 2025 : Loi Soins palliatifs : texte adopté par l'Assemblée nationale
- 11 mars 2025 : Loi Aide à mourir, proposition de loi du député Olivier Falorni
- 11 mars 2025 : Loi Soins palliatifs, proposition de loi de la députée Annie Vidal
- 10 avril 2024 : Projet de loi du Premier ministre Gabriel Attal
- 10 avril 2024 : Étude d'impact soumise au Conseil des ministres
- 4 avril 2024 : Avis du Conseil d'État
- 15 mars 2024 : Communiqué du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) : "Débat sur la Fin de Vie Vers une réflexion nationale"
- 27 avril 2023 : Synthèse de la conférence nationale des espaces de réflexion éthique régionaux (sous l'égide du CESE, Conseil économique, social et environnemental)
- Avril 2023 : Rapport final de la Convention citoyenne sur la fin de vie Synthèse (sous l'égide du CESE)
- 29 mars 2023 : Rapport d'information, au titre de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, d'une mission d'information sur la loi du 2 février 2016 présidée par Olivier Falorni
- 13 septembre 2022 : Avis 139 du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) : "Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité"
- 22 avril 2022 : Renouvellement des membres du CCNE présidé par Jean-François Delfraissy, ex-conseiller du président de la République sur le Covid (ex-président du Conseil scientifique Covid)

- 31 janvier 2022 : Panorama des législations sur la fin de vie dans le monde par le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie
- [La loi en Suisse](#)
- [La loi en Belgique](#)
- [La loi au Canada](#)



N° 1100

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 11 mars 2025.

PROPOSITION DE LOI

relative à la fin de vie,

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par
M. Olivier FALORNI,
député.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Cette proposition de loi vise à poursuivre le chemin brutalement interrompu par la dissolution et qui devait aboutir au vote le 18 juin dernier, en première lecture à l'Assemblée nationale, d'une loi majeure sur l'accompagnement des malades et de la fin de vie.

Tant de travaux, tant d'échanges, tant d'auditions, tant de délibérations ne pouvaient pas être jetés ainsi aux orties.

Cette proposition de loi reprend donc le texte amendé du titre II initial, et voté par les députés de la commission spéciale le 18 mai, ainsi que tous les amendements adoptés en séance avant l'interruption définitive des débats.

Cette loi, qu'attend une très grande majorité de nos concitoyens, ne peut pas et ne doit pas être à nouveau mise de côté.

Qui n'a jamais été confronté dans sa vie à cette question particulièrement douloureuse : que veut dire « vivre » quand vivre n'est plus que souffrir, sans espoir de guérison ?

Cette question, nous ne devons pas l'occulter. Nous devons, au contraire, l'aborder avec volonté et humilité.

Légiférer sur la fin de vie exige en effet de l'humilité. L'humilité d'écouter avant de décider. L'humilité de ne pas prétendre avoir la vérité. L'humilité d'avoir des convictions mais pas de certitudes. Mais cela nécessite aussi de la volonté. La volonté de faire plus et de faire mieux pour les malades et leurs proches.

Au fil des ans et des lois, depuis 1999 jusqu'à 2016, deux droits essentiels ont été obtenus.

Le droit de ne pas souffrir, car la souffrance n'est pas inévitable et encore moins nécessaire.

Le droit de ne pas subir, c'est-à-dire le droit de dire non à l'acharnement thérapeutique.

Cela semble aujourd'hui être des évidences, cela ne l'était pas il n'y a pas si longtemps.

Notre devoir est donc de faire de ces droits une réalité, partout et pour tous.

Cela passe par le renforcement et le développement massif des soins palliatifs qui sont la réponse primordiale.

Mais, comme toute médecine humaine, et malgré le professionnalisme et le dévouement des soignants, ils sont dans certaines circonstances démunis face à certaines souffrances réfractaires ou insupportables.

C'est pour cela que ce texte propose un ultime recours, celui d'une aide à mourir pour des malades condamnés par la maladie mais qui ne veulent pas être condamnés à l'agonie.

Une réponse primordiale et un ultime recours. Deux piliers qui ne s'opposent pas mais qui se complètent et s'équilibrent.

C'est sur cette conviction que repose ce texte qui a vocation à devenir une grande et belle loi de liberté, d'égalité et de fraternité.

Une grande loi de liberté, celle de disposer de sa mort, à l'image de la liberté de disposer de son corps que nous avons sanctuarisée dans notre Constitution.

Une grande loi d'égalité, qui permettrait de ne plus avoir à s'en remettre à la clandestinité ou à l'exil pour éteindre la lumière de son existence.

Une grande loi de fraternité, pour accompagner chacune et chacun jusqu'au bout du chemin, conformément à ses choix et à sa volonté.

En somme, une grande loi républicaine pour que demain, dans ce pays, on puisse partir comme on a voulu vivre : librement et sereinement.

PROPOSITION DE LOI

CHAPITRE I^{ER}

Définition

Article 1^{er}

Après le mot : « santé », la fin de l'intitulé du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi rédigée : « , expression de leur volonté et fin de vie ».

Article 2

① Après la section 2 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, est insérée une section 2 *bis* ainsi rédigée :

② « *Section 2 bis*

③ « *Aide à mourir*

④ « *Sous-section 1*

⑤ « *Définition*

⑥ « *Art. L. 1111-12-1. – I. – L'aide à mourir consiste à autoriser et à accompagner une personne qui en a exprimé la demande à recourir à une substance létale, dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7, afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est pas en mesure physiquement d'y procéder, se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier.*

⑦ « *II. – L'aide à mourir est un acte autorisé par la loi au sens de l'article 122-4 du code pénal. »*

Article 3

Le second alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce droit comprend la possibilité d'accéder à l'aide à mourir dans les conditions prévues à la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du présent titre. »

CHAPITRE II

Conditions d'accès

Article 4

- ① La section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte de l'article 2 de la présente loi, est complétée par une sous-section 2 ainsi rédigée :
- ② « *Sous-section 2*
- ③ « *Conditions d'accès*
- ④ « *Art. L. 1111-12-2.* – Pour accéder à l'aide à mourir, une personne doit répondre à toutes les conditions suivantes :
- ⑤ « 1° Être âgée d'au moins dix-huit ans ;
- ⑥ « 2° Être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France ;
- ⑦ « 3° Être atteinte d'une affection grave et incurable, qui engage le pronostic vital, en phase avancée ou terminale ;
- ⑧ « 4° Présenter une souffrance physique ou psychologique liée à cette affection, qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable selon la personne lorsqu'elle a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement ;
- ⑨ « 5° Être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. »

CHAPITRE III

Procédure

Article 5

- ① La section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte de l'article 2 de la présente loi, est complétée par une sous-section 3 ainsi rédigée :

- ② « *Sous-section 3*
- ③ « *Procédure*
- ④ « *Art. L. 1111-12-3. – I. – La personne qui souhaite accéder à l'aide à mourir en fait la demande expresse à un médecin en activité qui n'est ni son parent, ni son allié, ni son conjoint, ni son concubin, ni le partenaire auquel elle est liée par un pacte civil de solidarité, ni son ayant droit.*
- ⑤ « *La personne ne peut pas présenter de demande lors d'une téléconsultation.*
- ⑥ « *Une même personne ne peut présenter simultanément plusieurs demandes.*
- ⑦ « *Le médecin demande à la personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne. Il a accès au registre mentionné à l'article 427-1 du code civil, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie.*
- ⑧ « *II. – Le médecin mentionné au I du présent article :*
- ⑨ « *1° Informe la personne sur son état de santé, sur les perspectives de son évolution ainsi que sur les traitements et les dispositifs d'accompagnement disponibles et, si elle est en situation de handicap, sur tous les dispositifs et les droits visant à garantir la prise en charge de ses besoins médicaux, matériels, psychologiques et sociaux. Pour les besoins matériels et sociaux, il l'oriente vers la maison départementale des personnes handicapées ;*
- ⑩ « *2° Propose à la personne de bénéficier des soins d'accompagnement, y compris des soins palliatifs définis au 2° de l'article L. 1110-10 du présent code et s'assure, le cas échéant, qu'elle puisse y accéder ;*
- ⑪ « *3° Propose à la personne de l'orienter vers un psychologue clinicien ou un psychiatre ;*
- ⑫ « *4° Indique à la personne qu'elle peut renoncer, à tout moment, à sa demande ;*
- ⑬ « *5° Explique à la personne les conditions d'accès à l'aide à mourir et sa mise en œuvre. »*

Article 6

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte de l'article 5 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-4 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1111-12-4. – I. – Le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 vérifie que la personne remplit les conditions prévues à l'article L. 1111-12-2.
- ③ « La personne dont une maladie altère gravement le discernement lors de la démarche de demande d'aide à mourir ne peut pas être regardée comme manifestant une volonté libre et éclairée.
- ④ « II. – Pour procéder à l'appréciation des conditions mentionnées aux 3° à 5° de l'article L. 1111-12-2, dans le cadre d'une procédure collégiale pluri-professionnelle, le médecin :
- ⑤ « 1° Recueille l'avis :
- ⑥ « a) D'un médecin qui remplit les conditions prévues au premier alinéa du I de l'article L. 1111-12-3 et qui n'intervient pas auprès de la personne, spécialiste de la pathologie de celle-ci, sans qu'il existe de lien de nature hiérarchique entre les deux médecins. Ce médecin a accès au dossier médical de la personne et il examine celle-ci, sauf s'il ne l'estime pas nécessaire, avant de rendre son avis ;
- ⑦ « b) D'un auxiliaire médical ou d'un aide-soignant qui intervient auprès de la personne ou, à défaut, d'un autre auxiliaire médical ;
- ⑧ « 2° Peut également recueillir l'avis d'autres professionnels, notamment de psychologues ou d'infirmiers qui interviennent auprès de la personne, et, si celle-ci est hébergée dans un établissement mentionné à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, du médecin qui assure son suivi ou d'un professionnel de l'établissement ou du service social ou médico-social qui l'accompagne ;
- ⑨ « 3° Lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne, informe la personne chargée de la mesure de protection et tient compte des observations qu'elle formule le cas échéant.
- ⑩ « La concertation peut être réalisée à distance.

- ⑪ « III. – Le médecin se prononce dans un délai de quinze jours à compter de la demande et notifie, oralement et par écrit, sa décision motivée à la personne. Il en informe, le cas échéant, la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne.
- ⑫ « IV. – Après un délai de réflexion qui ne peut être inférieur à deux jours à compter de la notification de la décision mentionnée au III du présent article, la personne confirme au médecin qu'elle demande l'administration de la substance létale. Toutefois, ce délai peut être abrégé à la demande de la personne si le médecin estime que cela est de nature à préserver la dignité de cette dernière telle qu'elle la conçoit.
- ⑬ « En l'absence de confirmation de la demande dans un délai de trois mois à compter de la notification, le médecin évalue à nouveau le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté en mettant en œuvre, si besoin, la procédure définie au II.
- ⑭ « La procédure prévue au présent article ne peut être réalisée par des sociétés de téléconsultation.
- ⑮ « V. – Lorsque la personne a confirmé sa volonté, le médecin l'informe des modalités d'administration et d'action de la substance létale.
- ⑯ « Il détermine, en accord avec la personne, le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner pour l'administration de la substance létale.
- ⑰ « VI. – Le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 prescrit la substance létale conformément aux recommandations prévues au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.
- ⑱ « Il adresse cette prescription à l'une des pharmacies à usage intérieur désignées par l'arrêté du ministre chargé de la santé mentionné au second alinéa du 1° de l'article L. 5121-1 du présent code. »

Article 7

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 et 6 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-5 ainsi rédigé :

- ② « Art. L. 1111-12-5. – I. – Avec le médecin ou l’infirmier chargé de l’accompagner en application du second alinéa du V de l’article L. 1111-12-4, la personne convient de la date à laquelle elle souhaite procéder à l’administration de la substance létale.
- ③ « Si la date retenue est postérieure de plus d’un an à la notification de la décision mentionnée au III du même article L. 1111-12-4, le médecin mentionné à l’article L. 1111-12-3 évalue à nouveau, à l’approche de cette date, le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté de la personne selon les modalités prévues au deuxième alinéa du IV de l’article L. 1111-12-4.
- ④ « II. – Dans des conditions convenues avec le médecin ou l’infirmier chargé de l’accompagner, l’administration de la substance létale peut être effectuée, à la demande de la personne, en dehors de son domicile.
- ⑤ « La personne peut être accompagnée par les personnes de son choix pendant l’administration de la substance létale. »

Article 8

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu’elle résulte des articles 5 à 7 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-6 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1111-12-6. – Lorsque la date de l’administration de la substance létale est fixée, la pharmacie hospitalière à usage intérieur mentionnée au second alinéa du VI de l’article L. 1111-12-4 réalise la préparation magistrale létale et la transmet à la pharmacie d’officine désignée par le médecin ou l’infirmier chargé d’accompagner la personne en accord avec celle-ci. La pharmacie d’officine délivre la préparation magistrale létale au médecin ou à l’infirmier.
- ③ « Lorsque la personne est admise ou hébergée dans un établissement qui est doté d’une pharmacie à usage intérieur, cette dernière remplit les missions de la pharmacie d’officine prévues au premier alinéa du présent article. »

Article 9

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 à 8 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-7 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1111-12-7. – I. – Le jour de l'administration de la substance létale, le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne :
- ③ « 1° Vérifie que la personne confirme qu'elle veut procéder à l'administration ;
- ④ « 2° Prépare, le cas échéant, l'administration de la substance létale ;
- ⑤ « 3° Assure la surveillance de l'administration de la substance létale.
- ⑥ « II. – Si la personne qui a confirmé sa volonté demande un report de l'administration de la substance létale, le professionnel de santé suspend la procédure et convient d'une nouvelle date dans les conditions prévues à l'article L. 1111-12-5.
- ⑦ « III. – Lorsqu'il n'administre pas la substance létale, la présence du professionnel de santé aux côtés de la personne n'est pas obligatoire. Il doit toutefois se trouver à une proximité suffisante pour pouvoir intervenir en cas de difficulté, conformément aux recommandations prévues au 23° de l'article L. 161-37 du même code.
- ⑧ « IV. – Le certificat attestant le décès est établi dans les conditions prévues à l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales.
- ⑨ « V. – Le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne rapporte à la pharmacie d'officine mentionnée à l'article L. 1111-12-6 du présent code la préparation magistrale létale lorsque cette dernière n'a pas été utilisée ou ne l'a été que partiellement.
- ⑩ « Les produits ainsi collectés par l'officine sont détruits dans des conditions sécurisées conformément à l'article L. 4211-2 du même code.
- ⑪ « Le professionnel de santé mentionné au premier alinéa du I du présent article dresse un compte rendu de la mise en œuvre des actes prévus aux I à III. »

Article 10

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 à 9 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-8 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1111-12-8. – I. – Il est mis fin à la procédure :*
- ③ « 1° Si la personne informe le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 ou le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner qu'elle renonce à l'aide à mourir ;
- ④ « 2° Si le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 prend connaissance, postérieurement à sa décision sur la demande d'aide à mourir, d'éléments d'information le conduisant à considérer que les conditions mentionnées à l'article L. 1111-12-2 n'étaient pas remplies ou cessent de l'être. Le médecin notifie alors sa décision motivée par écrit à la personne et, si celle-ci fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne, il en informe par écrit la personne chargée de la mesure de protection ;
- ⑤ « 3° Si la personne refuse l'administration de la substance létale.
- ⑥ « II. – Toute nouvelle demande doit être présentée selon les modalités prévues à l'article L. 1111-12-3. »

Article 11

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 à 10 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-9 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1111-12-9. – Chacun des actes mentionnés au présent chapitre est enregistré, par les professionnels concernés, dans un système d'information. »*

Article 12

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle

résulte des articles 5 à 11 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-10 ainsi rédigé :

- ② « *Art. L. 1111-12-10.* – La décision du médecin se prononçant sur la demande d'aide à mourir ne peut être contestée que par la personne ayant formé cette demande, devant la juridiction administrative, selon les dispositions de droit commun. »

Article 13

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 à 12 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-11 ainsi rédigé :

- ② « *Art. L. 1111-12-11.* – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent chapitre, notamment :

- ③ « 1^o Les modalités d'information de la personne qui demande l'aide à mourir ;

- ④ « 2^o La forme et le contenu de la demande mentionnée à l'article L. 1111-12-3 et de sa confirmation mentionnée au IV de l'article L. 1111-12-4 ;

- ⑤ « 3^o La procédure de vérification des conditions prévues à l'article L. 1111-12-2 et de recueil des avis mentionnés au II de l'article L. 1111-12-4. »

CHAPITRE IV

Clause de conscience

Article 14

- ① La section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte de l'article 2 de la présente loi, est complétée par une sous-section 4 ainsi rédigée :

« *Sous-section 4*

②

③

« *Clause de conscience*

④

« *Art. L. 1111-12-12. – I. – Les professionnels de santé mentionnés à l'article L. 1111-12-3 ainsi qu'aux I à V et au premier alinéa du VI de l'article L. 1111-12-4 ne sont pas tenus de concourir à la mise en œuvre des dispositions prévues aux sous-sections 2 et 3 de la présente section.*

⑤

« Le professionnel de santé qui ne souhaite pas participer à la mise en œuvre de ces dispositions doit informer sans délai la personne de son refus et lui communiquer le nom de professionnels de santé disposés à participer à cette mise en œuvre.

⑥

« II. – Lorsqu'une personne est admise dans un établissement de santé ou hébergée dans un établissement ou service mentionné à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, le responsable de l'établissement ou du service est tenu d'y permettre :

⑦

« 1° L'intervention des professionnels de santé mentionnés aux articles L. 1111-12-3 et L. 1111-12-4 du présent code ;

⑧

« 2° L'accès des personnes mentionnées au II de l'article L. 1111-12-5.

⑨

« III. – Les professionnels de santé qui sont disposés à participer à la mise en œuvre de la procédure prévue à la sous-section 3 de la présente section se déclarent auprès de la commission mentionnée à l'article L. 1111-12-13. »

CHAPITRE V

Contrôle et évaluation

Article 15

①

La section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte de l'article 2 de la présente loi, est complétée par une sous-section 5 ainsi rédigée :

« *Sous-section 5*

« *Contrôle et évaluation*

②

③

④

« *Art. L. 1111-12-13. – I. – Une commission de contrôle et d'évaluation, placée auprès du ministre chargé de la santé, assure :*

⑤

« 1° Le contrôle *a posteriori*, à partir notamment des données enregistrées dans le système d'information mentionné à l'article L. 1111-12-9, du respect, pour chaque procédure d'aide à mourir, des conditions prévues aux sous-sections 2 et 3 de la présente section ;

⑥

« 2° Le suivi et l'évaluation de l'application de la présente section, notamment en exploitant des données agrégées et anonymisées, afin d'en informer annuellement le Gouvernement et le Parlement et de leur proposer des recommandations ;

⑦

« 3° L'enregistrement des déclarations des professionnels de santé mentionnées au III de l'article L. 1111-12-12 dans un registre accessible aux seuls médecins, dans des conditions définies par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

⑧

« Lorsque, à l'issue du contrôle mentionné au 1° du présent I, la commission estime que des faits commis à l'occasion de la mise en œuvre, par des professionnels de santé, des dispositions des sous-sections 2 et 3 de la présente section sont susceptibles de constituer un manquement aux règles déontologiques ou professionnelles, elle peut saisir la chambre disciplinaire de l'ordre compétent.

⑨

« II. – La commission est responsable du système d'information mentionné à l'article L. 1111-12-9.

⑩

« Nonobstant l'article L. 1110-4, les données enregistrées dans ce système d'information sont traitées et partagées dans des conditions définies par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, aux seules fins d'assurer le suivi, le contrôle et l'évaluation des dispositions prévues à la présente section.

⑪

« III. – Nonobstant l'article L. 1110-4, les médecins membres de la commission peuvent accéder, dans la mesure strictement nécessaire à leur mission, au dossier médical de la personne ayant procédé ou fait procéder à l'administration de la substance létale.

- ⑫ « IV. – La composition de la commission et les règles de fonctionnement propres à garantir son indépendance et son impartialité ainsi que les modalités d'examen, pour chaque personne ayant demandé l'aide à mourir, du respect des conditions prévues aux sous-sections 2 et 3 de la présente section sont déterminées par décret en Conseil d'État. La commission est composée d'au moins deux médecins. »

Article 16

- ① I. – Après le 22° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 23° ainsi rédigé :
- ② « 23° Définir les substances létales susceptibles d'être utilisées pour l'aide à mourir définie à l'article L. 1111-12-1 du code de la santé publique et élaborer des recommandations de bonne pratique portant sur ces substances et sur les conditions de leur utilisation, en tenant compte notamment des comptes rendus mentionnés au V de l'article L. 1111-12-7 du même code. »
- ③ II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ④ 1° Le 1° de l'article L. 5121-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Est qualifiée de létale une préparation magistrale utilisée pour l'aide à mourir définie à l'article L. 1111-12-1 du présent code, qui est préparée, dans le respect des recommandations mentionnées au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, par l'une des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire désignées par arrêté du ministre chargé de la santé et délivrée dans les conditions mentionnées à l'article L. 5132-8 du présent code ; »
- ⑥ 2° Après la référence : « L. 5121-9-1 », la fin du premier alinéa de l'article L. 5121-14-3 est ainsi rédigée : « , de son autorisation mentionnée à l'article L. 5121-15 ou des recommandations mentionnées au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑦ 3° L'article L. 5126-6 est complété par un 7° ainsi rédigé :
- ⑧ « 7° Les pharmacies à usage intérieur mentionnées au second alinéa du 1° de l'article L. 5121-1 peuvent transmettre les préparations magistrales létales définies au même second alinéa aux pharmacies

d'officine ou aux pharmacies à usage intérieur chargées de leur délivrance, mentionnées à l'article L. 1111-12-6. » ;

- ⑨ 4° Le premier alinéa du II de l'article L. 5311-1 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par exception, sur demande du ministre chargé de la santé, elle peut également procéder à l'évaluation des produits de santé destinés à être utilisés pour l'aide à mourir définie à l'article L. 1111-12-1 du présent code. »

CHAPITRE VI

Dispositions pénales

Article 17

- ① La section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte de l'article 2 de la présente loi, est complétée par une sous-section 6 ainsi rédigée :
- ② « *Sous-section 6*
- ③ « *Dispositions pénales*
- ④ « *Art. L. 1111-12-14. – I. – Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur l'aide à mourir par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne, notamment par la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales de l'aide à mourir :*
- ⑤ « 1° Soit en perturbant l'accès aux établissements habilités à pratiquer l'aide à mourir ou à tout lieu où elle peut régulièrement être pratiquée, la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces lieux ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ou en perturbant le lieu, quel qu'il soit, choisi par une personne pour l'administration de la substance létale ;
- ⑥ « 2° Soit en exerçant des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnes cherchant à s'informer sur l'aide à mourir, des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans les établissements habilités, des patients souhaitant recourir à l'aide à mourir ou de l'entourage de ces derniers.

- ⑦ « II. – Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits dont l'objet statutaire comporte la défense des droits des personnes à accéder à l'aide à mourir peut exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne les infractions prévues au I lorsque les faits ont été commis en vue d'empêcher ou de tenter d'empêcher l'aide à mourir ou les actes préalables prévus au présent chapitre. »

CHAPITRE VII

Dispositions diverses

Article 18

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le 3° de l'article L. 160-8 est ainsi rétabli :
- ③ « 3° La couverture des frais afférents à la mise en œuvre de la loi n° du relative à la fin de vie ; »
- ④ 2° Après le 31° de l'article L. 160-14, il est inséré un 32° ainsi rédigé :
- ⑤ « 32° Pour les frais afférents à la mise en œuvre de la loi n° du relative à la fin de vie. » ;
- ⑥ 3° L'article L. 160-15 est ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 160-15.* – La participation de l'assuré ainsi que la franchise mentionnées respectivement aux II et III de l'article L. 160-13 ne sont pas exigées pour :
- ⑧ « 1° Les mineurs et les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 ;
- ⑨ « 2° Les frais prévus au 3° de l'article L. 160-8. »
- ⑩ II. – Un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe :
- ⑪ 1° Les prix de cession des préparations magistrales létales mentionnées au second alinéa du 1° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique couvrant les frais de leur réalisation, de leur acheminement et de leur délivrance ;

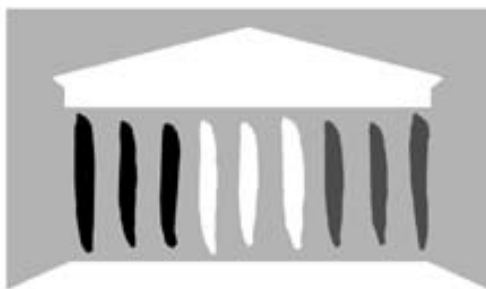
- ⑫ 2° Les tarifs des honoraires ou des rémunérations forfaitaires des professionnels de santé pour les missions réalisées dans le cadre de la mise en œuvre du présent titre. Ces honoraires ne peuvent donner lieu à dépassement.

