

Proposition de loi relative à l'assistance médicale à mourir

Décryptage du texte issu de la séance publique du Sénat



Malgré quelques incohérences liées au maintien d'articles du texte initial, les articles adoptés en séance publique au Sénat constituent un dispositif global d'accompagnement de la fin de vie, centré sur le soulagement de la douleur et le respect des droits des personnes.

1. Une proposition de loi réorientée vers l'accompagnement

- La version sénatoriale de la proposition de loi ne procède pas par simples ajustements techniques. **Elle opère une recomposition fondamentale du texte**, en substituant à la légalisation d'une procédure létale un cadre juridique **centré sur la fin de vie comme temps de soins**, de soulagement et d'accompagnement.
- **Cette réorientation repose sur un choix clair** : répondre aux angoisses liées à la fin de vie (en particulier la peur de souffrir) non par l'instauration d'un geste létal, mais par **le renforcement explicite et opposable des obligations du système de soins jusqu'au décès**.
- Le texte assume ainsi une ligne de crête : **élargir et sécuriser ce que la médecine peut et doit faire**, tout en refusant que la mort puisse être assimilée à un soin.

2. La pierre angulaire du dispositif : le droit opposable au meilleur soulagement possible

- **L'article 2 constitue le pivot normatif du texte**. Il consacre un droit au meilleur soulagement possible de la douleur et de la souffrance, rendu expressément opposable, et impose au médecin de mettre en œuvre les moyens adaptés, **y compris lorsque ceux-ci sont susceptibles d'altérer la conscience ou risquent de raccourcir la durée de la vie**.
- La clé réside dans la finalité exclusive des actes : **le soulagement, et non la mort**. En ce sens, ce texte s'inscrit dans la lignée de la loi Claeys-Leonetti.
- Ce faisant, il s'attaque frontalement à l'argument selon lequel seule l'aide à mourir permettrait de garantir l'absence de souffrance en fin de vie. La réponse apportée est inverse : **faire du soulagement effectif une obligation juridique forte, garantissant le non-abandon de la personne en fin de vie**.

3. Abandon de la logique de « conditions d'accès »

- **La suppression des articles structurés autour de critères d'éligibilité à l'assistance médicale à mourir marque un choix politique et juridique déterminant**.
- Plutôt que de définir des seuils ouvrant droit à un acte spécifique, le texte sénatorial fait le choix d'une logique d'appréciation médicale individualisée, **fondée sur l'état clinique, l'évaluation de la souffrance, la proportionnalité des traitements, et la volonté exprimée par la personne**.
- **Cette approche rompt avec une conception quasi-administrative de la fin de vie**. Elle refuse de transformer une situation médicale singulière en droit subjectif opposable à l'État ou aux soignants, et maintient le médecin dans son rôle de praticien responsable, et non d'exécutant d'une procédure létale.

4. Amélioration des droits des patients en fin de vie

a. Article 5 – Entretiens médicaux et projet de soins

- Recentre la prise en charge sur des entretiens médicaux dédiés.
- **Inscrit la fin de vie dans une logique de dialogue médical continu**, portant sur le projet de soins, l'évolution de la maladie et l'accompagnement.
- Affirme **le caractère réversible et évolutif** des choix exprimés par la personne.

b. Article 6 – Information et continuité de l'accompagnement

- **Garantit une information loyale, adaptée et continue** sur l'état de santé et les options de prise en charge.
- Met l'accent sur **l'accès effectif aux soins palliatifs et au soulagement de la douleur**.
- **Assure la continuité de l'accompagnement** lors des changements de lieu de prise en charge.
- Associe les proches et la personne de confiance dans le respect de la volonté du patient.

c. Article 8 – Moyens thérapeutiques et organisation territoriale

- **Sécurise juridiquement l'usage des traitements et dispositifs de soulagement**, y compris ceux altérant la conscience.
- **Inscrit explicitement ces pratiques dans les données acquises** de la science et les recommandations de bonnes pratiques.
- Confie aux agences régionales de santé une responsabilité d'organisation territoriale, **afin de réduire les inégalités d'accès aux soins palliatifs**.

d. Article 9 – Rôle des professionnels de santé

- Affirme les obligations des professionnels en matière de respect de la dignité, de la volonté et du projet thérapeutique de la personne.
- **Maintient la qualification du décès dans le cadre du droit commun**, sans régime dérogatoire lié à un acte de mort provoquée.
- Consolide **la cohérence du dispositif autour de l'accompagnement médical** jusqu'au terme de la vie.

e. Article 10 – Réversibilité et continuité de la prise en charge

- **Consacre explicitement la réversibilité permanente des décisions relatives à la fin de vie**.
- Encadre la prise de décision lorsque la personne n'est plus en capacité d'exprimer sa volonté, en s'appuyant **sur les directives anticipées et la collégialité**.
- **Garantit la continuité des soins médicaux et palliatifs**, quelles que soient les évolutions de la situation.
- S'inscrit pleinement dans **une logique de soin et de protection, et non dans une logique de décision létale**.

5. Des articles obsolètes mais inopérants

- **Il convient toutefois de relever une hétérogénéité résiduelle du texte**, issue du fait que plusieurs articles demeurent dans leur rédaction initiale, malgré le changement de paradigme.
- **C'est notamment le cas des articles 11 et 14 à 19**, qui conservent l'architecture et les mécanismes pensés pour un dispositif d'assistance médicale à mourir:
 - **Article 11** : traçabilité d'une procédure d'assistance médicale à mourir
 - **Article 14** : dispositif de clause de conscience adapté à l'instauration d'une aide à mourir (amendement du Sénat : reconnaissance d'une « clause d'établissement »).
 - **Article 15** : dispositif de contrôle et d'évaluation pensé pour encadrer une pratique létale
 - **Article 16 et 17** : références à des substances létales, à leur définition, à leur prise en charge financière et à leur impact assurantiel
 - **Article 18** : logique assurantienne et pénale directement indexée sur l'existence d'une assistance médicale à mourir.
- **Ces articles deviennent soit partiellement obsolètes, soit structurellement incohérents avec les principes désormais affirmés** : absence d'intention de provoquer la mort, recentrage sur l'accompagnement, sécurisation des pratiques médicales ordinaires de fin de vie.
- **Néanmoins, ils ne remettent pas en cause l'équilibre du texte et portent uniquement sur des éléments de procédure, ce qui les rend inopérants**.