Article 19

- ① I. – L'article L. 132-7 du code des assurances est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « L'assurance en cas de décès doit couvrir le décès en cas de mise en œuvre de l'aide à mourir prévue à l'article L. 1111-12-1 du code de la santé publique. »
- ③ II. – L'article L. 223-9 du code de la mutualité est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « L'assurance en cas de décès doit couvrir le risque de décès en cas de mise en œuvre de l'aide à mourir prévue à l'article L. 1111-12-1 du code de la santé publique. »
- ⑤ III. – Le présent article s'applique aux contrats en cours à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Article 20

- ① I. – La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée, à due concurrence, par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.
- ② II. – La charge pour l'État est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.



N° 1102

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 11 mars 2025.

PROPOSITION DE LOI

relative aux soins palliatifs et d'accompagnement,

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par
Mme Annie VIDAL,
députée.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Cette proposition de loi reprend intégralement et scrupuleusement les dispositions du titre 1^{er} relatif aux soins palliatifs et d'accompagnement ainsi qu'aux droits des personnes malades du projet de loi n° 2642, telles que votées par la commission spéciale à l'Assemblée nationale le 18 mai 2024. Elle contient également tous les amendements adoptés en séance sur ce titre avant l'interruption des débats en raison de la dissolution de l'Assemblée nationale.

Depuis les années 1990, le législateur est intervenu à plusieurs reprises pour affirmer la prise en considération du choix du patient en fin de vie et consacrer le principe du respect de sa dignité. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière dite « Évin » est ainsi la première à opérer un changement significatif en inscrivant les soins palliatifs parmi les missions du service public hospitalier et en les distinguant des soins curatifs. L'accès aux soins palliatifs sera ensuite reconnu comme un droit garanti par la loi avec la loi du 9 juin 1999. En 2002, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « Kouchner », précise clairement le droit au refus de traitement mais reste silencieuse sur la question de la fin de vie proprement dite.

La première loi spécifique à la fin de vie est la loi « Leonetti » en date du 22 avril 2005 qui pose l'interdiction de l'obstination déraisonnable. Elle permet en effet à tout patient de refuser un traitement dès lors qu'il considère qu'il constitue une obstination déraisonnable et a le droit, dans ce cadre, de bénéficier d'un accompagnement palliatif. Elle permet également aux équipes soignantes de mettre fin à un traitement chez un patient qui n'est plus en état d'exprimer sa volonté, lorsqu'elles estiment que sa poursuite n'a plus de sens sur le plan médical et à condition d'en avoir discuté préalablement dans le cadre d'une procédure collégiale. Elle reconnaît enfin la rédaction de directives anticipées mais les encadre strictement puisque ces dernières ne sont valables que trois ans et ont seulement une valeur d'information pour le médecin qui n'est donc pas obligé de les suivre.

Le 2 février 2016, la loi dite « Claeys-Leonetti » crée de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Les directives anticipées sont renforcées puisqu'elles ont désormais une valeur contraignante pour le médecin, sauf cas exceptionnel, et ne sont plus

soumises à une durée de validité. La loi ouvre également la possibilité pour le patient de demander une sédation profonde et continue jusqu'au décès, dont l'accès est strictement encadré puisqu'il est autorisé après une discussion en procédure collégiale afin de s'assurer que le patient souffre de façon insupportable et que son décès est inévitable et imminent.

Si l'ensemble de ces évolutions ont d'ores et déjà considérablement modifié l'approche de la fin de la vie, les rapports, les études et les débats menés ces toutes dernières années montrent toutefois qu'il est nécessaire de renforcer l'accès aux soins palliatifs. Comme l'indique le rapport « Vers un modèle français des soins d'accompagnement » rendu par le professeur Patrick Chauvin le 11 décembre 2023, la prise en charge des soins d'accompagnement en France est considérée par l'ensemble des acteurs, professionnels et patients, comme encore peu satisfaisante. Ce constat est confirmé par la Cour des comptes, dans son rapport « Une offre de soins à renforcer » de juillet 2023, qui relève que seulement 48 % des besoins en soins palliatifs sont pourvus, bien que la dépense publique de soins palliatifs (1,45 milliard d'euros en 2021) ait augmenté de 24,6 % depuis 2017.

L'avis 139 du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) publié le 13 septembre 2022, les conclusions de la mission d'évaluation de la commission des affaires sociales portant sur la loi Claeys-Leonetti du 29 mars 2023, les recommandations de convention citoyenne pour la fin de vie rendues le 2 avril 2023 ou encore l'avis de l'Académie nationale de médecine « Favoriser une fin de vie digne et apaisée : Répondre à la souffrance inhumaine et protéger les personnes les plus vulnérables » du 27 juin 2023 soulignent tous la nécessité de développer les soins palliatifs en rendant leur accessibilité effective.

Pour répondre aux besoins de nos concitoyens en matière de soins palliatifs, des instructions ont été données, en 2023, aux agences régionales de santé pour structurer des filières territoriales. Les propositions formulées en novembre dernier dans le cadre des travaux conduits par l'instance de réflexion stratégique chargée de la préfiguration de la stratégie nationale des soins palliatifs, de la prise en charge de la douleur et de la fin de vie ont servi de base à l'élaboration de la stratégie décennale des soins d'accompagnement. L'ambition de cette stratégie est de déterminer et de mettre en œuvre, pour les dix années à venir, un modèle rénové et renforcé de prise en charge de la douleur chronique ou aiguë et de l'accompagnement de la fin de vie, fondé sur une logique d'anticipation et de pluridisciplinarité. La gouvernance, le pilotage et le suivi de cette

stratégie seront confiés à une instance créée pour une durée analogue à celle-ci.

En parallèle, le Président de la République a annoncé, en décembre 2022, le lancement d'un plan décennal sur les soins palliatifs. Ce plan, présenté en 2024, vise à abonder les crédits alloués aux soins palliatifs de 1,1 milliard d'euros sur 10 ans. Il vise notamment, comme l'a déclaré le Premier ministre Gabriel Attal lors de sa déclaration de politique générale le 30 janvier 2024, à doter chaque département d'une unité de soins palliatifs.

Cette proposition vise notamment à mettre en œuvre ces engagements, afin de renforcer l'accès aux soins palliatifs et d'accompagnement sur tout le territoire.

La proposition de loi prévoit, dans son **article 1^{er}**, de remplacer, au sein du code de la santé publique et particulièrement à l'article L. 1110-10 du code de la santé publique, la notion de soins palliatifs, par celle, plus englobante, de soins palliatifs et d'accompagnement, qui ont pour objectif d'offrir une prise en charge globale de la personne malade afin de préserver sa dignité, sa qualité de vie et son bien-être.

L'**article 2** vise à concrétiser la mesure n° 3 du rapport du professeur Chauvin, qui a préfiguré la stratégie décennale présentée par le Gouvernement, et qui préconise la structuration d'organisations territoriales permettant de mettre en œuvre les soins palliatifs et d'accompagnement sur l'ensemble du territoire, dans une logique de gradation en fonction de la situation de la personne malade.

L'**article 3** intègre la notion nouvelle de soins palliatifs et d'accompagnement au sein de la loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, et particulièrement au sein de l'article créant un droit de visite. Il est en effet proposé d'étendre ce droit de visite inconditionnel aux patients recevant des soins palliatifs et d'accompagnement dans les établissements de santé ou médico-sociaux compétents.

L'**article 4** concourt à rendre effectif le droit aux soins palliatifs et d'accompagnement. Il donne un cadre législatif à la stratégie décennale des soins d'accompagnement présentée par le Gouvernement. Il dispose que les agences régionales de santé sont garantes de l'effectivité de ce droit et crée une voie de recours devant la juridiction administrative.

L'**article 5** intègre au sein du code de la santé publique la notion de « politique de soins palliatifs de la République » qui serait fondée sur la volonté de garantir à chacun, selon ses besoins et sur tout le territoire, l'accès aux soins palliatifs.

L'**article 6** prévoit l'adoption par le Parlement d'une loi de programmation des soins palliatifs et d'accompagnement avant le 31 décembre 2025 puis tous les cinq ans.

L'**article 7** détaille dans la loi les crédits attribués aux mesures nouvelles résultant de la mise en place de la stratégie décennale des soins d'accompagnement annoncée par le Gouvernement, dont il définit le périmètre budgétaire.

L'**article 8** comprend plusieurs dispositions renforçant la formation initiale et la formation continue en matière de soins palliatifs et d'accompagnement et à la fin de vie.

L'**article 9** prévoit sous forme d'un rapport remis annuellement par le Gouvernement au Parlement une évaluation fine du déploiement des soins d'accompagnement, dont les soins palliatifs.

L'**article 10** crée une nouvelle catégorie d'établissement social ou médico-social (ESMS) dénommée « maison d'accompagnement et de soins palliatifs ». Cette structure, intermédiaire entre le domicile et l'hôpital, accueillera et accompagnera les personnes en fin de vie ainsi que leur entourage au sein de petites unités de vie qui proposeront une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

L'**article 11** vise à s'assurer que tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) consacrent un volet relatif aux soins palliatifs et d'accompagnement dans leur projet d'établissement.

L'**article 12** prévoit la remise d'un rapport sur le coût et les modalités d'une réforme du congé de solidarité familiale afin d'en accroître le taux de recours et de garantir une revalorisation de l'indemnisation associée.

L'**article 13** vise, par le conventionnement avec les associations, à permettre un plus large déploiement de l'accompagnement bénévole au chevet des personnes en fin de vie à domicile.

L'**article 14** met en place un dispositif de soutien à la personne, dans le cadre de l'annonce du diagnostic d'une affection grave. Ce dispositif de soutien s'articulera autour de temps d'échanges en vue de la formalisation d'un plan personnalisé d'accompagnement, dont les contours dépendent des besoins et des préférences du patient.

L'**article 15** comporte plusieurs mesures d'amélioration des modalités d'utilisation et d'accès aux directives anticipées, afin de faciliter et de systématiser leur utilisation, à la fois par les patients et par les professionnels de santé. Il prévoit l'articulation entre ces directives anticipées, le plan personnalisé d'accompagnement créé à l'article 14, le dossier médical partagé et l'espace numérique de santé.

L'**article 16** vise à préciser que l'équipe pluridisciplinaire est obligatoirement incluse dans la procédure collégiale pour enclencher une sédation et à élargir sa composition avec l'ajout du médecin traitant notamment. Il offre par ailleurs aux proches qui désapprouvent la décision motivée de la procédure collégiale, si la personne n'est pas en état d'exprimer sa volonté, la possibilité d'enclencher une procédure de médiation.

L'**article 17** vise à prévoir que lorsque la personne majeure est dans l'impossibilité partielle ou totale de s'exprimer, la mise en place d'une communication alternative et améliorée permet de rechercher prioritairement l'expression de son consentement éclairé pour toutes les décisions qui la concernent.

L'**article 18** prévoit la mise en place par le ministère chargé de la santé et des solidarités d'une campagne d'information et de sensibilisation relative au deuil et à l'accompagnement des personnes endeuillées.

L'**article 19** propose d'améliorer la traçabilité de la sédation profonde et continue jusqu'au décès afin de pouvoir disposer de données consolidées sur cette pratique.

L'**article 20** vise à inclure obligatoirement l'équipe pluridisciplinaire dans la procédure collégiale pour enclencher une sédation.

L'**article 21** constitue un gage financier pour l'État et la sécurité sociale.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin du dernier alinéa de l'article L. 1110-5-1, les mots : « les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10 » sont remplacés par les mots : « des soins palliatifs » ;
- ③ 2° Au premier alinéa de l'article L. 1110-8, après le mot : « palliatifs », sont insérés les mots : « et d'accompagnement » ;
- ④ 3° L'article L. 1110-10 est ainsi rédigé :
- ⑤ « *Art. L. 1110-10.* – Les soins palliatifs et d'accompagnement garantissent le droit fondamental à la protection de la santé mentionné à l'article L. 1110-1. Ils ont pour objet, à l'initiative et sous la conduite des médecins et des professionnels de l'équipe de soins, de garantir une prise en charge globale et de proximité de la personne malade afin de préserver sa dignité, sa qualité de vie et son bien-être. Ils sont accessibles sur l'ensemble du territoire national et leur répartition garantit un accès équitable aux personnes malades.
- ⑥ « Ils sont adaptés à l'âge des personnes et aux besoins particuliers des personnes en situation de handicap.
- ⑦ « Dans le respect de la volonté de la personne, ils anticipent, évaluent et procurent, dès l'annonce de la maladie puis de façon renouvelée en fonction de l'évolution de la situation de la personne :
- ⑧ « 1° Des soins palliatifs, délivrés de façon active et continue. Ils visent à soulager les douleurs physiques, à apaiser les souffrances psychiques ou psychologiques et à préserver la dignité de la personne malade ainsi qu'à soutenir son entourage en leur procurant le soutien psychologique et social nécessaire, tout au long de son parcours de soins et, le cas échéant, après le décès de celle-ci ;
- ⑨ « 2° Des soins de support et de confort destinés à répondre aux besoins physiques de la personne, dont le traitement de la douleur, ainsi qu'à ses besoins psychologiques, sociaux et spirituels.

- ⑩ « Les soins palliatifs et d'accompagnement sont pratiqués par une équipe pluridisciplinaire. Ils sont garantis quel que soit le lieu de résidence ou de soins de la personne malade, y compris dans les lieux de privation de liberté, selon des modalités adaptées. Ils comportent une information et un accompagnement pour la rédaction des directives anticipées définies à l'article L. 1111-11 et la désignation de la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6. Les bénévoles mentionnés à l'article L. 1110-11 peuvent intervenir en appui de l'équipe pluridisciplinaire.
- ⑪ « Les structures spécialisées dans la douleur chronique labellisées par les agences régionales de santé sont associées à l'accompagnement des malades dans le cadre des 1° et 2° du présent article.
- ⑫ « Un annuaire des structures de soutien reconnues d'intérêt général est fourni au malade et à sa famille dès le début de la prise en charge.
- ⑬ « Dans les établissements publics de santé, un référent chargé de coordonner l'accès aux soins palliatifs et d'accompagnement est nommé dans chaque service mentionné à l'article L. 6146-1. Ce référent exerce ces fonctions à titre bénévole. » ;
- ⑭ 4° La troisième phrase du premier alinéa du I de l'article L. 1111-2 est remplacée par deux phrases ainsi rédigées : « Elle se voit remettre un livret d'information, accessible aux personnes en situation de handicap visuel ou auditif et disponible sous une forme facile à lire et à comprendre, sur les droits en matière de soins d'accompagnement ; elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile, notamment les soins palliatifs et d'accompagnement mentionnés à l'article L. 1110-10, ainsi que de celle d'enregistrer ses directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 dans l'espace numérique de santé ou, le cas échéant, de les actualiser si nécessaire. Elle peut également bénéficier d'un accompagnement par un professionnel de santé pour sa démarche. » ;
- ⑮ 5° À la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 1111-4, après le mot : « palliatifs », sont insérés les mots : « et d'accompagnement ».
- ⑯ II. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ⑰ 1° À la fin du 5° de l'article L. 311-1, les mots : « et d'accompagnement, y compris à titre palliatif » sont remplacés par les mots : « palliatifs et d'accompagnement mentionnés à l'article L. 1110-10 du code de la santé publique » ;

- ⑱ 2° L'avant-dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 311-8 est ainsi modifiée :
- ⑲ a) Après le mot : « palliatifs », sont insérés les mots : « et d'accompagnement mentionnés à l'article L. 1110-10 du code de la santé publique » ;
- ⑳ b) Sont ajoutés les mots : « du présent code ».

Article 2

- ① Après l'article L. 1110-10 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-10-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1110-10-2.* – Les soins définis à l'article L. 1110-10 sont présents sur l'ensemble du territoire, au sein d'organisations territoriales dédiées, dans une logique de gradation en fonction de la situation de la personne malade.
- ③ « Sur chaque territoire identifié par l'agence régionale de santé, ils garantissent un parcours de soins à proximité du lieu de vie de la personne, par le concours de gestionnaires de parcours identifiés dans chaque organisation.
- ④ « Les organisations territoriales ont pour objectif de coordonner l'intervention des membres, notamment :
- ⑤ « 1° Les structures sanitaires de prise en charge, en établissement et à domicile, chargées des soins palliatifs ;
- ⑥ « 2° Les professionnels de santé libéraux ;
- ⑦ « 3° Les maisons d'accompagnement ;
- ⑧ « 4° Les établissements sociaux et médico-sociaux ;
- ⑨ « 5° Les collectivités territoriales ;
- ⑩ « 6° Les associations de bénévoles, les associations d'aidants et les associations d'usagers du système de santé ;
- ⑪ « 7° L'assurance maladie.
- ⑫ « Un décret détermine le fonctionnement et la gouvernance des organisations territoriales. »

Article 3

À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1112-4 du code de la santé publique, après le mot : « palliatifs », sont insérés les mots : « et d'accompagnement ».

Article 4

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 1110-9 est ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 1110-9.* – Le droit de bénéficier de soins palliatifs et d'accompagnement, au sens de l'article L. 1110-10, est garanti à toute personne dont l'état de santé le requiert. Les agences régionales de santé sont chargées de garantir l'effectivité de ce droit. Ce droit s'exerce par un recours amiable puis, le cas échéant, par un recours contentieux dans les conditions et selon les modalités prévues à l'article L. 1110-9-1 et par un décret en Conseil d'État.
- ④ « Une stratégie décennale des soins palliatifs et d'accompagnement, définie et rendue publique par le Gouvernement, détermine, dans le respect des orientations de la stratégie nationale de santé mentionnée à l'article L. 1411-1-1, les objectifs de développement des soins palliatifs et d'accompagnement, les actions prioritaires à mettre en œuvre et les moyens afférents pour garantir l'égal accès de tous aux soins d'accompagnement, dont les soins palliatifs traités de manière distincte. À la moitié du parcours, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant la mise en œuvre de la stratégie décennale des soins palliatifs et d'accompagnement. » ;
- ⑤ 2° Après le même article L. 1110-9, il est inséré un article L. 1110-9-1 ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 1110-9-1.* – La personne dont l'état de santé le requiert, qui a demandé à bénéficier de soins palliatifs et d'accompagnement et qui n'a pas reçu, dans un délai déterminé par décret, une offre de prise en charge palliative, peut introduire un recours devant la juridiction administrative afin que soit ordonnée sa prise en charge. » ;
- ⑦ 3° À la première phrase du cinquième alinéa de l'article L. 1434-2, après la première occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « et

d'accès effectif aux soins palliatifs et d'accompagnement définis à l'article L. 1110-10 ».

Article 5

- ① Après l'article L. 1110-10 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-10-3 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1110-10-3.* – La politique de soins palliatifs de la République est fondée sur la volonté de garantir à chacun, selon ses besoins et sur tout le territoire, l'accès aux soins palliatifs.
- ③ « La loi de programmation pour les soins palliatifs a pour objet de développer l'offre de soins palliatifs, placée au rang de priorité nationale, dans une logique pluriannuelle de programmation des objectifs et des moyens.
- ④ « Elle est adoptée par le Parlement pour une durée de cinq ans. »

Article 6

- ① Avant le 31 décembre 2025, puis tous les cinq ans, une loi de programmation pluriannuelle des soins palliatifs et d'accompagnement mentionnés à l'article L. 1110-10 du code de la santé publique détermine la trajectoire de l'offre de ces soins, notamment à domicile et en établissement, en fonction de besoins pour lesquels elle établit des projections pluridécennales.
- ② Elle définit les financements publics nécessaires pour assurer l'effectivité de cette offre et pour réaliser les recrutements suffisants et la formation continue de professionnels.

Article 7

- ① Les crédits de paiement supplémentaires de la stratégie décennale des soins palliatifs et d'accompagnement évoluent sur la période de 2024 à 2034 conformément au tableau du deuxième alinéa. Conformément à l'évaluation prévue à l'article L. 1110-9 du code de la santé publique, l'évolution de ces crédits peut évoluer afin de garantir un accès équitable des malades aux soins d'accompagnement ainsi que le prévoit l'article L. 1110-10 du même code.

②

**Crédits de paiement et plafonds des taxes alloués aux mesures nouvelles
prévues par la stratégie décennale**

(En millions d'euros)

Année	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Mesures nouvelles	178	212	194	192	188	194	150	210	200	244	222

③

Le périmètre budgétaire concerné intègre les dépenses relatives :

④

1° À l'hôpital de jour et aux courts séjours ;

⑤

2° Aux séjours en service de médecine générale ou de chirurgie ;

⑥

3° Aux séjours en lits identifiés de soins palliatifs ;

⑦

4° Aux séjours en unité de soins palliatifs ;

⑧

5° Aux créations d'unités de soins palliatifs et d'unités de soins palliatifs pédiatriques et aux créations de maisons d'accompagnement ;

⑨

6° Aux journées d'hospitalisation à domicile ;

⑩

7° Aux séjours en unité de soins médicaux et de réadaptation ;

⑪

8° Aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;

⑫

9° Au fonds d'intervention régional, dont les équipes mobiles de soins palliatifs et les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques ;

⑬

10° Aux actes des professionnels de santé libéraux ;

⑭

11° Aux médicaments délivrés en ville et relevant d'un parcours palliatif.

Article 8

①

I. – Le premier alinéa de l'article L. 632-1 du code de l'éducation est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elles comprennent une formation à l'accompagnement de la fin de vie et à l'approche palliative. »

- ② II. – Après l'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-1-2 ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 1110-1-2.* – Les professionnels de santé et du secteur médico-social reçoivent, au cours de leur formation initiale et de leur formation continue, une formation spécifique sur l'évolution des soins palliatifs et d'accompagnement, la prise en charge de la douleur, l'accompagnement de la fin de vie, les dispositifs d'expression de la volonté des malades, l'accueil des personnes en perte d'autonomie et de discernement et le suivi des mineurs. »

Article 9

- ① Chaque année, le Gouvernement remet au Parlement un rapport permettant une évaluation du déploiement des soins d'accompagnement définis à l'article 1^{er}. Cette évaluation vise à mesurer sur l'ensemble du territoire les besoins recensés en matière de soins d'accompagnement, notamment en soins palliatifs, ainsi que la nature des réponses apportées à ces besoins et, le cas échéant, le nombre et la nature des besoins demeurés non couverts. Elle dresse un état des lieux de la formation, initiale et continue, des professionnels de santé en matière de soins d'accompagnement et des besoins de formation pour répondre à la demande.
- ② Le rapport détaille le nombre de sédations profondes et continues effectuées ainsi que le nombre de procédures collégiales organisées dans le cadre de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
- ③ Ce rapport formule, le cas échéant, des propositions visant à garantir effectivement le droit de tous aux soins d'accompagnement et aux droits créés par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 précitée.

Article 10

- ① I. – Le livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 311-5-2, les mots : « et 7° » sont remplacés par les mots : « , 7° et 18° » ;
- ③ 2° L'article L. 312-1 est ainsi modifié :

- ④ a) Après le 17° du I, il est inséré un 18° ainsi rédigé :
- ⑤ « 18° Les maisons d'accompagnement de soins palliatifs qui ont pour objet d'accueillir et d'accompagner des personnes en fin de vie et leurs proches. Elles sont gérées par des établissements de droit public ou de droit privé à but non lucratif. Elles peuvent être rattachées à un établissement public de santé ou à un établissement de santé privé à but non lucratif. » ;
- ⑥ b) Le II est ainsi modifié :
- ⑦ – au deuxième alinéa, les mots : « et 7° » sont remplacés par les mots : « , 7° et 18° » ;
- ⑧ – à la première phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « et au 17° » sont remplacés par les mots : « , 17° et 18° » et sont ajoutés les mots : « et formées aux enjeux liés à l'accompagnement des personnes en situation de handicap » ;
- ⑨ 3° Au *b* de l'article L. 313-3, les mots : « et 12° » sont remplacés par les mots : « , 12° et 18° » ;
- ⑩ 4° Au premier alinéa de l'article L. 314-3-3, les mots : « au 9° » sont remplacés par les mots : « aux 9° et 18° » ;
- ⑪ 5° Le titre IV est complété par un chapitre X ainsi rédigé :
- ⑫ « *CHAPITRE X*
- ⑬ « *Maisons d'accompagnement et de soins palliatifs*
- ⑭ « *Art. L. 34-10-1.* – Les personnes suivies dans les établissements et services mentionnés au 18° de l'article L. 312-1 ont accès à l'ensemble des soins mentionnés à l'article L. 1110-10 du code de la santé publique, notamment au moyen de conventions passées avec les unités et les équipes chargées de ces soins sur le territoire. Au sein de ces établissements, les bénévoles mentionnés à l'article L. 1110-11 du même code ont vocation à intervenir.
- ⑮ « Les établissements ou les services mentionnés à l'article L. 312-1 du présent code concluent des conventions pluriannuelles avec des équipes mobiles de soins palliatifs présentes sur le territoire.
- ⑯ « Les proches qui accompagnent les personnes suivies dans les établissements mentionnés au 18° du même article L. 312-1 bénéficient

d'une information sur les droits des proches aidants, notamment sur le congé de solidarité familiale. »

- ⑰ II. – L'État met à l'étude les conditions dans lesquelles la création de cent une maisons d'accompagnement permet d'assurer leur déploiement dans chaque département à l'horizon de l'année 2034.

Article 11

- ① Après l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 311-8-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 311-8-1.* – Pour les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1, le projet d'établissement mentionné à l'article L. 311-8 comporte un volet relatif aux soins mentionnés à l'article L. 1110-10 du code de la santé publique.
- ③ « Ce volet énonce les principes de l'accompagnement de la fin de vie au sein de l'établissement et définit l'organisation interne et le rôle des intervenants extérieurs, y compris les professionnels de santé, les structures de prise en charge et d'appui en soins palliatifs et les bénévoles mentionnés à l'article L. 1110-11 du même code. »

Article 12

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le coût et sur les modalités d'une réforme du congé de solidarité familiale afin d'en accroître le taux de recours et de garantir une revalorisation de l'indemnisation associée.

Article 13

- ① Le dernier alinéa de l'article L. 1110-11 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- ② « Les associations peuvent organiser l'intervention des bénévoles au domicile des personnes malades après avoir conclu la convention mentionnée au troisième alinéa ou après avoir conclu une convention avec une équipe de soins primaires, un centre de santé, une maison de santé pluriprofessionnelle, un dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes ou une communauté professionnelle territoriale de santé.

Cette convention est conforme à une convention type définie par décret en Conseil d'État. »

Article 14

- ① Après l'article L. 1110-10 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-10-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1110-10-1. – I. –* Dès l'annonce du diagnostic d'une affection grave, le médecin ou un professionnel de santé de l'équipe de soins propose au patient, à l'issue de discussions au cours desquelles celui-ci peut être assisté de personnes de son choix, la formalisation par écrit ou par tout autre moyen compatible avec son état d'un plan personnalisé d'accompagnement.
- ③ « Ce plan est élaboré à partir des besoins et des préférences du patient et évolue avec ceux-ci. Les aidants formellement reconnus par le patient ou sa famille sont associés à son élaboration et à son actualisation.
- ④ « II. – Le plan personnalisé d'accompagnement est consacré à l'anticipation, à la coordination et au suivi des prises en charge sanitaire, psychologique, sociale et médico-sociale. Il comporte une partie relative à la prise en charge de la douleur et de la perte d'autonomie.
- ⑤ « Il comprend un temps de sensibilisation des proches aidants aux enjeux liés à l'accompagnement du patient ainsi qu'une information sur les droits et les dispositifs d'accompagnement sociaux, économiques et psychologiques dont ils peuvent bénéficier. Il prend en compte les besoins spécifiques de patients particulièrement vulnérables ou ayant des difficultés d'accès aux soins tels que les personnes en situation de handicap, incarcérées, précaires ou résidant dans une zone caractérisée par une offre de soins particulièrement insuffisante au sens du 1° de l'article L. 1434-4 ou les enfants.
- ⑥ « III. – Le plan personnalisé d'accompagnement est utilisé par les professionnels qui interviennent auprès du patient, y compris à domicile, et qui, s'il y a lieu, le complètent, en accord avec ce dernier.
- ⑦ « Il est déposé dans l'espace numérique de santé et dans le dossier médical partagé du patient.
- ⑧ « IV. – Lors de l'élaboration et des révisions du plan personnalisé d'accompagnement, le médecin ou un professionnel de santé de l'équipe de

soins informe le patient de la possibilité de rédiger ou d'actualiser ses directives anticipées et de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'article L. 1111-6. »

Article 15

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 1111-6 est complété par un III ainsi rédigé :
- ③ « III. – Lors de sa désignation, la personne de confiance reçoit un guide dans lequel sont présentés son rôle et ses missions. » ;
- ④ 2° L'article L. 1111-11 est ainsi modifié :
- ⑤ a) À la première phrase du premier alinéa, le mot : « rédiger » est remplacé par le mot : « produire » ;
- ⑥ b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- ⑦ – à la deuxième phrase, le mot : « rédigées » est remplacé par le mot : « produites » et, après le mot : « modèle », sont insérés les mots : « sous un format écrit ou audiovisuel » ;
- ⑧ – à la fin de la dernière phrase, le mot : « rédige » est remplacé par le mot : « produit » ;
- ⑨ – est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « La personne qui bénéficie d'un plan personnalisé d'accompagnement prévu à l'article L. 1110-10-1 l'annexe à ses directives anticipées. » ;
- ⑩ c) Les deux dernières phrases du cinquième alinéa sont ainsi rédigées : « Les directives anticipées sont conservées dans le dossier médical partagé mentionné à l'article L. 1111-14. Dans ce cas, leur existence et la possibilité de les réviser sont régulièrement rappelées à leur auteur dans l'espace numérique de santé mentionné à l'article L. 1111-13-1. » ;
- ⑪ d) À l'avant-dernier alinéa, les mots : « informe ses » sont remplacés par les mots : « ainsi que les professionnels de santé qui réalisent les rendez-vous de prévention mentionnés à l'article L. 1411-6-2 informent leurs » et le mot : « rédaction » est remplacé par le mot : « production » ;
- ⑫ e) À la première phrase du dernier alinéa, le mot : « rédiger » est remplacé par le mot : « produire » ;

- ⑬ 3° Le IV de l'article L. 1111-13-1 est ainsi modifié :
- ⑭ a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :
- ⑮ « IV. – Le titulaire de l'espace numérique de santé en est le gestionnaire et l'utilisateur. Il peut autoriser la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, un parent ou un proche à accéder à son espace numérique de santé et à y effectuer des actions pour son compte, à l'exception de celles qui auraient pour effet de porter atteinte à l'intégrité d'un document enregistré dans l'espace numérique de santé. Cette personne accède à l'espace numérique de santé du titulaire par des moyens d'identification propres afin de garantir la traçabilité des actions menées au nom du titulaire. Cette autorisation est révocable à tout moment.
- ⑯ « Lorsque le titulaire de l'espace numérique de santé est mineur, ses représentants légaux sont les gestionnaires et les utilisateurs de l'espace numérique de santé. Ils ne peuvent déléguer ce rôle à un tiers.
- ⑰ « Lorsque le titulaire de l'espace numérique de santé est une personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, la personne chargée de la mesure de protection dispose, au même titre que le titulaire, d'un accès à l'espace numérique de santé, à l'exclusion de tout autre tiers. Lorsque le titulaire n'est pas apte à exprimer sa volonté, la personne chargée de la mesure de protection peut gérer l'espace numérique de santé pour son compte, en tenant compte de son avis.
- ⑱ « À tout moment, le gestionnaire de l'espace numérique de santé peut décider : « ;
- ⑲ b) Au début du 1°, sont ajoutés les mots : « Sans préjudice des articles L. 1111-16 à L. 1111-18, » ;
- ⑳ 4° Le quatrième alinéa de l'article L. 1111-14 est supprimé ;
- ㉑ 5° L'article L. 1411-6-2 est ainsi modifié :
- ㉒ a) Après le premier alinéa, sont insérés cinq alinéas ainsi rédigés :
- ㉓ « Les rendez-vous de prévention ont notamment pour objectifs de :
- ㉔ « 1° Promouvoir l'activité physique et sportive ainsi qu'une alimentation favorable à la santé ;

- ②⑤ « 2° Prévenir les cancers, les addictions et l’infertilité ;
- ②⑥ « 3° Promouvoir la santé mentale et la santé sexuelle ;
- ②⑦ « 4° Faire connaître le rôle des directives anticipées et de la personne de confiance prévue à l’article L. 1111-6. » ;
- ②⑧ b) La première phrase du second alinéa est supprimée.

Article 16

- ① L’article L. 1110-5-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) Après le mot : « collégiale », la fin de la seconde phrase est ainsi rédigée : « , incluant l’ensemble de l’équipe pluridisciplinaire, qui prend la forme d’une concertation notamment entre le médecin chargé du patient, son médecin traitant si elle en dispose, le médecin référent de la structure médico-sociale qui l’accompagne le cas échéant et un professionnel de l’équipe qui l’accompagne au quotidien à domicile ou en établissement. » ;
- ④ b) Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées : « La personne de confiance et la famille participent à cette procédure seulement si elle le souhaite. La composition et le fonctionnement sont précisés par voie réglementaire. » ;
- ⑤ 2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « Si la personne n’est pas en état d’exprimer sa volonté et si ses proches désapprouvent la décision motivée de la procédure collégiale, ils peuvent enclencher une procédure de médiation, dont les conditions sont précisées par voie réglementaire. »

Article 17

- ① Après l’article L. 1111-6-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-6-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1111-6-2.* – Lorsque la personne majeure est dans l’impossibilité partielle ou totale de s’exprimer, la mise en place d’une communication alternative et améliorée permet de rechercher

prioritairement l'expression de son consentement éclairé pour toutes les décisions qui la concernent. »

Article 18

- ① Le ministère chargé de la santé et des solidarités réalise annuellement une campagne nationale de sensibilisation et de prévention relative au deuil et à l'accompagnement des personnes en situation de deuil.
- ② Un décret précise les modalités de mise en œuvre et d'application du présent article.

Article 19

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 1110-5-2 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ③ « La sédation profonde et continue est un acte dont la traçabilité est assurée au titre des informations mentionnées aux articles L. 1461-1 et L. 6113-8 du présent code et transmise à la commission de contrôle et d'évaluation mentionnée à l'article 35 de la loi n° du relative à l'accompagnement des malades et de la fin de vie.
- ④ « Une commission de contrôle et d'évaluation, bénévole et placée auprès du ministre chargé de la santé, assure le contrôle *a posteriori*, à partir notamment des dossiers médicaux des patients et des informations mentionnées à l'article L. 6113-8 du présent code, du respect, pour chaque procédure de sédation profonde et continue, des conditions prévues au présent article ainsi que le suivi et l'évaluation de l'application du présent article, notamment en exploitant des données agrégées et anonymisées, afin d'en informer annuellement le Gouvernement et le Parlement et de leur proposer des recommandations. Lorsque, à l'issue du contrôle mentionné au présent alinéa, la commission estime que des faits commis à l'occasion de la mise en œuvre du présent article par des professionnels de santé sont susceptibles de constituer un manquement aux règles déontologiques ou professionnelles, elle peut saisir la chambre disciplinaire de l'ordre compétent. La composition de la commission et les règles de fonctionnement propres à garantir son indépendance et son impartialité ainsi que les modalités d'examen du respect des conditions prévues au présent article sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

- ⑤ 2° Au début du premier alinéa du *b* du III de l'article L. 1541-2, les mots : « L'avant-dernier » sont remplacés par les mots : « Le sixième ».

Article 20

Au cinquième alinéa de l'article L. 1110-5-2 du code de la santé publique, le mot : « soignante » est remplacé par les mots : « pluridisciplinaire assurant la prise en charge du patient ».

Article 21

- ① I. – La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée, à due concurrence, par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.
- ② II. – La charge pour l'État est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Les familles seront écartées du dispositif médical

Par Annie Lobé, journaliste scientifique.
Le 7 mai 2024.

“Accompagnement de la fin de vie”, “aide à mourir”. C’est par ces vocables que le Gouvernement Attal désigne le “droit” qu’il veut faire voter avant l’été d’être, sur ordonnance médicale, tué “par un médecin ou un infirmier”, ou de se tuer soi-même, si on en a encore la capacité, en cas de “souffrance physique ou psychologique”, dès l’âge de “18 ans”.

Ce “droit” sera mis en œuvre dans les hôpitaux publics et privés, dans les Ehpad, et dans des “maisons d’accompagnement” spécialement créées (Art. 2). L’étude d’impact en prévoit *“une dans chaque département”* (p. 49), d’une capacité de *“12 à 15 lits”*, (p. 42 et 43) et où la rotation sera très courte : *“estimation cible : inférieure à 30 jours”* (p. 43).

Un médecin orchestrera avec le patient, *“dès l’annonce du diagnostic d’une affection grave”*, un *“plan personnalisé d’accompagnement”* (PPA), dont le projet de loi ne précise même pas qu’il devra être obligatoirement rédigé par écrit et signé par la personne concernée, le médecin et l’infirmier (Art. 3 ; noter l’absence du mot *“incurable”*, qui n’apparaît que dans l’article 6).

Ce médecin sera rémunéré à l’acte ou au forfait (Art. 19). Il ne sera pas tenu de communiquer ce PPA, ni à la famille, ni aux proches aidants, ni aux ayant-droits, ni même à la personne de confiance dont le nom a été donné à l’institution par le patient pour prendre en charge ses obsèques en cas de décès.

Vous souffrez ? Et bien mourrez maintenant !

La “*souffrance physique ou psychologique*” est incluse dans les critères cités par la loi pour “*accéder à cette aide à mourir*” (Art. 6). Cela signifie que cette future loi ne concerne pas uniquement les patients atteints de maladies liées à l’âge, ou atteints d’une pathologie chronique dont l’évolution peut être fatale (cancer, Alzheimer, Parkinson, insuffisance cardiaque), mais aussi toute personne qui ressent une détresse psychique sans être en fin de vie, le PPA étant proposé par le médecin “*dès l’annonce du diagnostic d’une affection grave*” (Art. 3).

Et contrairement à la Suisse et à la Belgique, où seule la personne concernée peut s’auto-administrer la “*substance létale*”, en France, “*un médecin ou un infirmier*” pourront le faire “*si elle n’est pas en mesure physique d’y procéder*”. (Art. 5)

Dans la version qu’a examinée le Conseil d’État, “*le droit des malades en particulier s’agissant du droit de visite et de maintien du lien social des personnes accueillies en ESMS*” était mentionné au titre I et conforté (Avis du 4 avril 2024, p. 1 et 22). Force est de constater que cette disposition a disparu du projet de loi déposé le 10 avril à la présidence de l’Assemblée nationale !

Si le patient est un majeur protégé, seule “*la personne chargée de la mesure de protection*” sera mise dans la confiance du PPA (Art. 8-III, une modification demandée par le Conseil d’État dans son avis du 4 avril 2024 car le projet de loi initial ne le prévoyait pas), sans que le tuteur n’ait aucune obligation de prévenir le subrogé tuteur ou la famille dont, dans bien des cas, il ne fait pas partie, étant salarié d’une institution.

Dans ces cas, ni la famille ni même la personne de confiance ne peut avoir accès à l’espace numérique de santé de la personne concernée : seule “*la personne chargée de la mesure de protection dispose [de cet accès], à l’exclusion de tout autre tiers.*” (Art. 4)

Le seul lot de consolation pour les familles est la possibilité pour son titulaire, c'est-à-dire le patient lui-même, d'“*autoriser la personne de confiance, un parent ou un proche à accéder à son espace numérique de santé*” (Art. 4). Toutefois, comme indiqué précédemment, si le patient fait l'objet d'une mesure de protection, cette faculté est exclusivement dévolue au tuteur ou au curateur.

De plus, le lecteur attentif du projet de loi ne manquera pas d'observer que si “*les personnes dont une maladie psychiatrique altère gravement le discernement lors de la demande d'aide à mourir*” sont explicitement exclues du dispositif (Art. 8), les handicapés mentaux, eux, ne le sont pas. Ils peuvent donc “*accéder à l'aide à mourir*” (Art. 6). De même que les malades psychiatriques... pendant une phase de lucidité.

“Chaos aux urgences”

Chacun sait que depuis deux ans, les urgences hospitalières de notre pays sont débordées. La presse se fait régulièrement l'écho de tel ou tel cas de patients morts pour avoir attendu trop longtemps des soins, ou même de l'eau et de la nourriture.

Si vous pensez qu'il s'agit de faits isolés, lisez le dossier de 8 pages « Chaos aux urgences » publié le 3 avril 2024 par *Le Nouveau détective*.¹

Sous-effectifs, sous-équipement, personnel totalement débordé, pas seulement aux urgences, mais dans tous les services, et dans tous les hôpitaux. C'est à cause de cela qu'à Hyères (Var) le 30 septembre 2023, Lucas est mort à 25 ans d'un méningocoque « *dont la médecine sait venir à bout dans 90 % des cas* » s'il est traité rapidement. Après 10 heures d'attente pendant lesquelles ses parents étaient retenus devant la porte du service d'urgence.

¹ Sauvegardé ici : <http://www.santepublique-editions.fr/objects/LND-Chaos-aux-urgences-3-avril-2024.pdf>
Les familles écartées du dispositif médical. Par Annie Lobé. <http://www.santepublique-editions.fr/> p. 3

« *Tout notre système de santé coule, et c'est aux urgences que ça se voit* », témoigne un infirmier, qui cite le cas « *d'une dame de 94 ans qui s'était fracturée la hanche* » et était « *restée trois jours aux urgences avant d'être emmenée en orthopédie.* »

Le fait est que, en 2024, bon nombre de soignants ayant une éthique professionnelle ont déjà préféré quitter l'hôpital public en raison des conditions de travail, intolérables pour qui veut exercer correctement ce métier.

Dans combien de temps les soignants consciencieux seront-ils *TOUS* partis ? Quels seront alors les critères d'embauche ? Et quels garde-fous subsisteront contre les abus ?

Où en sera l'hôpital dans 5, 10, 20 ou 30 ans ?

Dans quelques années, quand celles et ceux qui auront préparé et voté cette loi seront eux-mêmes sur un brancard, ils verront comment leur loi aura évolué. Mais si cela ne leur convient pas, ils ne pourront plus la changer et devront eux-mêmes la subir.

L'ex-Premier ministre François Fillon l'a appris à ses dépens, lui qui a été poursuivi en justice, de façon très médiatisée, pour avoir rémunéré son épouse pour un travail fictif quand il était député : lorsque l'on n'est plus au pouvoir, on n'a plus aucun pouvoir.

Où en sera l'hôpital dans 5 ans ? Dans 10 ans ? Dans 20 ou 30 ans ? Seuls les très riches seront-ils soignés quand ils seront gravement malades ? Les autres se verront-ils proposer le suicide assisté "*dès l'annonce du diagnostic*", comme le prévoit d'ores et déjà l'article 3 du projet de loi ?

Après sa promulgation, quand le personnel sera vraiment à bout, la loi Attal « *Aide à mourir* » pourrait le conduire à régler ainsi les surcharges des hôpitaux :

« Monsieur, nous n'avons pas assez de personnel pour vous soigner. Je vous propose un plan d'accompagnement personnalisé : quand vous aurez bien souffert aux urgences sur votre brancard dans un couloir pendant 48 h – c'est le "délai de réflexion" accordé au patient pour confirmer sa décision après la "notification" du médecin (Art. 8) –, au lieu d'agoniser plus longtemps et de mourir à petit feu, vous vous administrerez la substance létale. Si vous n'êtes plus en état de le faire, moi-même, qui suis médecin, ou un infirmier, s'en chargera. Vous êtes d'accord ?... »

Mouroirs privés d'un nouveau type

L'étude d'impact de 176 pages explicite ce que seront les "maisons d'accompagnement", un nouveau type d'établissements médicaux-sociaux (ESMS) spécialement créés pour exécuter cette loi. Déployées "sur la base d'une programmation et d'appels à projets adossés à un cahier des charges" (p. 45), elles pourront donc être privées.

L'étude d'impact prévoit qu'elles seront "autorisées par le directeur de l'Agence régionale de santé et financées par l'Assurance maladie" (p. 6, 45 et 48).

Les patients s'acquitteront d'un "forfait journalier hospitalier" pouvant être "pris en charge par l'Assurance maladie complémentaire" (p. 19, 45, 50 et 51).

Cette disposition démontre que cette loi ne concerne pas uniquement les personnes atteintes d'une "maladie grave et incurable", prises en charge à 100 % par le dispositif de l'ALD (Affection longue durée), mais aussi toutes celles qui sont actuellement en bonne santé et dont la mutuelle devra rembourser le suicide assisté ou l'euthanasie. Des mots absents du projet de loi alors que c'est bien de cela qu'il s'agit.

Mais, alors que nous sommes tous concernés, la population ignore tout de son contenu tant la discrétion médiatique sur ce projet de loi imminent est assourdissante. Sans doute les journalistes connaissent-ils mieux que le Conseil d'État, qui a omis de signaler dans son avis favorable du 4 avril 2024, les dispositions des **articles 223-13 à 223-15 du Code pénal**², auxquelles la future loi "*Aide à mourir*" contrevient totalement.

Silence, on incite au suicide ! †

Article 223-13

- Modifié par [Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 \(V\) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002](#)

Le fait de provoquer au suicide d'autrui est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d'une tentative de suicide.

Les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75000 euros d'amende lorsque la victime de l'infraction définie à l'alinéa précédent est un mineur de quinze ans.

Article 223-14

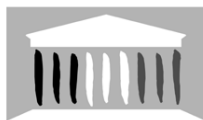
- Modifié par [Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 \(V\) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002](#)

La propagande ou la publicité, quel qu'en soit le mode, en faveur de produits, d'objets ou de méthodes préconisés comme moyens de se donner la mort est punie de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Article 223-15

Lorsque les délits prévus par les [articles 223-13 et 223-14](#) sont commis par la voie de la presse écrite ou audiovisuelle, les dispositions particulières des lois qui régissent ces matières sont applicables en ce qui concerne la détermination des personnes responsables.

² Sauvegardé ici : <http://www.santepublique-editions.fr/object/articles-223-13-a-223-15-Code-penal-reprimant-la-provocation-au-suicide.pdf>



N° 2462

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 10 avril 2024.

PROJET DE LOI

relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie,

(Renvoyé à une commission spéciale.)

PRÉSENTÉ

AU NOM DE M. Gabriel ATTAL,
Premier ministre,

PAR MME Catherine VAUTRIN,
ministre du travail, de la santé et des solidarités,

ET PAR M. Frédéric VALLETOUX,
ministre délégué auprès de la ministre du travail, de la santé
et des solidarités, chargé de la santé et de la prévention

PROJET DE LOI

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre du travail, de la santé et des solidarités et du ministre délégué auprès de la ministre du travail, de la santé et des solidarités, chargé de la santé et de la prévention,

Vu l'article 39 de la Constitution,

Décète :

Le présent projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, délibéré en Conseil des ministres après avis du Conseil d'État, sera présenté à l'Assemblée nationale par la ministre du travail, de la santé et des solidarités et le ministre délégué auprès de la ministre du travail, de la santé et des solidarités, chargé de la santé et de la prévention, qui seront chargés d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

Fait le 10 avril 2024.

Signé : Gabriel ATTAL

Par le Premier ministre :

La ministre du travail, de la santé et des solidarités,
Signé : Catherine VAUTRIN

*Le ministre délégué auprès de la ministre du travail, de la santé
et des solidarités, chargé de la santé et de la prévention,*
Signé : Frédéric VALLETOUX

TITRE I^{ER}

RENFORCER LES SOINS D'ACCOMPAGNEMENT ET LES DROITS DES MALADES

Article 1^{er}

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au dernier alinéa de l'article L. 1110-5-1, les mots : « les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10. » sont remplacés par les mots : « des soins palliatifs. » ;
- ③ 2° Au premier alinéa de l'article L. 1110-8, le mot : « palliatifs » est remplacé par les mots : « d'accompagnement » ;
- ④ 3° À l'article L. 1110-9, les mots : « palliatifs et à un accompagnement » sont remplacés par les mots : « d'accompagnement, dont des soins palliatifs. » ;
- ⑤ 4° L'article L. 1110-10 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑥ « *Art. L. 1110-10.* – Les soins d'accompagnement mettent en œuvre le droit fondamental à la protection de la santé mentionné à l'article L. 1110-1. Ils ont pour objet, à l'initiative et sous la conduite des médecins et des professionnels de l'équipe de soins d'offrir une prise en charge globale de la personne malade afin de préserver sa dignité, sa qualité de vie et son bien-être.
- ⑦ « Dans le respect de la volonté de la personne, ils anticipent, évaluent et procurent, dès le début de la maladie puis de façon renouvelée :
- ⑧ « 1° Une réponse aux besoins physiques, dont le traitement de la douleur, ainsi qu'aux besoins psychologiques et sociaux de la personne malade ;
- ⑨ « 2° Des soins palliatifs, délivrés de façon active et continue, destinés à soulager sa douleur et à apaiser sa souffrance psychique ;
- ⑩ « 3° Un soutien à l'entourage de la personne malade.
- ⑪ « Ils sont pratiqués par une équipe pluridisciplinaire. Ils sont prodigués quel que soit le lieu de résidence ou de soins de la personne malade. » ;

- ⑫ 5° La troisième phrase du premier alinéa du I de l'article L. 1111-2 est remplacée par les dispositions suivantes : « Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile, notamment les soins d'accompagnement mentionnés à l'article L. 1110-10. » ;
- ⑬ 6° À la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 1111-4, les mots : « les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10 » sont remplacés par les mots : « des soins palliatifs. » ;
- ⑭ II. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ⑮ 1° Au 5° de l'article L. 311-1, les mots : « et d'accompagnement, y compris à titre palliatif » sont remplacés par les mots : « d'accompagnement et de soins mentionnés à l'article L. 1110-10 du code de la santé publique » ;
- ⑯ 2° À l'avant-dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 311-8, le mot : « palliatifs » est remplacé par les mots : « d'accompagnement mentionnés à l'article L. 1110-10 du code de la santé publique ».

Article 2

- ① Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 312-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Après le 17° du I, il est inséré un 18° ainsi rédigé :
- ④ « 18° Les maisons d'accompagnement qui ont pour objet d'accueillir et d'accompagner des personnes en fin de vie et leurs proches. » ;
- ⑤ b) Le II est ainsi modifié :
- ⑥ – au deuxième alinéa, la référence : « et 7° » est remplacée par la référence : « , 7° et 18° » ;
- ⑦ – au quatrième alinéa, la référence : « et au 17° » est remplacée par la référence : « , au 17° et au 18° » ;
- ⑧ 2° Au b de l'article L. 313-3, la référence : « et 12° » est remplacée par la référence : « , 12° et 18° » ;
- ⑨ 3° Au premier alinéa de l'article L. 314-3-3, la référence : « au 9° » est remplacée par la référence : « aux 9° et 18° » ;

⑩ 4° Au titre IV du livre III, il est créé un chapitre X ainsi rédigé :

⑪ « CHAPITRE X

⑫ « Maisons d'accompagnement

⑬ « Art. L. 34-10-1. – Les personnes suivies dans les établissements et services mentionnés au 18° de l'article L. 312-1 ont accès à l'ensemble des soins mentionnés à l'article L. 1110-10 du code de la santé publique. »

Article 3

① Après l'article L. 1110-10 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-10-1 ainsi rédigé :

② « Art. L. 1110-10-1. – Dès l'annonce du diagnostic d'une affection grave, le médecin ou un professionnel de santé de l'équipe de soins propose au patient, à l'issue d'échanges au cours desquels celui-ci peut être assisté de personnes de son choix, la formalisation d'un plan personnalisé d'accompagnement. Ce plan est élaboré à partir des besoins et des préférences du patient et évolue avec ceux-ci. Il est dédié à l'anticipation, à la coordination et au suivi des prises en charge sanitaire, psychologique, sociale et médico-sociale et comporte un volet relatif à la prise en charge de la douleur. Il est utilisé par les professionnels qui interviennent auprès du patient et qui, s'il y a lieu, le complètent, en lien avec ce dernier. »

Article 4

① I. – L'article L. 1111-11 du code de la santé publique est ainsi modifié :

② a) Le deuxième alinéa est complété par les dispositions suivantes : « La personne qui bénéficie d'un plan personnalisé d'accompagnement selon les modalités prévues à l'article L. 1110-10-1 peut l'annexer à ses directives anticipées. » ;

③ b) Les deux dernières phrases du cinquième alinéa sont remplacées par les dispositions suivantes :

④ « Les directives anticipées peuvent notamment être conservées dans le dossier médical partagé mentionné à l'article L. 1111-14. Lorsque tel est le cas, leur existence est régulièrement rappelée à leur auteur dans l'espace numérique de santé mentionné à l'article L. 1111-13-1. » ;

- ⑤ II. – La section 3 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :
- ⑥ 1° Le IV de l'article L. 1111-13-1 est ainsi modifié :
- ⑦ a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ⑧ « Le titulaire de l'espace numérique de santé en est le gestionnaire et utilisateur. Il peut autoriser la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, un parent ou un proche à accéder à son espace numérique de santé et à y effectuer pour son compte toute action. Cette autorisation est révocable à tout moment.
- ⑨ « Lorsque le titulaire de l'espace numérique de santé est un mineur, ses représentants légaux sont gestionnaires et utilisateurs de l'espace numérique de santé. Ils ne peuvent déléguer ce rôle à un tiers.
- ⑩ « Lorsque le titulaire de l'espace numérique de santé est une personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, la personne en charge de la mesure de protection dispose, au même titre que le titulaire, d'un accès à l'espace numérique de santé, à l'exclusion de tout autre tiers. Lorsque le titulaire n'est pas apte à exprimer sa volonté, la personne chargée de la mesure de protection peut le gérer pour son compte, en tenant compte de son avis.
- ⑪ « À tout moment, le gestionnaire de l'espace numérique de santé peut décider : « ;
- ⑫ b) Au 1°, avant les mots : « De proposer un accès temporaire ou permanent à son espace numérique de santé » sont insérés les mots : « Sans préjudice des dispositions qui régissent l'accès des professionnels de santé au dossier médical partagé prévues aux articles L. 1111-16, L. 1111-17 et L. 1111-18 » ;
- ⑬ 2° Le quatrième alinéa de l'article L. 1111-14 est supprimé.

TITRE II

AIDE À MOURIR

CHAPITRE I^{ER}

Définition

Article 5

- ① L'aide à mourir consiste à autoriser et à accompagner la mise à disposition, à une personne qui en a exprimé la demande, d'une substance létale, dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles 6 à 11, afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est pas en mesure physiquement d'y procéder, se la fasse administrer par un médecin, un infirmier ou une personne volontaire qu'elle désigne.
- ② L'aide à mourir est un acte autorisé par la loi au sens de l'article 122-4 du code pénal.

CHAPITRE II

Conditions d'accès

Article 6

- ① Pour accéder à l'aide à mourir, une personne doit répondre aux conditions suivantes :
- ② 1° Être âgée d'au moins 18 ans ;
- ③ 2° Être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France ;
- ④ 3° Être atteinte d'une affection grave et incurable engageant son pronostic vital à court ou moyen terme ;
- ⑤ 4° Présenter une souffrance physique ou psychologique liée à cette affection qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable lorsque la personne ne reçoit pas ou a choisi d'arrêter de recevoir des traitements ;
- ⑥ 5° Être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée.

CHAPITRE III

Procédure

Article 7

- ① I. – La personne qui souhaite accéder à l'aide à mourir en fait la demande expresse à un médecin en activité qui n'est ni un parent, ni un allié, ni le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, ni un ayant droit de la personne.
- ② La personne ne peut présenter simultanément plusieurs demandes.
- ③ La personne qui fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne l'indique au médecin.
- ④ II. – Le médecin :
- ⑤ 1° Informe la personne sur son état de santé, les perspectives de son évolution, les traitements et les dispositifs d'accompagnement disponibles ;
- ⑥ 2° Propose à la personne de bénéficier des soins palliatifs définis à l'article L. 1110-10 du code de la santé publique et s'assure, le cas échéant, qu'elle puisse y accéder ;
- ⑦ 3° Indique à la personne qu'elle peut renoncer, à tout moment, à sa demande ;
- ⑧ 4° Explique à la personne les conditions d'accès à l'aide à mourir et sa mise en œuvre.

Article 8

- ① I. – Le médecin mentionné à l'article 7 vérifie que la personne remplit les conditions prévues à l'article 6.
- ② Les personnes dont une maladie psychiatrique altère gravement le discernement lors de la démarche de demande d'aide à mourir ne peuvent pas être regardées comme manifestant une volonté libre et éclairée.
- ③ II. – Pour procéder à l'appréciation des conditions mentionnées aux 3° à 5° de l'article 6, le médecin :
- ④ 1° Recueille l'avis :

- ⑤ a) D'un médecin qui remplit les conditions du premier alinéa de l'article 7 et qui n'intervient pas auprès de la personne, spécialiste de la pathologie de celle-ci si lui-même ne l'est pas. Ce médecin a accès au dossier médical de la personne et il peut examiner la personne avant de rendre son avis ;
- ⑥ b) D'un auxiliaire médical ou d'un aide-soignant qui intervient auprès de la personne ou, à défaut, d'un autre auxiliaire médical ;
- ⑦ 2° Peut également recueillir l'avis d'autres professionnels, notamment de psychologues, infirmiers ou aides-soignants, qui interviennent auprès de la personne ;
- ⑧ 3° Lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne, informe la personne chargée de la mesure de protection et tient compte des observations qu'elle formule le cas échéant.
- ⑨ III. – Le médecin se prononce dans un délai maximal de quinze jours suivant la demande et notifie sa décision motivée à la personne. Il en informe, le cas échéant, la personne en charge d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne.
- ⑩ IV. – Après un délai de réflexion qui ne peut être inférieur à deux jours à compter de la notification de la décision mentionnée au III, la personne confirme auprès du médecin qu'elle demande l'administration de la substance létale.
- ⑪ En l'absence de confirmation dans un délai de trois mois à compter de la notification, le médecin évalue à nouveau le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté en mettant en œuvre, si besoin, la procédure définie au II.
- ⑫ V. – Lorsque la personne a confirmé sa volonté, le médecin mentionné à l'article 7 l'informe sur les modalités d'administration et d'action de la substance létale.
- ⑬ Il détermine, avec la personne, le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner pour l'administration de la substance létale.
- ⑭ VI. – Le médecin mentionné à l'article 7 prescrit la substance létale conformément aux recommandations prévues au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

- ⑮ Il adresse cette prescription à l'une des pharmacies à usage intérieur désignées par l'arrêté du ministre chargé de la santé mentionné au second alinéa du 1° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique.

Article 9

- ① I. – Avec le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner, la personne convient de la date à laquelle elle souhaite procéder à l'administration de la substance létale.
- ② Si la date retenue est postérieure à un délai de trois mois à compter de la notification de la décision mentionnée au III de l'article 8, le médecin mentionné à l'article 7 évalue à nouveau, à l'approche de cette date, le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté de la personne selon les modalités prévues au second alinéa du IV de l'article 8.
- ③ II. – Dans des conditions convenues avec le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner, l'administration de la substance létale peut être effectuée, à la demande de la personne, en dehors de son domicile.
- ④ Elle peut être accompagnée par les personnes de son choix pendant l'administration de la substance létale.

Article 10

- ① Lorsque la date est fixée, la pharmacie à usage intérieur mentionnée au second alinéa du VI de l'article 8 réalise la préparation magistrale létale et la transmet à la pharmacie d'officine désignée par le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne. La pharmacie d'officine délivre la préparation magistrale létale au médecin ou à l'infirmier.
- ② Lorsque la personne est admise ou hébergée dans un établissement qui est doté d'une pharmacie à usage intérieur, cette dernière remplit les missions de la pharmacie d'officine prévues dans le présent article.

Article 11

- ① I. – Le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne :
- ② 1° Vérifie que la personne confirme qu'elle veut procéder à l'administration ;

- ③ 2° Prépare, le cas échéant, l'administration de la substance létale ;
- ④ 3° Assure la surveillance de l'administration de la substance létale.
- ⑤ II. – Si la personne qui a confirmé sa volonté demande un report de l'administration de la substance létale, le professionnel de santé suspend la procédure et convient d'une nouvelle date dans les conditions prévues à l'article 9.
- ⑥ III. – L'administration de la substance létale est effectuée par la personne elle-même.
- ⑦ Lorsque celle-ci n'est pas en mesure d'y procéder physiquement, l'administration est effectuée, à sa demande, soit par une personne volontaire qu'elle désigne lorsqu'aucune contrainte n'y fait obstacle, soit par le professionnel de santé présent.
- ⑧ Lorsqu'il n'administre pas la substance létale, la présence du professionnel de santé aux côtés de la personne n'est pas obligatoire. Il doit toutefois se trouver à une proximité suffisante pour pouvoir intervenir en cas de difficulté, conformément aux recommandations prévues au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.
- ⑨ IV. – Le certificat attestant le décès est établi dans les conditions prévues à l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales.
- ⑩ V. – Le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne rapporte à la pharmacie d'officine mentionnée à l'article 10 la préparation magistrale létale lorsque cette dernière n'a pas été utilisée ou ne l'a été que partiellement.
- ⑪ Les produits ainsi collectés par l'officine sont détruits dans des conditions sécurisées conformément à l'article L. 4211-2 du code de la santé publique.
- ⑫ Le professionnel de santé mentionné au premier alinéa dresse un compte-rendu de la mise en œuvre des actes prévus aux I à III du présent article.

Article 12

- ① I. – Il est mis fin à la procédure :

- ② 1° Si la personne informe le médecin mentionné à l'article 7, ou le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner, qu'elle renonce à l'aide à mourir ;
- ③ 2° Si le médecin mentionné à l'article 7 prend connaissance, postérieurement à sa décision, d'éléments d'information le conduisant à considérer que les conditions mentionnées à l'article 8 n'étaient pas remplies ou cessent de l'être ;
- ④ 3° Si la personne refuse l'administration de la substance létale.
- ⑤ II. – Toute nouvelle demande doit être présentée selon les modalités prévues à l'article 7.

Article 13

Chacun des actes mentionnés au présent chapitre donne lieu à un enregistrement, par les professionnels concernés, dans un système d'information.

Article 14

La décision du médecin se prononçant sur la demande d'aide à mourir ne peut être contestée que par la personne ayant formé cette demande, devant la juridiction administrative, selon les dispositions de droit commun.

Article 15

- ① Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent chapitre, notamment :
- ② 1° Les modalités d'information de la personne qui demande l'aide à mourir ;
- ③ 2° La forme et le contenu de la demande mentionnée à l'article 7 et de sa confirmation mentionnée au IV de l'article 8 ;
- ④ 3° La procédure de vérification des conditions prévues à l'article 6 et de recueil des avis mentionnés au II de l'article 8.

CHAPITRE IV

Clause de conscience

Article 16

- ① I. – Les professionnels de santé mentionnés à l'article 7, ainsi qu'aux I à V et au premier alinéa du VI de l'article 8 ne sont pas tenus de concourir à la mise en œuvre des dispositions prévues aux chapitres II et III.
- ② Le professionnel de santé qui ne souhaite pas participer à la mise en œuvre de ces dispositions doit informer, sans délai, la personne de son refus et lui communiquer le nom de professionnels de santé susceptibles d'y participer.
- ③ II. – Lorsqu'une personne est admise dans un établissement de santé ou hébergée dans un établissement ou service mentionné à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, le responsable de l'établissement ou du service est tenu d'y permettre :
 - ④ 1° L'intervention des professionnels de santé mentionnés aux articles 7 et 8 ;
 - ⑤ 2° L'accès des personnes mentionnées au II de l'article 9.
- ⑥ III. – Les professionnels de santé qui sont disposés à participer à la mise en œuvre des dispositions du chapitre III peuvent se déclarer auprès de la commission mentionnée à l'article 17.

CHAPITRE V

Contrôle et évaluation

Article 17

- ① I. – Une commission de contrôle et d'évaluation, placée auprès du ministre chargé de la santé, assure :
 - ② 1° Le contrôle, à partir notamment des données enregistrées dans le système d'information mentionné à l'article 13, du respect, pour chaque procédure d'aide à mourir, des conditions prévues aux chapitres II et III du présent titre ;

- ③ 2° Le suivi et l'évaluation de l'application du présent titre afin d'en informer annuellement le Gouvernement et le Parlement et de leur proposer des recommandations ;
- ④ 3° L'enregistrement, au sein d'un registre accessible aux seuls médecins, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, des déclarations des professionnels de santé mentionnées au III de l'article 16.
- ⑤ Lorsqu'à l'issue du contrôle mentionné au 1°, la commission estime que des faits commis à l'occasion de la mise en œuvre, par des professionnels de santé, des dispositions des chapitres II et III du présent titre sont susceptibles de constituer un manquement aux règles déontologiques ou professionnelles, elle peut saisir la chambre disciplinaire de l'ordre compétent.
- ⑥ II. – La commission est responsable du système d'information mentionné à l'article 13.
- ⑦ Nonobstant les dispositions de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, les données enregistrées dans ce système d'information sont traitées et partagées dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, aux seules fins d'assurer le suivi, le contrôle et l'évaluation des dispositions prévues au présent titre.
- ⑧ III. – Nonobstant les dispositions de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, les médecins membres de la commission peuvent accéder, dans la mesure strictement nécessaire à leur mission, au dossier médical de la personne ayant procédé ou fait procéder à l'administration de la substance létale.
- ⑨ La composition de la commission et ses règles de fonctionnement propres à garantir son indépendance et son impartialité, ainsi que les modalités d'examen, pour chaque personne ayant demandé l'aide à mourir, du respect des conditions prévues aux chapitres II et III du présent titre, sont déterminées par décret en Conseil d'État.

Article 18

- ① I. – Après le 22° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 23° ainsi rédigé :

- ② « 23° Élaborer des recommandations de bonne pratique portant sur les substances létales susceptibles d'être utilisées pour l'aide à mourir définie à l'article 5 de la loi n° du . et sur les conditions de leur utilisation, en tenant compte notamment des comptes-rendus mentionnés au V de l'article 11 de cette loi. »
- ③ II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ④ 1° Le 1° de l'article L. 5121-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Est qualifiée de létale une préparation magistrale utilisée pour l'aide à mourir définie à l'article 5 de la loi n° du , qui est préparée, dans le respect des recommandations mentionnées au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, par l'une des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire désignées par arrêté du ministre chargé de la santé, et délivrée dans les conditions mentionnées à l'article L. 5132-8 du présent code. » ;
- ⑥ 2° À la fin du premier alinéa de l'article L. 5121-14-3, les mots : « ou de son autorisation d'importation parallèle mentionnée à l'article L. 5121-17 ou de son autorisation mentionnée à l'article L. 5121-15 » sont remplacés par les mots : « , de son autorisation mentionnée à l'article L. 5121-15 ou des recommandations mentionnées au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑦ 3° Après le 6° de l'article L. 5126-6, il est ajouté un 7° ainsi rédigé :
- ⑧ « 7° Les pharmacies à usage intérieur mentionnées au deuxième alinéa du 1° de l'article L. 5121-1 peuvent transmettre les préparations magistrales létales définies à cet article aux pharmacies d'officine ou aux pharmacies à usage intérieur chargées de leur délivrance, mentionnées à l'article 10 de la loi n° du » ;
- ⑨ 4° Le premier alinéa du II de l'article L. 5311-1 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par exception, sur demande du ministre chargé de la santé, elle peut également procéder à l'évaluation des produits de santé destinés à être utilisés pour l'aide à mourir définie à l'article 5 de la loi n° du ».

CHAPITRE VI

Dispositions diverses

Article 19

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À l'article L. 160-8, il est rétabli un 3° ainsi rédigé :
- ③ « 3° La couverture des frais afférents à la mise en œuvre des dispositions du titre II de la loi n° du . » ;
- ④ 2° Après le 31° de l'article L. 160-14, il est inséré un 32° ainsi rédigé :
- ⑤ « 32° Pour les frais afférents à la mise en œuvre des dispositions du titre II de la loi n° du » ;
- ⑥ 3° Le premier alinéa de l'article L. 160-15 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle n'est pas non plus exigée pour les frais prévus au 3° de l'article L. 160-8. »
- ⑦ II. – Un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe :
- ⑧ 1° Les prix de cession des préparations magistrales létales mentionnées au 1° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique couvrant les frais de leur réalisation, de leur acheminement et de leur délivrance ;
- ⑨ 2° Les tarifs des honoraires ou rémunérations forfaitaires des professionnels de santé pour les missions réalisées dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions du présent titre. Ces honoraires ne peuvent donner lieu à dépassement.

Article 20

- ① I. – L'article L. 132-7 du code des assurances est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « L'assurance en cas de décès doit couvrir le décès en cas de mise en œuvre de l'aide à mourir prévue à l'article 5 de la loi n° du ».
- ③ II. – L'article L. 223-9 du code de la mutualité est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- ④ « L'assurance en cas de décès doit couvrir le risque de décès en cas de mise en œuvre de l'aide à mourir prévue à l'article 5 de la loi n° du ».
- ⑤ III. – Le présent article s'applique aux contrats en cours au jour de l'entrée en vigueur de la présente loi.

Article 21

- ① Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est habilité à prendre par ordonnance, dans un délai de douze mois à compter de la publication de la présente loi, les mesures relevant du domaine de la loi permettant :
- ② 1° D'étendre et d'adapter en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et à Wallis-et-Futuna, les dispositions de la présente loi ainsi que, le cas échéant, les dispositions d'autres codes et lois nécessaires à son application, en tant qu'elles relèvent de la compétence de l'État ;
- ③ 2° De procéder aux adaptations nécessaires de ces dispositions aux caractéristiques en matière de santé et de sécurité sociale particulières à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte.
- ④ Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

CONSEIL D'ÉTAT

Assemblée générale

Séance du jeudi 4 avril 2024

N° 408204

**EXTRAIT DU REGISTRE
DES DÉLIBÉRATIONS**

Avis sur un projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie

NOR : TSSP2407983L/Verte-1

1. Le Conseil d'Etat a été saisi le 15 mars 2024 d'un projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie. Ce projet de loi a été modifié par une saisine rectificative reçue le 30 mars 2024.

2. Ce projet de loi comprend quatorze articles regroupés en deux titres, respectivement intitulés « Renforcer les soins d'accompagnement et les droits des malades » et « Aide à mourir ».

Le titre I^{er} comprend des dispositions relatives à la création des soins d'accompagnement et aux droits des malades. Ce titre crée une nouvelle catégorie de soins dénommés « soins d'accompagnement » dont le champ est plus large que les soins palliatifs, destinés aux personnes atteintes d'une affection grave. Pour les personnes en fin de vie, il institue au bénéfice de ces personnes l'obligation d'établir un plan personnalisé d'accompagnement et crée un nouveau type d'établissement social ou médico-social (ESMS) intitulé les « maisons d'accompagnement ». Les dispositions de ce titre précisent également les droits des malades en particulier s'agissant du droit de visite et de maintien du lien social lorsque ces derniers sont accueillis au sein d'ESMS.

Le titre II comprend les dispositions permettant à une personne atteinte d'une maladie grave et incurable engageant son pronostic vital à court ou moyen terme de demander une « aide à mourir », consistant en la mise à disposition d'une substance létale que cette personne s'administre seule, sous la supervision d'un professionnel de santé, ou que celui-ci peut lui administrer si elle n'est pas en mesure physiquement d'y procéder. Les dispositions de ce titre fixent les conditions que doit remplir la personne ainsi que les garanties permettant de vérifier que sa demande est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Elles prévoient également les modalités permettant de respecter la liberté de conscience des professionnels de santé susceptibles d'autoriser l'accès à l'aide à mourir et d'assister les personnes lors de l'administration de la substance létale. Ce titre comprend enfin des dispositions créant une commission de contrôle de ces actes et prévoyant leur prise en charge par l'assurance maladie.

3. Le Conseil d'Etat souligne l'importance et la qualité des travaux qui ont posé et éclairé les principales options éthiques, philosophiques, sociales et de santé publique ayant

conduit au projet de loi, en particulier l'avis 139 du Comité consultatif national d'éthique en date du 13 septembre 2022, le rapport de la Convention citoyenne sur la fin de vie qui s'est tenue du 9 décembre 2022 au 2 avril 2023, l'avis du Conseil économique, social et environnemental présenté lors de sa séance plénière du 9 mai 2023 ou encore l'avis 23-17 de l'Académie nationale de médecine en date du 27 juin 2023.

4. Il constate que le projet de loi a fait l'objet des consultations préalables requises, notamment celles de la Caisse nationale d'assurance maladie, de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole, de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM), du Conseil supérieur des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel (CSTACAA), du Conseil national d'évaluation des normes (CNEN) et du Comité consultatif de la législation et de la réglementation financière (CCLRF).

5. Le Conseil d'État considère que l'étude d'impact répond aux exigences de l'article 8 de la loi organique n° 2009-403 du 15 avril 2009, pris pour l'application du troisième alinéa de l'article 39 de la Constitution sous réserve, comme indiqué au point 37, des données produites pour justifier l'unification des règles de compétence juridictionnelle au profit de la juridiction administrative en ce qui concerne le contentieux des décisions relatives à l'aide à mourir, qui sont insuffisantes.

Au-delà de ces remarques liminaires, et outre des améliorations de rédaction qu'il suggère au Gouvernement de retenir, ce projet de loi appelle, de la part du Conseil d'État, les observations qui suivent.

Observations préalables

6. Le projet de loi porte sur la fin de vie de personnes atteintes de maladies graves et incurables et dont le pronostic vital est engagé à court ou moyen terme. Il a pour objet principal de créer une « aide à mourir » entendue comme la légalisation, sous certaines conditions, de l'assistance au suicide et, dans l'hypothèse où la personne n'est pas en mesure physiquement de s'administrer elle-même la substance létale, de l'euthanasie à la demande de cette personne.

Sur le cadre juridique en vigueur

7. Le cadre juridique actuellement applicable en matière de fin de vie est issu de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, dite « loi Claeys-Leonetti ». Le second alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique énonce que « *Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté* ».

En application de l'article L. 1110-5-3 du même code, toute personne a le droit de « *recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance* ». En effet, « *Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée* ». A cette fin, « *Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrégé la vie* ».

Il résulte également de ce cadre juridique le droit de refuser la mise en œuvre ou la poursuite des traitements lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Ainsi, l'article L. 1110-5-1 du même code prévoit que « *Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire* ».

Enfin, les dispositions de l'article L. 1110-5-2 du même code ouvrent au patient la faculté de demander, afin « *d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie* ». Cette sédation profonde et continue peut être mise en œuvre : « *1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ; / 2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable* ». La sédation profonde et continue peut également être mise en œuvre « *lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté* », au titre du refus de l'obstination déraisonnable.

Sur les enjeux actuels

8. Le Conseil d'Etat invite à se reporter à son étude adoptée en assemblée générale le 28 juin 2018 sous le titre « *Révision de la loi bioéthique : quelles options pour demain ?* ». Il estime nécessaire de rappeler les observations suivantes qu'il avait alors formulées, considérant qu'elles demeurent d'actualité.

En premier lieu, il avait fait le constat que « *la loi actuelle permet de répondre à l'essentiel des demandes sociales relatives à la fin de vie, dans la mesure elle donne la possibilité au malade de se voir délivrer des soins palliatifs que son état requiert, d'obtenir l'arrêt de l'ensemble des traitements qui lui sont prodigués, une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès et, le cas échéant, une intervention médicale ayant, comme le prévoit l'article L. 1110-5-3 du code de la santé publique, "comme effet d'abrèger la vie"* ».

En deuxième lieu, il avait relevé que « *la loi française ne permet pas (...) de répondre aux demandes d'aide à mourir formées par des patients qui ne sont pas en situation de fin de vie, c'est-à-dire dont le pronostic vital n'est pas engagé à court terme* ».

En troisième lieu, faisant le constat, alors « *... unanime, d'un développement encore insuffisant de l'accès aux soins palliatifs dans notre pays* », il avait considéré que « *...l'expression d'une demande d'aide anticipée à mourir ne devrait jamais naître d'un accès insuffisant à des soins palliatifs. L'accès à des soins palliatifs de qualité constitue ainsi une condition indispensable à l'expression d'une volonté libre et éclairée du patient dans les derniers moments de la vie et, plus largement, un préalable nécessaire à toute réflexion éthique aboutie sur la question de la fin de vie* ».

En quatrième lieu, observant que « *le choix a été fait, dans notre pays, d'appréhender la question de la fin de vie par le prisme du droit* » et qu'« *en dépit [d'] avancées juridiques, la question du mal mourir n'a pas été complètement résolue* », il avait souligné « *les limites de l'instrument juridique pour appréhender les situations de fin de vie* ».

Le Conseil d'Etat l'avait illustré par les considérations suivantes : « *Il convient enfin de se garder de l'illusion que le droit pourrait se substituer à [...] la "sagesse pratique", celle qui "consiste à inventer les comportements justes appropriés à la singularité des cas". Appréhender les situations de fin de vie à travers le seul instrument juridique risque de paralyser le jugement éthique qui, bien souvent, suffit pour qu'une décision juste soit prise et que personne ne se sente menacé par le point de vue d'autrui. / En la matière, encore plus que dans d'autres, le Conseil d'État ne peut que faire sienne la mise en garde du doyen Carbonnier : "Ne légiférer qu'en tremblant, préférer toujours la solution qui exige moins de droit et laisse le plus aux mœurs et à la morale" ».*

9. Dans certains pays, les demandes de patients atteints de maladies graves souhaitant qu'il soit mis fin à leur vie ont été prises en compte par la législation. La Belgique a autorisé l'euthanasie entendue comme l'acte destiné à mettre délibérément fin à la vie d'une personne atteinte d'une maladie grave et incurable, à sa demande, afin de faire cesser une situation qu'elle juge insupportable, la substance létale étant administrée à la personne par un tiers. D'autres, comme la Suisse sur le modèle de l'Etat de l'Oregon aux Etats-Unis, n'ont autorisé que l'assistance au suicide entendue comme le fait de donner à une personne les moyens de se suicider, la personne s'administrant à elle-même la substance létale. D'autres encore, comme les Pays-Bas ou l'Espagne, autorisent les deux actes. Si chaque législation nationale présente des spécificités traduisant des conceptions éthiques et sociales différentes, quatre caractéristiques communes se dégagent : le patient doit être dans une situation médicale sans issue, faire état d'une souffrance physique ou psychique insupportable, être capable de discernement au moment de la formulation de sa demande et exprimer de manière libre sa volonté de mourir.

A l'inverse, l'Allemagne comme le Royaume-Uni ont pris le parti de s'abstenir de légiférer sur ces actes, en dépit de demandes en ce sens et du dépôt de projets de loi. En Allemagne, la Cour constitutionnelle a dégagé un « droit à l'autodétermination dans la mort » (« *Recht auf selbstbestimmtes Sterben* », Cour constitutionnelle fédérale, décision du 6 février 2020, n° 2 BvR 2347/15), qui conduit à dépénaliser l'assistance au suicide. Au Royaume-Uni, le parquet a édicté des lignes directrices dans le cadre d'une politique pénale préconisant une approche au cas par cas reposant sur une liste de critères non exhaustive.

10. Dans le cadre de la préparation du projet de loi, le Comité consultatif national d'éthique, la Convention citoyenne sur la fin de vie et le Conseil économique, social et environnemental ont recommandé au Gouvernement de consacrer un droit de choisir le moment de sa mort afin de permettre à une personne dont le pronostic vital est engagé de mettre un terme à des souffrances qu'elle considérerait comme insupportables ou afin de lui permettre de ne pas y être exposée.

Par ce projet de loi, le Gouvernement affirme vouloir apporter une réponse distincte de celles présentées au point 9, à la demande sociale exprimée à l'occasion de ces différents travaux sous la forme d'une aide à mourir.

Sur l'aide à mourir

11. L'aide à mourir inscrite dans le projet de loi consiste à mettre une substance létale à disposition d'une personne qui en a exprimé la demande, dans les conditions et selon les modalités prévues par la loi, afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est pas en mesure

physiquement d'y procéder, se la fasse administrer par un médecin, un infirmier ou une personne volontaire qu'elle désigne.

Les conditions d'accès à l'aide à mourir sont strictement encadrées par le projet de loi. Elle est réservée à des personnes âgées de plus de 18 ans, françaises ou ayant leur résidence stable et régulière en France, atteintes d'une maladie grave et incurable engageant leur pronostic vital à court ou à moyen terme, présentant des souffrances physiques ou psychologiques réfractaires ou insupportables liées à cette affection, et capables de manifester une volonté exprimée de façon libre et éclairée.

Le médecin auprès de qui la personne demande la mise en œuvre de l'aide à mourir est chargé de vérifier que cette personne respecte ces cinq conditions. Il contrôle aussi qu'elle confirme, après un délai de réflexion, sa volonté d'y procéder. Ce médecin prescrit la préparation de la substance létale et détermine, avec la personne, le médecin ou l'infirmier qui l'accompagnera lors de son administration.

Le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner fixe avec cette personne la date et le lieu de l'administration de la substance létale. Il récupère auprès d'une pharmacie d'officine qu'il a choisie la substance qui a été réalisée par une pharmacie à usage intérieur. Il vérifie que la personne confirme sa volonté de procéder à l'administration de la substance et la prépare le cas échéant.

L'administration de la substance létale est effectuée par la personne elle-même. Lorsque celle-ci n'est pas en mesure d'y procéder physiquement, l'administration est effectuée, à sa demande, soit par une personne volontaire qu'elle désigne lorsqu'aucune contrainte n'y fait obstacle, soit par le professionnel de santé présent.

12. Le Conseil d'Etat constate que si le dispositif projeté est conditionné par l'état de santé de la personne et repose sur une décision médicale, comme c'est le cas des dispositions présentées au point 7 actuellement applicables en fin de vie, il a jugé que ces dernières n'ont nullement « *pour objet ou pour effet de reconnaître ou d'organiser l'exercice d'un "droit de chacun à pouvoir mettre fin à ses jours consciemment, librement et dans la dignité" au moment de son choix et en dehors de toute situation d'obstination déraisonnable ou de fin de vie* » (Conseil d'Etat, 29 décembre 2022, n° 465977, point 5).

En effet, comme le rappelle la Haute Autorité de santé dans son guide du parcours de soins relatif à la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, cette dernière se distingue de l'assistance au suicide ou de l'euthanasie sur cinq points :

- l'intention : la sédation vise à soulager une souffrance réfractaire, et non pas à répondre à la demande de mort du patient ;
- le moyen : elle cherche à altérer la conscience profondément, et non pas à provoquer la mort ;
- la procédure : elle repose sur l'utilisation d'un médicament sédatif dont les doses sont adaptées pour obtenir la sédation profonde et qui ne sont pas létales ;
- le résultat : la sédation profonde est poursuivie jusqu'au décès dû à l'évolution naturelle de la maladie et la mort immédiate n'est pas recherchée ;
- la temporalité : la mort survient dans un délai qui ne peut pas être prévu, alors qu'en cas d'assistance au suicide ou d'euthanasie, elle est provoquée rapidement par le produit létal.

13. Le projet de loi introduit ainsi une double rupture par rapport à la législation en vigueur, d'une part, en inscrivant la fin de vie dans un horizon qui n'est plus celui de la mort imminente ou prochaine et, d'autre part, en autorisant, pour la première fois, un acte ayant pour intention de donner la mort.

Il met en cause ce principe aussi ancien que fondamental qu'est l'interdit de tuer (article 221 du code pénal) qui est, comme le note l'Académie nationale de médecine dans son avis n° 23-17, « *au fondement des soins palliatifs dont la finalité est d'alléger les souffrances et ne pas abandonner les patients qui les endurent, afin que leur fin de vie se déroule de manière digne et apaisée* », ainsi que « *l'exigence de solidarité et de fraternité qui est garante du vivre ensemble dans une société marquée par de nombreuses fragilités individuelles et collectives et des carences importantes dans le champ de la politique relative à la fin de vie* », comme le relevait le CCNE dans son avis n° 121 cité dans l'étude susmentionnée du 28 juin 2018 du Conseil d'Etat.

Ces principes trouvent leur traduction dans la déontologie des médecins, l'article R. 4127-38 du code de la santé publique disposant que : « *Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage. / Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort* », et dans celle des infirmiers, l'article R. 4312-21 comportant la même interdiction.

14. Le Conseil d'Etat examine les dispositions instituant ce dispositif au regard :

- de la liberté personnelle protégée par l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 ;
- du principe de légalité des délits et des peines consacré par l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 ;
- de la liberté de conscience qui découle de l'article 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 ;
- du principe du droit à un recours juridictionnel effectif qui découle de l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 ;
- du principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine qui découle du premier alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 ;
- de l'objectif à valeur constitutionnelle de protection de la santé qui découle du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 ;
- du droit à la vie garanti par l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;
- du droit au recours effectif garanti par l'article 6 de cette convention.
- du principe d'autonomie ou d'auto-détermination qui est une composante du droit au respect de la vie privée et familiale garanti par l'article 8 de la même convention ;
- de la convention internationale relative aux droits de l'enfant signée à New- York le 26 janvier 1990.

Sur les soins d'accompagnement, le plan personnalisé d'accompagnement et les maisons d'accompagnement

15. Le projet de loi entend renforcer l'accompagnement des personnes atteintes d'une affection grave, en créant une nouvelle catégorie de « soins d'accompagnement », en instituant

au bénéfice de ces personnes l'obligation d'établir un plan personnalisé d'accompagnement et en créant des « maisons d'accompagnement » destinées aux personnes en fin de vie.

Le Conseil d'Etat observe qu'à ce jour, comme l'expose l'étude d'impact et malgré les progrès opérés, l'offre de soins palliatifs demeure très hétérogène sur le territoire et reste globalement insuffisante, ainsi que l'ont constaté successivement le Comité consultatif national d'éthique dans son avis rendu le 13 septembre 2022, l'Académie nationale de médecine dans son avis rendu le 27 juin 2023 et la Cour des comptes dans son rapport remis en juillet 2023 à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Il ne peut, par suite, qu'approuver les objectifs du projet de loi sur ce sujet. Il souligne cependant que des dispositions législatives, voire réglementaires, sont insuffisantes, à elles seules, pour combler le retard constaté, ce d'autant que les dispositions du projet de loi créent une importante obligation de moyens, en particulier humains, à la charge des professions médicales, médico-sociale et sociales. Si le projet de loi ne comporte pas de dispositions de nature programmatique, notamment budgétaires, permettant de fixer des objectifs clairs à l'action de l'Etat, déterminés en termes quantitatifs et qualitatifs, le Conseil d'Etat prend acte de la volonté du Gouvernement d'arrêter prochainement un plan de développement des soins d'accompagnement qui aura cet objet. Il souligne la nécessité que ce plan déploie des moyens à la hauteur des besoins et bénéficie d'une mise en œuvre effective.

16. Le Conseil d'Etat observe que l'ensemble des dispositions mentionnées au point 15 ne se heurtent à aucun obstacle d'ordre constitutionnel ou conventionnel. Il propose cependant d'apporter au projet de loi les précisions exposées ci-après.

En premier lieu, le projet de loi conçoit les soins d'accompagnement comme couvrant des besoins plus précoces et plus vastes que les soins palliatifs tels qu'ils sont communément entendus aujourd'hui. Il reconnaît un droit à ces soins d'accompagnement. Tout en comprenant le choix de définir une nouvelle catégorie de soins, plutôt que d'explicitier la définition actuelle des soins palliatifs figurant à l'article L. 1110-10 du code de la santé publique, que le projet de loi modifie, le Conseil d'Etat estime cependant indispensable de ne pas supprimer toute définition des soins palliatifs, même s'ils deviennent partie des soins d'accompagnement, dès lors que cette notion est connue de tous et qu'y font référence divers articles du code de la santé publique que le projet de loi ne modifie pas. Il propose à cette fin de compléter le projet pour rétablir une définition des soins palliatifs. Il propose également de ne pas supprimer les dispositions reconnaissant au patient dont l'état le requiert, le droit à des soins palliatifs en tant que tels.

Le Conseil d'Etat relève, en second lieu, que la mise en place, pour chaque personne atteinte d'une maladie grave et de concert avec elle, d'un plan personnalisé d'accompagnement est conforme aux meilleures pratiques recommandées au plan international. Il propose, afin de mieux répondre aux propositions faites notamment par la Convention citoyenne ainsi qu'au consensus scientifique en la matière, que le projet de loi soit complété de telle sorte, notamment, que l'élaboration du plan tienne compte non seulement des besoins mais aussi des préférences du patient, qu'elle permette au patient d'être assisté des personnes de son choix et que le plan individuel, une fois élaboré, soit adapté en fonction de l'évolution de la situation et des aspirations du patient.

17. Le projet de loi améliore la clarté des dispositions législatives relatives à la « personne de confiance » prévue à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique. Il confirme

le choix du dossier médical partagé comme lieu de conservation privilégié des directives anticipées. Enfin, il ouvre au titulaire d'un espace numérique de santé la possibilité d'autoriser sa personne de confiance, un parent ou un proche à y accéder et à y effectuer pour son compte toute action, telles que la gestion des droits d'accès des professionnels de santé aux documents qu'il contient. Le Conseil d'Etat estime que ces dispositions, qui visent à sécuriser des situations où des proches aidants assistent un patient dans les démarches associées à sa pathologie et ne remettent pas en question les règles d'accès des professionnels au dossier médical partagé, ne portent pas atteinte au secret médical, mais qu'eu égard à la sensibilité des données en cause, il importera que le titulaire soit particulièrement éclairé sur les conséquences d'un tel choix. Il propose d'ajouter également des dispositions pour régir le cas spécifique des mineurs et des majeurs qui font l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne.

Sur la création d'un dispositif d'assistance au suicide et d'euthanasie à la demande de la personne

18. Le Conseil d'Etat relève, en premier lieu, que si le Conseil constitutionnel n'a jamais été conduit, à ce jour, à se prononcer sur l'assistance au suicide en fin de vie ni sur l'euthanasie à la demande de la personne, il a jugé, au regard, d'une part, du principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, érigé en tant que principe constitutionnel dans sa décision du 27 juillet 1994 relative aux lois de bioéthique, et, d'autre part, de la liberté personnelle proclamée par les articles 1er, 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, qu' : « *Il appartient au législateur, compétent en application de l'article 34 de la Constitution pour fixer les règles concernant les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques, notamment en matière médicale, de déterminer les conditions dans lesquelles la poursuite ou l'arrêt des traitements d'une personne en fin de vie peuvent être décidés, dans le respect de ces exigences constitutionnelles* » (Conseil constitutionnel, n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, paragr. 6, 7 et 8 ; n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022, paragr. 6,7 et 8).

19. Le Conseil d'Etat relève, en second lieu, que la Cour européenne des droits de l'homme juge, d'une part, que la protection du droit à la vie énoncée à l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales « *impose à l'État l'obligation non seulement de s'abstenir de donner la mort "intentionnellement" (obligation négative), mais aussi de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction (obligation positive)* » (CEDH, 4 octobre 2022, n° 78017/17, *Mortier c. Belgique*, § 116) obligeant ainsi « *les autorités internes à empêcher un individu de mettre fin à ses jours si sa décision n'avait pas été prise librement et en toute connaissance de cause* » (même arrêt, § 121). La Cour juge d'autre part que « *Le droit d'un individu de décider de quelle manière et à quel moment sa vie doit prendre fin est l'un des aspects du droit au respect de sa vie privée* » garantie par l'article 8 de la Convention (même arrêt, § 135). Le Conseil d'Etat note que la Cour considère en conséquence que « *Pour être compatible avec l'article 2 de la Convention, la dépénalisation de l'euthanasie doit être encadrée par la mise en place de garanties adéquates et suffisantes visant à éviter les abus et, ainsi, à assurer le respect du droit à la vie* » (même arrêt, § 139).

20. Le Conseil d'Etat estime qu'aucune règle ou aucun principe constitutionnel ou conventionnel ne fait obstacle à un dispositif instaurant, en fin de vie, une assistance au suicide et une euthanasie à la demande de la personne.

Il considère cependant que pour être conforme aux principes constitutionnels et conventionnels présentés aux points 18 et 19, un tel dispositif doit prévoir, d'une part, que la demande de la personne s'appuie sur la manifestation d'une volonté libre et éclairée et, d'autre part, que cette expression de volonté, s'agissant en particulier des personnes les plus vulnérables, est entourée de garanties renforcées.

Sur la définition de l'aide à mourir

21. Le projet de loi emploie les termes d'« aide à mourir », une expression pouvant être comprise comme visant des pratiques autres que l'assistance au suicide ou l'euthanasie à la demande de la personne, tels les soins palliatifs ou d'autres formes d'accompagnement, et qui est d'ailleurs utilisée pour désigner des réalités différentes d'un pays francophone à l'autre, notamment au Canada et en Suisse, et qui a été reprise par le Comité consultatif national d'éthique dans son avis 139, sous la forme amendée d'aide active à mourir.

Ainsi qu'il a été dit au point 6, le Conseil d'Etat constate que, sous cette expression dont l'emploi n'appelle pas d'objection de sa part, le projet de loi crée une procédure autorisant l'assistance au suicide et l'euthanasie à la demande de la personne.

Le Conseil d'Etat appelle l'attention du Gouvernement sur l'importance qui s'attache, au regard notamment des considérations relatives au droit pénal présentées au point 39, à définir de manière suffisamment claire et précise les actes entrant dans le champ de l'aide à mourir. A ce titre, il recommande de modifier le projet de loi pour prévoir expressément que l'aide à mourir couvre non seulement l'administration d'une substance létale, mais consiste aussi à mettre une telle substance à disposition d'une personne qui en a exprimé la demande, afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est pas en mesure physiquement d'y procéder, se la fasse administrer par un médecin, un infirmier ou une personne volontaire qu'elle désigne.

Sur les conditions d'accès à l'aide à mourir

22. Le projet de loi prévoit que la personne qui demande la mise en œuvre de l'aide à mourir pour elle-même doit respecter cinq conditions :

- être âgée de 18 ans ;
- être de nationalité française ou résider de manière stable et régulière sur le territoire national ;
- être atteinte d'une affection grave et incurable engageant son pronostic vital à court ou moyen terme ;
- présenter une souffrance physique ou psychologique réfractaire ou insupportable liée à cette affection ;
- être capable de manifester sa volonté de façon libre et éclairée.

23. S'agissant des trois premières conditions, le Conseil d'Etat considère qu'en les retenant le projet de loi ne méconnaît pas les principes constitutionnels et conventionnels présentés aux points 18 et 19.

Pour l'appréciation de la troisième condition relative à l'échéance du « moyen terme », le Conseil d'Etat estime que cette expression ne peut être entendue que dans le sens employé par la pratique médicale, pour laquelle elle correspond à un horizon temporel qui n'excède pas

douze mois. Il considère qu'elle n'est dès lors pas entachée d'incompétence négative. Il observe que les modalités d'appréciation de l'horizon de « moyen terme » pourront être utilement éclairées, selon les pathologies en cause, par des recommandations formulées par la Haute Autorité de santé.

24. S'agissant de la condition tenant aux souffrances physiques ou psychologiques subies par la personne qui demande l'aide à mourir, le Conseil d'Etat relève que le projet de loi prévoit que les souffrances doivent être liées à l'affection qui engage le pronostic vital, ce qui constitue une garantie dans le cas de personnes susceptibles d'être atteintes, par ailleurs, de maladies psychiatriques altérant ou abolissant, le cas échéant, leur discernement.

Il recommande de modifier le projet de loi, par cohérence avec les dispositions du 1° et du 2° de l'article L. 1110-5-2 du code de la santé publique relatives à la sédation profonde et continue, pour rappeler qu'est regardée comme réfractaire une souffrance que présente un patient malgré les traitements, et comme insupportable la souffrance que présente un patient qui a arrêté un traitement.

Il observe qu'une personne faisant état de souffrances psychologiques insupportables liées à l'annonce d'une affection grave et incurable engageant son pronostic vital à l'horizon de quelques mois, ce qui n'est pas rare à l'annonce d'un tel diagnostic, pourra remplir cette condition alors qu'elle ne subit pas encore de souffrances physiques et qu'elle aura refusé un traitement de nature à soulager ses souffrances présentes et à venir.

Il considère que ces dispositions caractérisent, avec suffisamment de clarté et de précision, la situation dans laquelle une personne peut demander l'aide à mourir et qu'elles ne méconnaissent pas les principes constitutionnels et conventionnels mentionnés aux points 18 et 19.

25. La cinquième condition fixée par le projet de loi et mentionnée au point 22 prévoit que l'accès à l'aide à mourir est fondée sur l'expression de la volonté libre et éclairée de la personne qui demande l'aide à mourir. Cette exigence est assortie de garanties, et son respect est contrôlé à plusieurs étapes de la procédure.

En premier lieu, le projet de loi prévoit que le médecin chargé de se prononcer sur la demande apporte à la personne des informations sur son état de santé et ses perspectives, sur son droit à renoncer à tout moment à sa demande ainsi que sur les modalités de mise en œuvre de l'aide à mourir. Ce médecin doit lui proposer également des soins palliatifs.

En second lieu, le projet de loi prévoit que la personne doit demander elle-même l'accès à l'aide à mourir à un médecin et la confirmer, lorsque celui-ci rend une décision favorable, après un délai de réflexion d'au moins 48 heures. Le médecin ou l'infirmier qui accompagne ensuite la personne lors de l'administration de la substance létale doit également vérifier, avant de préparer l'administration de cette substance, que la personne en exprime toujours la volonté.

Le Conseil d'Etat examine ces dispositions au regard de l'exigence particulière qui s'attache, au regard des principes présentés aux points 18 et 19, à la définition, par la loi, de garanties que la mise en œuvre de l'aide à mourir repose effectivement, en pratique, sur l'expression de la volonté libre et éclairée de la personne.

Il rappelle, d'une part, que les personnes dont une maladie psychiatrique altère gravement le discernement lors de la démarche de demande d'aide à mourir ne peuvent pas, selon le projet de loi, être regardées comme manifestant une volonté libre et éclairée. Il recommande de le préciser explicitement dans le projet de loi, ainsi que d'indiquer que la demande doit être expresse.

Si aucun principe d'ordre constitutionnel ou conventionnel n'impose de réserver l'aide à mourir aux seules personnes pour lesquelles les soins palliatifs ne seraient pas parvenus à soulager la souffrance, c'est-à-dire aux personnes ressentant des souffrances réfractaires, il considère d'autre part nécessaire, comme souligné dans son étude mentionnée aux points 8 et 15, de prévoir que la personne ait pu effectivement avoir accès préalablement aux soins palliatifs. Il propose, dans cette mesure, de compléter le projet de loi pour préciser que le médecin chargé de se prononcer sur la demande est tenu de s'assurer que la personne peut y avoir accès en pratique si elle en a exprimé la demande lors de leur entretien.

Le Conseil d'Etat propose enfin de compléter le projet de loi pour prévoir explicitement qu'il est mis fin à la procédure lorsque la personne renonce à sa demande.

Sur la décision d'accès à l'aide à mourir

26. Le projet de loi confie à un médecin le soin de vérifier le respect des conditions présentées au point 22 et le pouvoir d'autoriser l'accès à l'aide à mourir. Il prévoit qu'avant de rendre sa décision, le médecin sollicité recueille l'avis d'un autre médecin qui ne connaît pas la personne et qui est, si le premier médecin ne l'est pas lui-même, un spécialiste de la pathologie de la personne, ainsi que l'avis d'un auxiliaire médical ou d'un aide-soignant qui intervient auprès de la personne, ou, à défaut d'un autre auxiliaire médical. Le projet de loi prévoit également que le médecin peut recueillir l'avis d'autres professionnels qui interviennent auprès de la personne, notamment des psychologues, des infirmiers ou des aides-soignants.

Le Conseil d'Etat relève que le choix de confier à un médecin la mission de se prononcer sur l'accès à l'aide à mourir est nécessaire et cohérent dans la mesure où plusieurs des conditions mentionnées au point 22 imposent une appréciation médicale de la situation de la personne. Le projet de loi prévoit également que le médecin chargé de se prononcer sur la demande doit recueillir obligatoirement au moins deux avis, même si la décision appartient à lui seul. Compte tenu du rôle de ce médecin et de l'importance de l'avis de son confrère dans son appréciation des conditions mentionnées au point 22, le Conseil d'Etat propose, pour garantir que la décision sera prise de la façon la plus objective et éclairée, de compléter le projet de loi afin de prévoir, d'une part, que ces médecins ne sont pas des membres de la famille de la personne (un ascendant, un descendant, un frère, une sœur, un oncle, une tante, un grand-oncle, une grand-tante, un neveu ou une nièce, ainsi que le conjoint, le concubin et le partenaire lié par un pacte civil de solidarité d'une des personnes précédentes ou de la personne elle-même) et, d'autre part, que le médecin chargé d'émettre un avis a également accès au dossier médical et peut, s'il le souhaite, demander à examiner la personne.

Tant pour assurer la protection de la personne qui demande l'aide à mourir que pour mieux circonscrire l'étendue de la responsabilité du médecin, le Conseil d'Etat estime nécessaire de compléter le projet de loi pour prévoir que la procédure d'aide à mourir s'interrompt si le médecin chargé de se prononcer sur la demande prend connaissance, postérieurement à sa décision, d'éléments d'information le conduisant à considérer que les

conditions mentionnées au point 22 n'étaient pas remplies lorsqu'il l'a prise, ou cessent de l'être.

Sur l'accès des majeurs protégés à l'aide à mourir

27. Le projet de loi n'exclut pas les majeurs protégés de l'accès à l'aide à mourir. Afin toutefois de prendre en compte les observations du Conseil d'Etat sur l'absence de dispositions propres les concernant malgré leur vulnérabilité particulière, une saisine rectificative a ajouté au projet, pour les personnes qui font l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, une modalité supplémentaire spécifique d'évaluation de la condition tenant à l'aptitude à exprimer leur volonté de façon libre et éclairée. Le médecin saisi de la demande d'autorisation doit, d'une part, informer la personne chargée de la mesure de protection et, d'autre part, tenir compte, le cas échéant, des observations de cette personne.

Le Conseil d'Etat considère qu'il résulte des principes constitutionnels de sauvegarde de la dignité de la personne humaine et de la liberté personnelle, et conventionnels du droit à la vie et du droit au respect de la vie privée, rappelés aux points 18 et 19, que des dispositions spécifiques s'ajoutant à celle introduite par la saisine rectificative, sont nécessaires pour permettre d'apporter les garanties propres à prendre en compte la situation de particulière vulnérabilité des majeurs protégés. Il s'assure de la cohérence des garanties supplémentaires qu'il propose avec les protections prévues par le code civil et d'autres dispositions, comme celles figurant dans le code de la santé publique.

28. Le Conseil d'Etat observe en premier lieu que l'inclusion des majeurs protégés dans le champ d'application de la loi est cohérente avec les conditions d'ouverture des différentes mesures de protection définies par le code civil, qui ne permettent pas d'exclure qu'une personne bénéficiant d'une mesure de protection juridique puisse être en mesure d'exprimer sa volonté de façon libre et éclairée. Il relève en outre que les évolutions législatives récentes relatives au droit des majeurs protégés (loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice et ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé) prolongent le mouvement amorcé par la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, tendant à privilégier une approche plus respectueuse du droit des personnes et des libertés individuelles et renforçant l'autonomie du majeur protégé. A ce titre et afin de souligner l'indépendance des dispositions régissant le présent projet et la législation civile, il propose de modifier le projet de loi pour prévoir que le médecin contrôle l'aptitude de la personne, et non pas sa capacité, à manifester sa volonté de façon libre et éclairée.

29. En deuxième lieu, le Conseil d'Etat relève que l'aide à mourir s'entend comme un « *acte dont la nature implique un consentement strictement personnel* », au sens de l'article 458 du code civil, qui ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée. Pour l'application des principes mentionnés au point 19, dont il découle que les « *autorités [ont] le devoir de protéger les personnes vulnérables même contre des agissements par lesquels elles menacent leur propre vie* » et l'obligation « *d'empêcher un individu de mettre fin à ses jours si sa décision n'a pas été prise librement et en toute connaissance de cause* » (CEDH, 20 janvier 2011, n° 31322/07, *Haas c. Suisse*, § 54), des garanties consistant en un contrôle de l'état de la volonté du majeur protégé peuvent dès lors être envisagées. Le Conseil d'Etat considère toutefois que la seule information de la personne chargée d'une mesure de protection avec représentation de la personne, et la possibilité pour celle-ci de former des observations dont le médecin devra tenir compte, sont insuffisantes.

30. Il estime en effet que doivent être regardées comme des personnes vulnérables non seulement les personnes bénéficiant d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, mais également celles bénéficiant d'une mesure avec assistance à la personne, l'existence d'une mesure de protection à la personne (assistance ou représentation) révélant, selon les termes mêmes de l'article 459 du code civil, que « *l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée* ». Il considère en conséquence que des garanties doivent être prévues pour l'ensemble de ces personnes.

31. Le Conseil d'Etat considère en troisième lieu, au titre des garanties nécessaires exposées au point 27, que le projet de loi doit prévoir que les personnes chargées de cette mesure de protection peuvent saisir un juge dans l'intérêt de la personne protégée. En cohérence avec les dispositions du code civil rappelées aux points précédents et avec les dispositions du code de la santé publique qui prévoient l'intervention du juge des tutelles s'agissant des actes médicaux graves qui concernent un majeur protégé (articles L. 1111-4, L. 1122-2, L. 1241-4 et L. 2123-2), il propose de modifier le projet de loi pour prévoir que la décision du médecin autorisant une personne faisant l'objet d'une telle mesure de protection juridique à accéder à l'aide à mourir peut être contestée par la personne chargée de la mesure de protection devant le juge des tutelles.

32. Afin de garantir l'effectivité du recours ainsi prévu, le Conseil d'Etat propose de compléter le projet de loi pour prévoir que la décision qui se prononce sur la demande d'un majeur protégé faisant l'objet d'une mesure d'assistance ou de représentation de la personne est notifiée à la personne chargée de cette mesure.

33. Relevant que les garanties, telles qu'étendues et complétées aux points 30 à 32, ne pourront s'appliquer qu'à la condition que le médecin ait connaissance de l'existence d'une mesure de protection, le Conseil d'Etat propose en dernier lieu de compléter le projet de loi pour prévoir que la personne qui fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne l'indique au médecin. Il appelle en outre l'attention du Gouvernement sur la nécessité d'organiser d'autres voies d'information du médecin qui recueille la demande d'aide à mourir sur l'existence d'une mesure de protection.

Sur les recours contre les décisions se prononçant sur l'aide à mourir

34. Le projet de loi prévoit que la décision du médecin se prononçant sur la demande d'aide à mourir ne peut être contestée que par la personne qui en fait l'objet, à l'exclusion de tout autre recours. Cette disposition a pour conséquence d'interdire tout recours d'un tiers contre une telle décision.

35. Le Conseil d'Etat relève que le Conseil constitutionnel a admis que des restrictions puissent être apportées, pour des motifs d'intérêt général, au droit au recours des personnes susceptibles de justifier d'un intérêt leur donnant qualité pour agir (Conseil constitutionnel, décision n° 2011-138 QPC du 17 juin 2011, cons. 6 et 7 ; décision n° 2012-288 QPC du 17 janvier 2013, cons. 7 et 8 ; décision n° 2015-722 DC du 26 novembre 2015, cons. 18). Sous réserve des considérations exposées au point 31, le Conseil d'Etat estime, eu égard au caractère éminemment intime de la demande d'accès à l'aide à mourir qui trouve son fondement dans la liberté personnelle garantie par l'article 2 de la Déclaration de 1789 et dans le principe d'autonomie qui découle du droit au respect de la vie privée et familiale énoncé à l'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, que le projet de loi peut restreindre aux seules personnes dont émane la demande le droit de former un recours contre la décision du médecin, sans méconnaître le droit à un recours juridictionnel effectif, ni le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, ni la protection du droit à la vie.

S'agissant des décisions se prononçant favorablement sur la demande d'aide à mourir, le Conseil d'Etat précise que les dispositions du présent projet de loi ne font pas obstacle à ce qu'une personne intéressée saisisse le procureur d'une plainte si elle estime que des infractions sont commises du fait d'erreurs ou de fraudes affectant la décision du médecin, notamment s'agissant des conditions du recueil de la volonté de la personne ou de la vérification des conditions tenant à l'âge ou à l'aptitude à exprimer une volonté libre et éclairée, qui visent à protéger les personnes les plus vulnérables, telles que les personnes dont le discernement est gravement altéré par des maladies psychiatriques. Il appartiendra à l'autorité judiciaire compétente de prendre les mesures propres à interrompre, le cas échéant, la poursuite de la procédure d'aide à mourir.

Sur l'unification des règles de compétence juridictionnelle

36. Le projet de loi prévoit que les recours de la personne ayant demandé l'aide à mourir contre les décisions prises par le médecin chargé de se prononcer sur le respect des conditions d'accès à l'aide à mourir relèvent de la compétence de la juridiction administrative.

37. Le Conseil d'Etat rappelle que le Conseil constitutionnel juge que le législateur peut, dans l'intérêt d'une bonne administration de la justice, unifier les règles de compétence juridictionnelle au sein de l'ordre juridictionnel principalement intéressé, et ainsi déroger aux « règles habituelles de compétence, entre la juridiction administrative et la juridiction judiciaire » (Conseil constitutionnel, n° 86-224 DC du 23 janvier 1987, cons. 15 et 16 ; n° 2019-807 QPC du 4 octobre 2019, paragr. 6), « lorsque l'application d'une législation ou d'une réglementation spécifique pourrait engendrer des contestations contentieuses diverses qui se répartiraient, selon les règles habituelles de compétence, entre la juridiction administrative et la juridiction judiciaire » (Conseil constitutionnel, n° 89-261 DC du 28 juillet 1989, cons. 19 et 20 ; n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, cons. 36).

Au cas présent, le Conseil d'Etat constate, d'une part, que l'étude d'impact indique de manière succincte et peu convaincante que c'est le juge administratif qui devrait être majoritairement saisi, au motif, non étayé, que les personnes atteintes des pathologies en cause seraient le plus souvent prises en charge dans des établissements publics de santé. Il constate, d'autre part, que le législateur n'a pas, s'agissant des recours dirigés contre les décisions d'arrêt des traitements et de sédation profonde et continue, unifié les règles de compétence juridictionnelle au sein de la juridiction administrative. Il estime dans ces conditions qu'il n'est

pas établi que l'intérêt d'une bonne administration de la justice justifie de déroger aux règles habituelles de compétence entre la juridiction administrative et la juridiction judiciaire. Il propose de modifier le projet de loi sur ce point.

Sur la liberté de conscience des professionnels de santé

38. Le projet de loi prévoit que les professionnels de santé, qui pourraient être amenés à se prononcer sur l'accès à l'aide à mourir, en prenant la décision ou en donnant leur avis, ou à accompagner la personne pour l'administration de la substance létale ne sont pas tenus de le faire, mais doivent dans ce cas orienter la personne vers un professionnel susceptible d'y participer. Le projet de loi dispose par ailleurs que les responsables des établissements ou services au sein desquelles la personne pourrait être admise sont tenus de permettre l'intervention des professionnels concourant à l'aide à mourir.

Eu égard à ce qui a été dit au point 13, le Conseil d'Etat observe que les missions confiées par le projet de loi à ces professionnels de santé, en vue d'une assistance au suicide ou d'une euthanasie à la demande de la personne, peuvent heurter leurs convictions personnelles dans des conditions de nature à porter atteinte à leur liberté de conscience. Il relève toutefois qu'en prévoyant une clause de conscience leur permettant de ne pas concourir à la procédure d'aide à mourir, tout en garantissant la possibilité pour la personne d'être orientée vers un professionnel de santé susceptible d'intervenir, le projet de loi permet de sauvegarder leur liberté de conscience, qui est au nombre des droits et libertés que la Constitution garantit en application de l'article 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 (Conseil constitutionnel, n° 2001-446 DC du 27 juin 2001, cons. 13 à 15).

En revanche, le Conseil d'Etat estime que les missions de réalisation de la préparation magistrale létale et de délivrance de la substance létale, qui interviennent après la prise de décision et avant la mise en œuvre de l'administration de la substance létale, ne concourent pas de manière suffisamment directe à l'aide à mourir pour risquer de porter atteinte à la liberté de conscience des pharmaciens et des personnes qui travaillent auprès d'eux.

Sur le cadre pénal

39. Le Conseil d'Etat considère que l'aide à mourir prévue par le projet de loi constitue une cause d'irresponsabilité pénale par autorisation de la loi, au sens de l'article 122-4 du code pénal selon lequel « *n'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires* ». Il suggère de l'expliciter dans le projet de loi.

Il rappelle, toutefois, que pour qu'une telle cause objective d'irresponsabilité puisse constituer un fait justificatif d'un acte susceptible de faire l'objet de poursuites pénales, elle doit respecter les principes applicables à la législation pénale et, en premier lieu, le principe constitutionnel de légalité des délits et des peines. Le Conseil constitutionnel a en effet jugé à deux reprises que les lois qui instituent des « immunités » pénales doivent respecter ce principe (Conseil constitutionnel, n° 98-399 DC du 5 mai 1998 sur la loi relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile, cons. 5 à 8 ; n° 2006-540 DC du 27 juillet 2006 sur la loi relative au droit d'auteur et aux droits voisins dans la société de l'information, cons. 57). Pour le Conseil constitutionnel, le principe de légalité des délits et des peines est respecté dès lors que l'infraction est définie « *dans des conditions qui permettent au juge, auquel le principe de l'égalité impose d'interpréter strictement la loi pénale, de se prononcer sans que son*

appréciation puisse encourir la critique d'arbitraire » (Conseil constitutionnel, n° 96-377 DC du 16 juillet 1996 sur la loi tendant à renforcer la répression du terrorisme et des atteintes aux personnes dépositaires de l'autorité publique ou chargées d'une mission de service public et comportant des dispositions relatives à la police judiciaire, cons. 11). Le Conseil d'Etat estime en l'espèce que, sous réserve des observations faites aux points 21, 24, 25 et 26, le projet de loi décrit de manière suffisamment claire, détaillée et précise les actes autorisés et leurs conditions de réalisation ainsi que les différentes étapes de la procédure et qu'il satisfait, par conséquent, aux exigences qui découlent du principe de légalité des délits et des peines.

Le Conseil d'Etat souligne cependant qu'il ne peut être exclu que des manquements dans la mise en œuvre de la procédure prévue pour l'accès à l'aide à mourir puissent donner lieu à des poursuites, notamment pour le délit d'homicide involontaire, dans les conditions et selon les distinctions prévues par l'article 221-6 du code pénal.

Sur la création d'un système d'information

40. Le projet de loi prévoit la création d'un système d'information dans lequel chacun des professionnels intervenant au cours de la procédure d'aide à mourir est tenu de tracer les actes qu'il effectue, à chaque étape de la procédure. Ce traitement de données, dont la responsabilité est confiée à une commission de contrôle et d'évaluation des procédures d'aide à mourir, a pour finalités d'assurer le suivi des procédures d'aide à mourir et le contrôle *a posteriori* de chacune d'entre elles, tant sur les conditions de fond que sur la procédure à suivre, ainsi que l'évaluation annuelle de la mise en œuvre de la loi. Le projet de loi renvoie à un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), la définition des modalités de mise en œuvre de ce traitement.

41. Le Conseil d'Etat observe, en premier lieu, que ce traitement porte sur des données de santé, qui sont des données à caractère personnel dites sensibles relevant de l'article 9 du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (dit « RGPD »). Si le paragraphe 1 de cet article fixe un principe d'interdiction du traitement de telles données, son paragraphe 2 énonce les conditions dans lesquelles cette interdiction est susceptible d'être levée. Le traitement envisagé par le projet de loi, qui a notamment pour finalité de permettre un contrôle des procédures d'aide à mourir en vue d'identifier, le cas échéant, des anomalies susceptibles de révéler l'existence d'un délit ou d'un crime ou de donner lieu à des actions en responsabilité, remplit la condition prévue au f) de ce paragraphe 2 dès lors qu'il est nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense d'un droit en justice. Au regard de la condition prévue au i) du même paragraphe, le traitement peut également être regardé comme nécessaire pour des motifs d'intérêt public dans le domaine de la santé publique.

42. Le Conseil d'Etat relève, en deuxième lieu, qu'en application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2018-1125 du 12 décembre 2018, l'autorisation d'un tel traitement, même lorsque celui-ci est mis en œuvre par une personne publique et qu'il est d'une ampleur importante, ne nécessite pas en principe l'intervention du législateur mais uniquement un acte réglementaire de l'autorité compétente (cf. par exemple, Conseil d'Etat, 6 novembre 2019, *Fédération des acteurs de la solidarité*, n° 434376).

Le recours à une loi est cependant nécessaire dans l'hypothèse où le traitement envisagé ne peut être mis en œuvre sans modification d'une disposition législative qui y fait obstacle ainsi que dans celle où le traitement conduit à fixer des règles concernant les droits civiques et les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques et entre ainsi dans le champ des matières que l'article 34 de la Constitution réserve à la loi (Conseil d'Etat, 26 octobre 2011, *Association pour la Promotion de l'Image*, n° 317827).

Le recours à des dispositions législatives étant nécessaire pour déroger aux dispositions de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique réservant l'accès aux données couvertes par le secret médical aux professionnels participant à la prise en charge d'une personne, le Conseil d'Etat estime que le système d'information envisagé doit être autorisé par la loi.

Il rappelle, toutefois, que la loi peut se borner, sous réserve d'en encadrer les finalités, à autoriser la création d'un traitement de données en renvoyant au pouvoir réglementaire le soin d'en préciser les conditions de mise en œuvre, en particulier la liste des données traitées, leur durée de conservation, les modalités de traitement de ces données et les personnes autorisées à y avoir accès, ainsi que le prévoit le présent projet de loi.

43. Le Conseil d'Etat relève, en dernier lieu, qu'il résulte des dispositions du *a* du 4° du I de l'article 8 de la loi du 6 janvier 1978, dans leur rédaction résultant de l'ordonnance du 12 décembre 2018, que la CNIL doit être préalablement consultée sur tout projet de loi ou de décret qui détermine, dans leurs caractéristiques essentielles, les conditions de création ou de mise en œuvre d'un traitement de données à caractère personnel.

Le Conseil d'Etat estime que la consultation de la CNIL sur les dispositions législatives autorisant la création du système d'information n'est pas nécessaire dès lors que le projet de loi, qui se borne à définir le responsable du traitement et ses finalités et renvoie à un décret en Conseil d'Etat la définition des modalités de sa mise en œuvre, ne peut être regardé comme définissant par lui-même, dans ses caractéristiques essentielles, les conditions de création ou de mise en œuvre d'un traitement de données à caractère personnel.

Il considère, en revanche, qu'en application des dispositions du paragraphe 4 de l'article 36 du RGPD aux termes desquelles l'autorité de contrôle doit obligatoirement être consultée sur tout projet de texte réglementaire définissant les caractéristiques principales d'un traitement dont la création est prévue par une disposition législative, la CNIL devra être consultée sur le décret en Conseil d'Etat auquel renvoient les dispositions législatives autorisant la création du traitement.

Sur la commission de contrôle et d'évaluation

44. Le projet de loi prévoit la création d'une commission de contrôle et d'évaluation qui a pour mission principale de contrôler *a posteriori*, à partir notamment des données enregistrées dans le système d'information, que chaque procédure d'aide à mourir a bien été mise en œuvre dans le respect des conditions prévues par le présent projet de loi. L'exercice d'un tel contrôle, s'il a vocation à s'exercer après le décès des intéressés, vise à vérifier que l'aide à mourir n'est pratiquée que dans les cas et dans les conditions définis par la loi. Il est conçu comme une garantie.

45. En premier lieu, le Conseil d'Etat relève que le caractère suffisant d'un contrôle *a posteriori* a été admis par la Cour européenne des droits de l'homme. Dans son arrêt du 4 octobre 2022, *Mortier contre Belgique (78017/17)*, celle-ci a jugé que le choix de la Belgique de mettre en place un contrôle *a posteriori* des actes d'euthanasie n'était pas incompatible avec les articles 2 et 8 de la Convention, dès lors que ces actes sont soumis à des conditions strictement réglementées par la loi qui prévoit un certain nombre de garanties matérielles et procédurales. Partant du principe que l'obligation qui pèse sur l'État de protéger le droit à la vie implique non seulement des obligations positives matérielles, mais aussi l'obligation positive procédurale de veiller à ce que soit en place, pour les cas de décès, un système judiciaire effectif et indépendant, elle a considéré que le contrôle *a posteriori* dont est chargée la commission fédérale belge participe de cette obligation positive procédurale, au même titre qu'une enquête pénale, dont elle a estimé qu'elle n'est en général pas requise lorsque l'euthanasie est pratiquée dans le cadre d'une législation qui l'autorise tout en la subordonnant à des conditions strictes. Elle a cependant souligné la nécessité qu'un tel contrôle soit « *effectué de manière particulièrement rigoureuse pour satisfaire aux obligations prévues par l'article 2* », et en particulier que les règles de composition et de fonctionnement de la commission chargée de ce contrôle garantissent son indépendance.

Le Conseil d'État estime par ailleurs que le principe même de l'existence d'une telle commission ne contrevient à aucun principe de nature constitutionnelle, les prérogatives de l'autorité judiciaire ne faisant l'objet d'aucune restriction dès lors, d'une part, que l'appréciation de la commission ne revient pas, en droit, à éteindre l'action publique et, d'autre part, que l'action publique n'est pas subordonnée à l'action de la commission.

En effet, d'une part, le cadre strict dans lequel s'inscrit l'aide à mourir, qui permet de l'envisager comme une cause d'irresponsabilité pénale par autorisation de la loi, au sens de l'article 122-4 du code pénal, ne semble pas justifier un contrôle systématique de l'autorité judiciaire, dont l'indépendance est garantie par la Constitution. La commission de contrôle et d'évaluation devant être regardée comme une « *autorité constituée* » au sens de l'article 40 du code de procédure pénale aux termes duquel « *toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs* », elle sera tenue, si elle suspecte, dans le cadre de son contrôle, que des faits sont susceptibles de constituer un crime ou un délit, d'effectuer un signalement au procureur de la République, à qui seul appartiendra d'apprécier l'opportunité d'engager des poursuites.

D'autre part, les proches des personnes décédées pourraient engager l'action publique en saisissant directement le parquet d'une plainte ou en se constituant partie civile. L'intervention de la commission ne délivrerait pas non plus les professionnels de santé, notamment ceux exerçant au sein du service public hospitalier, des obligations prévues en particulier à l'article 40 du code de procédure pénale et à l'article 434-1 du code pénal, aux termes duquel toute personne ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, est tenue d'en informer les autorités judiciaires ou administratives.

46. En deuxième lieu, le projet de loi prévoit de renvoyer à un décret simple la définition de la composition et du fonctionnement de la commission. Le Conseil d'Etat estime toutefois qu'il appartient au législateur, eu égard aux exigences d'indépendance et d'impartialité qui

s'imposent à la commission pour garantir l'effectivité d'un contrôle sur la nouvelle procédure d'aide à mourir, d'exercer sa compétence en encadrant davantage cette délégation au pouvoir réglementaire. Il propose en conséquence de modifier le projet de loi pour préciser que la composition de la commission et ses règles de fonctionnement, définies par un décret en Conseil d'Etat, doivent être propres à garantir son indépendance et son impartialité.

47. Le Conseil d'Etat estime en outre nécessaire au plein exercice de ses missions par la commission de lui permettre d'accéder non seulement aux données enregistrées dans le système d'information mais également, en cas de besoin, au dossier médical de la personne. Il propose cependant de limiter cette nouvelle dérogation aux dispositions de l'article L. 1110-4 du code de santé publique, qui doit être proportionnée aux objectifs poursuivis, au bénéfice des seuls médecins membres de la commission. Il importera donc que la commission comporte au moins deux médecins, pour les cas où l'un d'entre eux devrait se déporter.

Sur le registre des professionnels de santé disposés à participer à la mise en œuvre des dispositions relatives à l'aide à mourir

48. Le projet de loi prévoit la création, sous la responsabilité de la commission de contrôle et d'évaluation, d'un registre des professionnels de santé se déclarant disposés à participer à la mise en œuvre des dispositions relatives à l'aide à mourir. Ce registre a pour objet de permettre d'orienter les personnes demandant l'aide à mourir vers des professionnels volontaires, dans l'hypothèse où un professionnel de santé leur oppose sa clause de conscience.

Si le recours à des dispositions législatives pour autoriser la création d'un tel traitement de données ne s'impose pas, le Conseil d'Etat l'estime justifié au regard de la finalité du registre, qui est de garantir que l'exercice de la liberté de conscience des professionnels de santé ne constitue pas un obstacle pour les personnes demandant l'aide à mourir. Il estime qu'il convient d'en limiter l'accès aux médecins, seuls chargés d'examiner la demande d'aide à mourir et d'accompagner la personne ou de convenir avec elle d'un infirmier ou d'un autre médecin disposé à l'accompagner, et de renvoyer à un décret en Conseil d'Etat la définition des conditions de mise en œuvre de ce traitement.

En application des dispositions du paragraphe 4 de l'article 36 du RGPD rappelées au point 43, le Conseil d'Etat rappelle que la CNIL devra être consultée sur le décret en Conseil d'Etat auquel renvoient les dispositions législatives autorisant la création de ce registre.

Sur la codification

49. Le projet de loi ne codifie pas ses dispositions instaurant l'aide à mourir, définissant sa procédure et son contrôle, en dépit de leur caractère permanent, alors qu'il insère dans le code de la santé publique ses dispositions relatives à la préparation utilisée pour l'aide à mourir. Le Conseil d'Etat rappelle que si le Conseil constitutionnel ne se prononce pas sur l'opportunité du choix de codification (Conseil constitutionnel, n° 2001- 454 DC du 17 janvier 2002, cons. 26 et 27), il juge que la codification tend à faciliter l'accessibilité et l'intelligibilité des règles de droit (Conseil constitutionnel, n° 99-421 DC du 16 décembre 1999, cons. 13). Il appelle en conséquence l'attention du Gouvernement sur l'opportunité de procéder à la codification des dispositions relatives aux conditions, à la procédure et au contrôle de l'aide à mourir. Il estime que la section 2 du chapitre 1^{er} du titre 1^{er} du livre 1^{er} de la première partie du code de la santé publique intitulée « *Expression de la volonté des malades refusant un traitement et des malades en fin de vie* » pourrait accueillir ces dispositions. Le Conseil d'Etat n'a toutefois pas été en

mesure d'y procéder en raison du délai qui lui a été imparti pour examiner ce projet, particulièrement court au demeurant au regard des enjeux et des difficultés constitutionnelles ou conventionnelles qu'il soulève.

Sur la préparation, délivrance et évaluation des substances létales

50. Le projet de loi définit le cadre dans lequel s'inscrivent la préparation, la mise à disposition et l'évaluation des substances létales destinées à être utilisées pour la mise en œuvre de l'aide à mourir. Le Conseil d'Etat observe que ces substances létales pourront prendre la forme de préparations magistrales ou, à terme, de spécialités pharmaceutiques disposant d'une autorisation de mise sur le marché pour cette indication.

Le Conseil d'Etat relève que le projet de loi prévoit que les préparations magistrales létales sont préparées par une liste limitative de pharmacies à usage intérieur autorisées par un arrêté du ministre chargé de la santé et sont insérées dans un circuit spécifique et sécurisé, reposant en grande partie sur le circuit prévu par le code de la santé publique pour les substances vénéneuses. Il souligne qu'une attention particulière devra être portée, en pratique, à la prévention d'éventuels trafics.

Le projet de loi confie l'évaluation de ces substances à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Il charge la Haute Autorité de santé d'élaborer des recommandations de bonne pratique portant sur les substances létales susceptibles d'être utilisées pour l'aide à mourir, à destination des prescripteurs de ces substances, des pharmaciens responsables de leur préparation et des professionnels de santé qui accompagneront leur administration. Le Conseil d'Etat estime important qu'elle puisse prendre connaissance, pour élaborer ses recommandations, des comptes-rendus dressés par les professionnels de santé chargés de superviser l'administration de ces substances. Il appelle l'attention du Gouvernement sur le caractère public de recommandations qui porteront sur l'élaboration de préparations magistrales létales et sur les précautions qui devront être prises en conséquence.

Sur la prise en charge des frais

51. Le projet de loi comporte, au nombre des dispositions diverses, un article modifiant le code de la sécurité sociale sur la prise en charge des frais liés à l'aide à mourir ainsi que sur les prix de cession des préparations magistrales létales et les modalités de rémunération des professionnels intervenant dans la procédure, qui seront précisés par voie réglementaire. Le Conseil d'Etat estime qu'il est loisible au législateur de prévoir que les frais liés à la procédure d'aide à mourir, qui peuvent au demeurant être regardés comme se rattachant aux conséquences de la maladie au sens de l'article L.111-2-1 du code de la sécurité sociale, sont pris en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire, au titre de la protection sociale. Il est également loisible au législateur de prévoir l'exonération du ticket modérateur ainsi que de la participation forfaitaire pour ces actes.

Sur les dispositions législatives du code des assurances et de la mutualité

52. Le projet de loi impose, dans les contrats d'assurance décès, y compris en cours à la date d'entrée en vigueur de la loi, la couverture du risque de décès en cas de mise en œuvre de l'aide à mourir. Cette mesure vise à prévenir toute exclusion de couverture de l'aide à mourir, notamment liée à une éventuelle assimilation au suicide, dont la prise en charge par les assurances décès est encadrée par l'article L. 132 7 du code des assurances et par l'article L. 223-9 du code de la mutualité, ainsi que, s'agissant des institutions de prévoyance, par l'article L. 932-23 du code de la sécurité sociale, qui renvoie à l'article L. 132-7 du code des assurances.

Le Conseil d'Etat relève que cette mesure est propre à garantir la liberté de choix de la personne susceptible d'avoir accès à ce dispositif, en neutralisant toute incidence de ce choix pour le ou les bénéficiaires du contrat d'assurance décès qu'elle a souscrit. Il observe qu'en clarifiant par avance ce qui aurait pu résulter d'une interprétation des lois et conventions applicables sur le suicide, auquel n'est pas assimilable le recours à l'aide à mourir, cette mesure concourt à la sécurité juridique et à l'égalité de traitement de l'ensemble des souscripteurs d'assurance décès.

S'agissant des contrats d'assurance décès qui seront souscrits après l'entrée en vigueur de la réforme, l'aide à mourir n'étant ouverte, aux termes du projet de loi, qu'aux personnes dont le pronostic vital est engagé à court ou moyen terme, le Conseil d'Etat considère que le risque que de tels contrats soient souscrits pour faire profiter leurs bénéficiaires du prochain décès du souscripteur n'est pas différent selon que ce dernier choisit, ou pas, de recourir à l'aide à mourir.

S'agissant des contrats en cours, compte tenu du très grand nombre de contrats individuels et collectifs existant à ce jour et de la proportion très limitée de ceux qui seront susceptibles d'être concernés par l'aide à mourir, le Conseil d'Etat estime que l'application de la mesure à ces contrats, d'une part, est une condition même de son effectivité dans les premières années qui suivront l'entrée en vigueur de la loi et, d'autre part, ne porte pas aux contrats légalement conclus une atteinte qui ne soit pas justifiée par un motif d'intérêt général suffisant (Conseil constitutionnel, décision n° 2019-816 QPC du 29 novembre 2019) et ne méconnaît pas le premier protocole additionnel à la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (Cour européenne des droits de l'homme, arrêt Mellacher et autres c/ Autriche, 19 décembre 1989, n°10522/83, points 50 à 57).

Le Conseil d'Etat déduit de ce qui précède que ces dispositions ne se heurtent à aucun obstacle d'ordre constitutionnel ou conventionnel.

Sur l'habilitation à légiférer par ordonnance

53. Le projet de loi comporte une habilitation afin de permettre au Gouvernement de prendre par ordonnance, en application de l'article 38 de la Constitution, les mesures permettant d'une part d'adapter les dispositions pour Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte, compte tenu des différences d'organisation des systèmes de sécurité sociale et d'offre de soins, d'autre part de rendre applicables en les adaptant les dispositions du projet de loi en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie Française et à Wallis-et-Futuna, en tant seulement qu'elles relèvent de la compétence de l'Etat.

Le Conseil d'Etat observe que le recours à une habilitation donnée sur le fondement de l'article 38 de la Constitution est possible, même s'agissant de dispositions relatives aux collectivités régies par l'article 74 de la Constitution. Il note que pour l'extension en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie-française, l'identification des dispositions relevant de la compétence de l'Etat en ce qu'elles se rattachent à des principes qui mettent en cause le droit des personnes et les garanties des libertés publiques ou en ce qu'elles présentent une adhérence telle avec les normes de fond qu'il appartient à l'Etat de les définir, devra être précisée lors de l'examen de l'ordonnance.

Autres dispositions du projet

54. Le projet de loi comporte d'autres dispositions qui ont pour objet :

- de simplifier le dispositif de la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique ;
- de conforter le droit de visite des personnes hébergées en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, remis en cause durant la crise sanitaire 2020-2021 ;
- d'instituer un cadre juridique permettant d'organiser la création de maisons d'accompagnement ;
- de prévoir la conservation privilégiée des directives anticipées dans le dossier médical partagé.

Ces dispositions bienvenues qui ne se heurtent à aucun obstacle d'ordre constitutionnel ou conventionnel n'appellent pas d'observations.

Le Conseil d'Etat appelle l'attention sur les deux premières dispositions mentionnées ci-dessus, qui figurent déjà dans des termes quasi identiques dans la loi portant diverses mesures relatives au grand âge et à l'autonomie définitivement votée le 27 mars dernier par le Parlement, mais non encore promulguée. Il appartiendra au Gouvernement d'en tirer, le cas échéant, les conséquences au cours de la discussion parlementaire.

Cet avis a été délibéré et adopté par l'Assemblée générale du Conseil d'Etat dans sa séance du jeudi 4 avril 2024.

La guerre du smartphone contre le cerveau humain

Par Annie Lobé, journaliste scientifique indépendante,
Le 13 janvier 2026.

Bactéries, virus et champignons colonisent le cerveau humain. Cette observation faite depuis une vingtaine d'années, en lien avec les recherches sur la maladie d'Alzheimer, interpelle car le cerveau est en principe protégé contre l'intrusion de substances toxiques pour lui par une propriété qu'ont les vaisseaux sanguins cérébraux de ne laisser passer que les nutriments et éléments utiles (eau et glucose, notamment) et de bloquer tout le reste.

Cette « barrière sang-cerveau » ou barrière « hémato-encéphalique » (ou « BBB » pour *Blood-Brain-Barrier* en anglais) procède par des « jonctions serrées » (*tight junctions* en anglais) capables d'empêcher la pénétration dans le cerveau de TOUT ce qui n'est pas utile pour lui.

Or, de nombreuses études récentes démontrent la présence dans le cerveau humain d'un véritable microbiote semblable à notre microbiote intestinal. Une revue très détaillée publiée le 2 juin 2023 dans la revue *Front. Cell. Infect. Microbiol.*, entièrement accessible sur le site Frontiersin.org,¹ signalée par [The Conversation](#),² détaille comment les bactéries présentes dans la bouche sont détectées dans le cerveau.

Ce que les chercheurs ayant publié ces observations ignorent, c'est COMMENT ces bactéries ont réussi à franchir la barrière hémato-encéphalique.

En 2002, le professeur Pierre Aubineau, alors directeur de recherche au laboratoire de Signalisation et Interactions Cellulaires du CNRS de Bordeaux (UMR 5017, Université de Bordeaux) s'apprêtait à [publier une étude](#)³ menée sur des rats placés dans les conditions d'utilisation du téléphone portable, exposés à la fréquence de micro-ondes de 900 mégahertz (celle du GSM alors utilisé pour les télécommunications sans fil) pendant 10 minutes, 40 minutes et 2 heures, à des intensités identiques à celles générées par les téléphones portables de l'époque, dans laquelle il avait observé l'ouverture de la barrière hémato-encéphalique par lesdites micro-ondes.

Mais cette étude, bien que très minutieusement construite puisqu'elle incluait 81 rats vivants répartis en 10 groupes (exposés à plusieurs intensités et pendant des durées différentes, qui étaient soit éveillés soit endormis pour neutraliser les éventuels effets du stress ; exposés en placebo ; non exposés ; soumis à un autre agent capable de perméabiliser la BBB) n'a jamais été publiée, pour les raisons qu'il m'a expliquées et que j'ai relatées en détail dans l'[Enquête sur les smartphones](#).⁴

Je suis allée rencontrer le [professeur Pierre Aubineau](#) dans son laboratoire à Bordeaux, et vous pouvez le voir expliquer en 3 minutes les résultats de ses expériences.⁵

Il ne savait alors pas quelles éléments indésirables pouvaient pénétrer dans le cerveau à l'occasion de la perméabilisation de la BBB qu'il avait observée. Moi non plus, bien évidemment.

Mais quand j'ai lu récemment l'article publié par Marc Henné dans l'[Humanité magazine](#)⁶ le 20 février 2025, intitulé : « Et si la démence était virale ? », qui relate comment des chercheurs ont constaté il y a 15 ans que les plaques amyloïdes, des agrégats de protéines considérés comme des marqueurs de la maladie d'Alzheimer, « se forment en réaction à la présence de micro-organismes » et ont pour fonction de piéger ces virus, bactéries et champignons, je n'ai pu que faire le lien avec l'étude du professeur Pierre Aubineau.

« Même en bonne santé, le cerveau regorgerait de microbes. C'est ce que révèle une étude écossaise qui a analysé post mortem près d'une centaine d'échantillons de cerveaux de sujets britanniques et de citoyens américains. Les résultats montrent que les tissus cérébraux prélevés, qu'ils proviennent de sujets sains ou malades, présenteraient une étonnante diversité de micro-organismes, avec 100 000 espèces en moyenne de champignons, bactéries et virus, formant un véritable microbiote », synthétise Marc Henné dans son article.

Ces révélations éclairent d'un jour nouveau les dégâts que le smartphone est capable de causer, puisqu'il s'attaque directement au cerveau et y cause des dégâts pratiquement à chaque utilisation de longue durée.

Saviez-vous que les valeurs limites d'exposition en vigueur en France et dans de très nombreux pays, basées sur une publication de l'ICNIRP,⁴ sont fondées sur une durée d'utilisation de seulement 6 minutes ?

Il serait judicieux d'en tenir compte pour limiter la durée de vos appels sur smartphone ou téléphone sans fil d'intérieur, et d'expliquer à vos enfants et adolescents (ou petits-enfants) que leur intérêt bien compris est tout simplement de NE PAS détenir un smartphone !

Il serait également judicieux, quand l'usage professionnel du smartphone est devenu quasiment incontournable, de s'équiper d'une oreillette munie d'un fil et de savoir comment l'utiliser : en posant le smartphone le plus loin possible de vous, aussi loin que le permet le fil de l'oreillette !

En effet, rien ne protège ceux qui mettent le smartphone sur haut-parleur et le tiennent en main en face de leur visage ou le posent près d'eux sur une table, ou sur leurs genoux : les [vidéos de détection des ondes](#)⁵ montrent clairement que les micro-ondes des smartphones se propagent sur plusieurs mètres, et ce phénomène se produit dès que l'on touche l'écran, voire même en dehors de toute utilisation, en fonction des réglages. Et les smartphones émettent non pas une seule mais plusieurs fréquences : GSM, UMTS, Wifi, 4G et 5G !

Il serait également judicieux de nettoyer fréquemment le smartphone avec un désinfectant car « [il y a 500 fois plus de bactéries sur le téléphone portable que sur la cuvette des toilettes](#) », selon une étude publiée en 2010.⁷

« Que plus d'hommes soient éclairés, et que chacun participe, selon sa portée, à la lumière de son siècle. » Diderot, *Encyclopédie*.

Bonne année 2026, bien « éclairée » !

Bien sincèrement à vous,

[Annie Lobé](#),⁸

Journaliste scientifique indépendante.

NB : Les sources citées ci-après sont faciles à consulter en ligne sur la page :
<http://www.santepublique-editions.fr/objects/la-guerre-du-smartphone-contre-le-cerveau.doc>

-
- ¹ <https://www.frontiersin.org/journals/cellular-and-infection-microbiology/articles/10.3389/fcimb.2023.1151021/full> sauvegardé ici :
<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Frontiersin-org-bacteries-cerveau.doc>
- ² <https://theconversation.com/notre-cerveau-pourrait-lui-aussi-avoir-son-propre-microbiote-234735> sauvegardé ici :
<http://www.santepublique-editions.fr/objects/TheConversation-cerveau-microbiote.doc>
- ³ http://www.santepublique-editions.fr/objects/LANCET_BBB_5_Jui.pdf
- ⁴ <http://www.santepublique-editions.fr/Enquete-sur-les-smartphones.html>
- ⁵ <http://www.santepublique-editions.fr/videos-de-SantePublique-editions-Annie-Lobe-journaliste-scientifique-independante.html>
- ⁶ Article scanné et sauvegardé ici :
<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Lhumanite-magazine-20-fevrier-2025-virus-bacteries-champignons-dans-le-cerveau.pdf>
- ⁷ <http://www.santepublique-editions.fr/quoi-de-neuf-sur-le-site-santepublique-editions-fr-c.html> - portabledegueulasse
- ⁸ <http://www.santepublique-editions.fr/sante-publique-edition-annie-lobe-sabine-campion-qui-sommes-nous-c.html> - quiestannelobe

Une avalanche de cancers à la montagne

Par Annie Lobé, journaliste scientifique indépendante,
Le 4 février 2026.

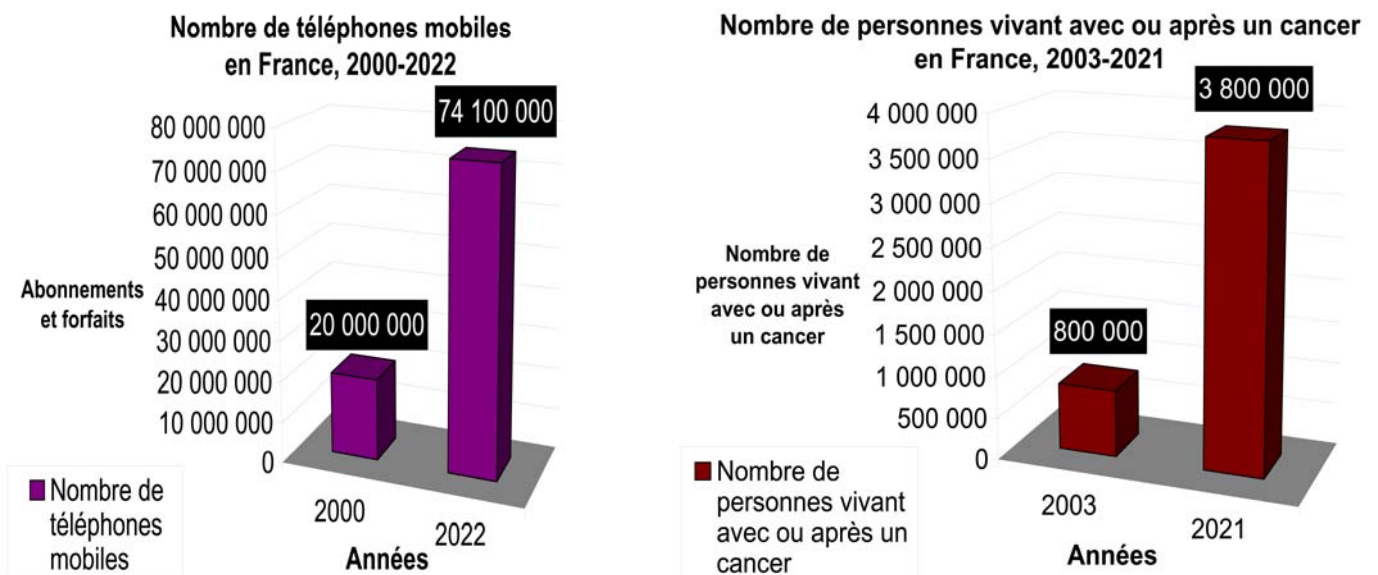
Emportée par un cancer du sein, elle laisse trois jeunes enfants. Je l'avais croisée dans une rue de mon village de montagne en septembre 2025. La tête enturbannée, elle avait eu la gentillesse de remonter dans sa voiture pour me conduire à ma destination, sachant que je n'étais pas véhiculée car elle m'avait déjà prise en stop. Ce jour-là, elle m'a dit : « *J'ai encore des choses à faire* ». Elle est partie il y a un mois.

Je lui avais parlé de cette autre dame rencontrée dans le bus trois mois auparavant, qui avait aussi la tête enturbannée et m'avait dit : « *J'en suis à mon septième cancer. Ma cancérologue de Perpignan m'a dit qu'il y a une avalanche de cancers à la montagne.* »

Comme vous, peut-être, ces deux victimes du cancer ignoraient que, le 31 mai 2011, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a reconnu que [le téléphone mobile est un agent cancérigène de niveau 2](#)¹ pour nous, les humains, s'agissant du cancer du cerveau, à raison d'une demi-heure de conversation par jour pendant dix ans.

Mais avec le *smartphone* sur haut-parleur tenu devant soi, le cerveau n'est plus seul en première ligne, les seins et les poumons le sont aussi.²

En France en 2022, il y avait déjà [davantage de forfaits de téléphonie mobile que d'individus](#).³ Et le *smartphone* n'est que la partie émergée de l'iceberg des objets connectés émettant 24 heures sur 24 ces ondes "potentiellement cancérigènes", même en dehors de toute utilisation : montre connectée,² box wifi, clavier et souris sans fil, téléphone d'intérieur sans fil,² babyphone,...



En 2026, alors que le *smartphone* multifonctions, qui a largement détrôné le banal téléphone portable, expose également d'autres organes que le cerveau,² aucune autre forme de cancer n'a encore fait l'objet d'une communication officielle.

Mais le [rapport BioInitiative](#)⁴ publié en 2012 par 29 chercheurs spécialisés issus de 10 pays, se basant sur une revue exhaustive des 3 300 études déjà publiées dans des revues scientifiques, concluait que les preuves étaient d'ores et déjà suffisantes concernant le **cancer du sein**, la **leucémie infantile** et le **lymphome**. Et ces chercheurs unanimes, qui demandaient déjà, en 2012, une révision à la baisse des valeurs limites d'exposition du public, ont été rejoints en 2017 par 271 chercheurs issus de 45 pays, qui ont lancé un [Appel international](#)⁵ (282 signataires le 27 novembre 2024).

Une décennie plus tard, rien n'a été fait en ce sens par les autorités, et les rayonnements électromagnétiques ne figurent toujours pas sur la liste des *“agents physiques ou biologiques classés comme cancérigènes ou potentiellement cancérigènes”* retenus parmi les *“principaux facteurs de risques”* par la Fondation ARC.⁶ L'OMS, qui les y a pourtant officiellement répertoriés depuis 2011,¹ oublie elle-même de les indiquer !⁷

Le graphique sur la première page montre comment en près de 20 ans, entre 2003 et 2021, le nombre de personnes vivant avec ou après un cancer en France a été multiplié par presque cinq (exactement, par 4,75).⁶ Comment ne pas être interpellé par cette fulgurante progression comparée à l'augmentation équivalente du nombre de téléphones mobiles entre 2000 et 2022...³

Quant au nombre annuel de nouveaux cas de cancer, il a été multiplié par 2 entre 1990 et 2023,⁸ et par 1,8 entre 2003 (270 000) et 2022 (484 000).⁶ 191 000 décès ont eu lieu en 2022.⁶ En 2021, l'âge médian au diagnostic était de 67 ans pour les femmes (177 400 cas) et de 68 ans pour les hommes (204 600 cas) ; 1 750 enfants (< 15 ans) et 450 adolescents de 15 à 17 ans ont été diagnostiqués d'un cancer.⁶

Pour les femmes, le cancer du sein est la première cause de décès par cancer (14 700 en 2022). La France a le plus haut taux de cancer du sein au monde et un excès de mortalité de 82 % en comparaison avec la Norvège et la Suisse pour les moins de 49 ans.^{6 et 9}

Combien de malades du cancer, dont 60 % entreront en rémission et 40 % décèderont dans les 5 ans (enfants et adolescents : 18 % seront

morts dans 5 ans),⁶ sont-ils fondés à considérer leur maladie comme une conséquence du laxisme des autorités censées nous protéger ?

Au niveau mondial, il y a plus de téléphones portables que d'individus.¹⁰ Le cancer tue plus d'habitants de notre planète⁷ (10 millions par an) que la Seconde guerre mondiale (55 millions de morts en six ans).

Et saviez-vous que les valeurs limites d'exposition en vigueur en France et dans de très nombreux pays, basées sur une publication de l'ICNIRP, sont fondées sur une durée d'utilisation de seulement 6 minutes ?¹¹

Il serait judicieux d'en tenir compte pour limiter la durée de vos appels sur *smartphone* ou téléphone sans fil d'intérieur, et d'expliquer à vos enfants et adolescents (ou petits-enfants) que leur intérêt bien compris est tout simplement de NE PAS détenir un *smartphone* !

Il serait également judicieux, quand l'usage professionnel du *smartphone* est devenu quasiment incontournable, de s'équiper d'une oreillette munie d'un fil et de savoir comment l'utiliser : en posant le *smartphone* le plus loin possible de vous, aussi loin que le permet le fil de l'oreillette !

En effet, rien ne protège ceux qui mettent le *smartphone* sur haut-parleur et le tiennent en main en face de leur visage, ou le posent près d'eux sur une table ou sur leurs genoux : les vidéos de détection des ondes² montrent clairement que les micro-ondes des *smartphones* se propagent sur plusieurs mètres, et ce phénomène se produit dès que l'on touche l'écran, voire même en dehors de toute utilisation, en fonction des réglages. Et les *smartphones* émettent non pas une seule mais plusieurs fréquences : GSM, UMTS, Wifi, 4G et 5G. Quant aux oreillettes et casques sans fil BlueTooth, ils sont à bannir car ils émettent, même en dehors des communications, la fréquence de 2450 mégahertz, choisie pour les fours à micro-ondes parce qu'elle est la plus efficace pour échauffer les molécules d'eau, dont notre corps est composé à 70 %.

Une autre conséquence de ce que vous ne saviez peut-être pas avant de lire cet article est que tous les malades atteints de cancer devraient recevoir la recommandation de laisser leur *smartphone* éteint en permanence. Mais, en 2026 comme en 2011, les médecins, n'étant pas informés, ne sont pas en mesure de prévenir leurs patients...

« Que plus d'hommes et de femmes soient éclairé-e-s, et que chacun participe, selon sa portée, à la lumière de son siècle. »

Diderot, *Encyclopédie*.

Bonne année 2026, bien « éclairée » !

Bien sincèrement à vous,

Annie Lobé,¹²

Journaliste scientifique indépendante.

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Une-avalanche-de-cancers-a-la-montagne.pdf>

NB : Les sources citées ci-après sont faciles à consulter en ligne sur la page :
<http://www.santepublique-editions.fr/objects/une-avalanche-de-cancers-a-la-montagne.doc>

- ¹ https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/07/pr208_F.pdf sauvegardé ici :
<http://www.santepublique-editions.fr/objects/pr208-F.pdf> (en français)
<http://www.santepublique-editions.fr/objects/pr208-E.pdf> (en anglais)
- ² Voir les vidéos de détection des ondes : <http://www.santepublique-editions.fr/videos-de-SantePublique-editions-Annie-Lobe-journaliste-scientifique-independante.html>
- ³ http://www.santepublique-editions.fr/objects/obs-marches-T2-2022_oct2022.pdf. Mais les données publiées par l'Autorité de régulation des communications électroniques (Arcep) ne permettent pas de savoir combien d'utilisateurs ont deux (ou trois) *smartphones*.
<https://www.arcep.fr/>
- ⁴ Ce rapport de 1500 pages n'a pas été traduit en français. Voir la traduction française du site <https://www.bioinitiative.org> ici : <http://www.santepublique-editions.fr/telephone-portable-ce-qu-il-faut-savoir-par-Annie-Lobe-journaliste-scientifique-c.html#bioinitiative>
- ⁵ Traduction française de l'Appel international : <http://www.santepublique-editions.fr/objects/Appel-International-2017-emf-scientist.pdf>
Site en anglais : <https://emfscientist.org>
- ⁶ Chiffres 2003 : Belpomme D (2004) *Ces maladies créées par l'Homme*. Paris, Albin Michel, ISBN 2-226-14223-1. Chiffres 2021 : Institut national du cancer, *Panorama des cancers en France*, édition 2022, cité par *Les révolutions de la recherche sur le cancer*, Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, mis en ligne le 4 février 2023, p. 116 à 122. Sauvegardé ici : <http://www.santepublique-editions.fr/objects/Cancer-Fevrier-2023-Fondation-Arc.pdf>. Chiffres 2022 : CIRC cité par Caducee.net, 05/03/2024 : *Incidence du cancer du sein : la France numéro 1 mondial* <https://www.caducee.net/actualite-medicale/16309/incidence-du-cancer-du-sein-la-france-numero-1-mondial.html>. Sauvegardé ici :
<http://www.santepublique-editions.fr/objects/caducee-net-chiffres-cancer-CIRC-2022.pdf>
Très important : en France, les chiffres du cancer ne sont issus des données de l'Assurance maladie que pour 20 Registres qui ne couvrent pas, loin s'en faut, la totalité du territoire, à partir desquels ils sont extrapolés au niveau national. Il est donc impossible de connaître, pour la France entière, les chiffres *réels* du cancer.
- ⁷ Fact Sheet OMS *Cancer*, 3 février 2022 : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. Sauvegardé ici : <http://www.santepublique-editions.fr/objects/OMS-Cancer-3-fevrier-2022.pdf>
- ⁸ Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 4 juillet 2023, n° 12-13 : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-4-juillet-2023-n-12-13>. Sauvegardé ici : <http://www.santepublique-editions.fr/objects/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-4-juillet-2023-n-12-13.pdf>
- ⁹ <http://www.santepublique-editions.fr/indexc.html#cancer>
- ¹⁰ En 2022, il y avait déjà 8,58 milliards de téléphones portables pour 7,95 milliards d'individus. Source : <https://www.journaldugeek.com/2023/05/03/il-y-a-plus-de-smartphones-que-dhumains-sur-terre-et-cest-un-probleme/> Sauvegardé ici :
<http://www.santepublique-editions.fr/objects/journaldugeek-2023-05-03.pdf>
- ¹¹ <http://www.santepublique-editions.fr/Enquete-sur-les-smartphones.html>
- ¹² <http://www.santepublique-editions.fr/sante-publique-edition-annie-lobe-sabine-campion-qui-sommes-nous-c.html#quiestannielobe>

La Cour d'Appel de Montpellier
condamne Thomas Durand
à retirer ses vidéos sur Annie Lobé
Le 29 juillet 2025

Condamné le 7 novembre 2024 par le tribunal correctionnel de Perpignan à retirer ses vidéos injurieuses à l'encontre d'Annie Lobé, Thomas Durand, avait fait appel.

La Cour d'Appel de Montpellier a confirmé ce jugement le 29 juillet 2025 et l'a de nouveau condamné « *à faire supprimer à ses frais la publication sur tout site internet, des vidéos contenant les passages injurieux reproduits dans la prévention, et ce sous peine d'une astreinte provisoire de mille euros (1 000 euros) par jour de retard, qui commencera à courir passé le délai de deux mois suivant le jour où le jugement du 7 novembre 2024, devenu exécutoire, lui sera notifié par la partie civile.* »

La Cour d'Appel a également confirmé le premier jugement qui le condamnait « *à une amende de mille euros (1 000 euros), cette peine apparaissant proportionnée à la gravité de l'infraction et de la personnalité du prévenu.* »

Cour d'Appel de Montpellier, 2^{ème} Chambre des appels correctionnels, arrêt n° 25/910 du 29 juillet 2025, extrait p. 8 et 9 :

« MOTIFS DE L'ARRÊT »

Sur la culpabilité

L'article 29 de la loi du 28 juillet 1881 dispose en son second alinéa que « *Toute expression outrageante, termes de mépris ou invective qui ne renferme l'imputation d'aucun fait est une injure* ».

Le délit d'injure nécessite la réunion de quatre conditions cumulatives :

- une expression outrageante, un terme de mépris ou une invective ;
- qui s'applique à une personne ou un groupe de personnes déterminées ;
- une intention de nuire ;
- une publicité.

Il est constant que, comme il résulte de l'information et comme il le reconnaît notamment à l'audience de la cour, M. Thomas DURAND a mis en ligne sur YOUTUBE et TWITTER, notamment les 30 et 31 janvier 2023, des vidéos, dans lesquelles il tenait notamment les propos suivants : [la Cour cite les propos injurieux tenus].

M. Thomas DURAND a tenu ces propos sur les réseaux sociaux YOUTUBE et TWITTER auxquels un très grand nombre de lecteurs avait accès. Ils étaient publics.

Ces propos contiennent six fois le mot [...] une fois l'expression [...].

[La Cour donne ensuite la définition de ces mots dans les dictionnaires Robert et Larousse.]

Ces définitions sont aussi présentes dans le Wiktionnaire de Wikipedia avec de nombreux exemples dans le même sens d'expression outrageante et de mépris injurieux.

Ces propos tenus par M. Thomas DURAND ne s'attachent pas à un ou plusieurs aspects précis des publications de Mme Annie LOBE, présentées par leur autrice comme scientifiques. Contrairement à ce que pourrait faire un universitaire hautement diplômé de son niveau comme il le rappelle dans son curriculum vitae en page 4 de ses conclusions, M. Thomas DURAND n'y procède pas à une analyse critique, rigoureuse et exigeante des publications de Mme Annie LOBE. Il agit uniquement par affirmation lapidaire et générale en affirmant que tout ce que dit et écrit Mme Annie LOBE « est [terme injurieux] ».

La qualité de journaliste ou de « youtubeur » dont se prévaut M. Thomas DURAND ne le dispensait pas, lors de ses propos incriminés, de faire preuve de prudence dans l'expression. S'il est reconnu, dans le droit d'informer, celui de critiquer, même sévèrement, la production littéraire ou intellectuelle d'un auteur, cela n'emporte pas pour autant le droit d'outrager et de salir une personne par des comparaisons délibérément grossières, dépourvues de tout caractère informatif et qui relèvent de l'invective pure et simple.

En outrepassant ainsi son légitime droit de critique relevant de la liberté d'expression par une démonstration sérieuse, argumentée et mesurée dans l'utilisation d'un vocabulaire choisi que son niveau culturel

lui permet de maîtriser parfaitement, ses propos (...) éclaboussent aussi la personne de leur autrice Mme Annie LOBE.

Les propos orduriers de M. Thomas DURAND, en concernant tout ce que dit et écrit Mme Annie LOBE, visent donc d'une manière générale la personne de celle-ci, nommément désignée sans le moindre doute à plusieurs reprises.

Il est flagrant que par ses propos aussi directs, M. Thomas DURAND a agi avec l'intention de nuire et par esprit d'animosité à l'encontre de Mme Annie LOBE dans la mesure où les termes insultants sont répétés et insistants de nombreuses fois, et visent clairement à ridiculiser Mme Annie LOBE auprès du public des vidéos. Ces propos font d'ailleurs suite à un précédent contentieux qui avait opposé Mme Annie LOBE à M. Thomas DURAND devant le tribunal correctionnel de Perpignan.

Ainsi, par ses propos publics, comportant ces expressions méprisantes et outrageantes à l'égard des publications et de la personne de Mme Annie LOBE avec l'intention manifeste de lui nuire, M. Thomas DURAND a sciemment commis le délit d'injure défini par les articles 23, alinéa 1^{er}, 29, alinéa 2 et 42 de la loi du 29 juillet 1881.

En conséquence, il convient de confirmer le jugement attaqué en ce qu'il a déclaré M. Thomas DURAND coupable de ce délit d'injure. »

(fin de citation)

À PROPOS DU PARCOURS PROFESSIONNEL DE THOMAS DURAND

En 2025, M. Thomas DURAND est-il « professeur » ?

Entre 2010 et 2012, il a été **ATER**, ce qui signifie « Attaché temporaire d'enseignement et de recherche ». Il s'agit de contrats à durée déterminée d'environ un an, réservés soit aux personnes qui préparent une thèse, soit aux personnes qui préparent un concours pour obtenir un poste de professeur dans l'enseignement supérieur :

Fiche ATER issue du site du ministère de l'Enseignement et de la recherche :

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Ater.pdf>

Mais M. Thomas DURAND **avait déjà soutenu sa thèse, en 2009**, quand il a obtenu ces postes successivement dans deux académies différentes entre 2010 et 2012, ce qui signifie qu'il appartenait à la seconde catégorie des personnes préparant un concours pour obtenir un poste de professeur dans l'enseignement supérieur.

S'il avait réussi un tel concours, il serait aujourd'hui professeur dans l'enseignement supérieur, mais il est « **depuis 2014** » influenceur Youtube. En tout état de cause, **il ne peut pas, aujourd'hui, se prévaloir de la qualification de « professeur ».**

M. Thomas DURAND est-il « auteur » ?

Il a de nombreuses publications de livres à son actif, et il convient de citer **TOUS** ses livres qui étaient mentionnés sur **son CV en ligne le 29 novembre 2019** :

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/La-menace-theoriste-cv-thomas-durand-2019-29-novembre.doc>

Il est l'auteur de plusieurs essais : *Quand est-ce qu'on biaise ? ; Connaissez-vous l'homéopathie ? Idéologie, médias, sciences ; L'évolution, ça marche Petit manuel d'autodéfense darwinienne ; La vie après la mort ? ; L'ironie de l'évolution*, et de **pièces de théâtre aux titres aussi évocateurs que leurs affiches** : *Le Marteau des sorcières ; Le sommeil de la raison ; Mont de Dieux ; L'Avis du mort Oh merde... ; Le Propre de l'homme ; Cashting ! ; La Première fille ; Vertiges des Auteurs ; La Peste rose ; Premier souffle ; L'Univers en travaux.*

Si cette bibliographie dénote que M. Thomas DURAND est bien un auteur, certains de ses centres d'intérêts semblent **très éloignés du domaine scientifique.**

En 2025, M. Thomas DURAND est-il « scientifique » ?

Une recherche effectuée le 10 juillet 2025 sur **scholar.google.fr** ne fait apparaître que **sept publications** dans des revues scientifiques à comité de lecture, toutes dans le domaine de la **biologie végétale**, entre **2009** et **2010**, en **2012** et en **2019** :

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/scholar-google-fr-Thomas-C-Durand-2024-07-10.pdf>

-six publications dans des revues de biologie végétale, entre 2010 et 2012, qui sont toutes issues des deux mêmes expériences menées dans le cadre de **sa thèse de 2009** : les effets, sur les feuilles de peuplier, du zinc et du cadmium d'une part, et de la chaleur et de la sécheresse d'autre part : <http://www.santepublique-editions.fr/objects/These-Thomas-Durand-2009-Approche-proteomique-des-stress-abiotiques.pdf>

-une publication de 2019 correspondant à une recherche effectuée, quand il était ATER en 2011-2012, sur le protéome de la graine du mutant vps29 d'*A. thaliana*.

Deux de ses thèmes de recherche en biologie végétale n'ont donné lieu à **aucune publication** :

-nutrition azotée du bourgeon de rosier, (ATER, septembre 2010-août 2011) ; et

-efficacité d'utilisation de l'eau sur l'orge de brasserie de printemps et sur le blé meunier d'hiver (Assistant Ingénieur, Mars-juillet 2010).

En outre, l'une de ses publications, effectuée en 2018 dans la revue *Sécurité et stratégie*, a été **retirée** :

ARTICLE RETIRÉ: Retour sur " L'Affaire Renault", ou la mise en abyme du biais de confirmation

TC Durand, T Renard

Sécurité et stratégie 29 (1), 71-78

Enfin, **AUCUNE des publications de M. Thomas DURAND ne se rapporte au sujet des ondes électromagnétiques.**

Il ressort de ces vérifications relatives à son parcours professionnel que M. Thomas DURAND est, ou plutôt **a été**, un scientifique, mais **dans un tout autre domaine** que celui sur lequel Annie Lobé enquête en tant que journaliste scientifique depuis 2001.

En tout état de cause, rien, dans son parcours professionnel ne démontre **aucune légitimité scientifique de M. Thomas DURAND** dans le domaine des ondes électromagnétiques.

Voici les **alertes au public** sur les dangers des ondes issues des travaux de **chercheurs scientifiques spécialisés dans ce domaine** :

L'avis des scientifiques indépendants (dont 4 Français) :

<http://www.santepublique-editions.fr/etude-scientifique-telephone-portable-danger-antenne-relais.html>

L'Appel international signé en 2017 par **271 chercheurs** issus de **45 pays (282 signataires le 27 novembre 2024)** :

Traduction française :

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Appel-International-2017-emf-scientist.pdf>

Lien en anglais :

<https://emfscientist.org>

Le Rapport BioInitiative 2007 et 2012 :

Traduction française du site Internet :

<http://www.santepublique-editions.fr/objects/Bioinitiative-website-french.doc>

Lien en anglais :

<https://www.bioinitiative.org>

L'OMS déclare : le téléphone portable est cancérigène ! :

<http://www.santepublique-editions.fr/l-oms-declare-le-telephone-portable-cancerigene.html>

Enquête sur les smartphones :

<http://www.santepublique-editions.fr/Enquete-sur-les-smartphones.html>

Téléphone portable : ce que les médias ne disent pas :

<http://www.santepublique-editions.fr/telephone-portable-ce-qu-il-faut-savoir-par-Annie-Lobe-journaliste-scientifique.html>

Comment les champs électromagnétiques favorisent le cancer et comment s'en protéger :

<http://www.santepublique-editions.fr/cem-cancer.html>

Vidéos de mesure des ondes électromagnétiques :

<http://www.santepublique-editions.fr/videos-de-SantePublique-editions-Annie-Lobe-journaliste-scientifique-independante.html>
