collectif-des.fr

Collectif Démocratie, Éthique et Solidarités

L'OBSERVATOIRE CDES DE L'AIDE A MOURIR

Note de conjoncture n° 4
12 octobre 2026

Les recommandations de la HAS « Substances létales pour l'aide à mourir et conditions d'administration » en cours de relecture

Premières observations de l'Observatoire CDES de l'aide à mourir

Observatoire CDES de l'aide à mourir

SOMMAIRE

Édito. Projet de protocole de la HAS : une autoadministration factice 2
Le choix du modèle euthanasique par voie intraveineuse 4
Les conditions de licéité des actes accomplis par les professionnels de santé 5
Critiques et observations soumises par le CDES aux experts de la HAS 7

ÉDITO

Projet de protocole de la HAS sur les substances létales pour l'aide à mourir : une autoadministration factice

Réflexions avant la publication des recommandations de bonne pratique sur le suicide assisté et l'euthanasie

Emmanuel Hirsch et Laurent Frémont, *cofondateurs du Collectif Démocratie, Éthique et Solidarités*

Un mot d'abord sur nos sources. *Le document de la HAS « Substances létales pour l'aide à mourir et conditions d'administration » n'a pas été publié : nous en avons consulté une version de travail, en principe confidentielle, adressée aux experts relecteurs. Ce que nous en rapportons repose donc sur cette lecture et devra être vérifié sur le texte définitif lorsqu'il sera publié. Le reste est sourcé en notes (loi, décision du Conseil constitutionnel, résumés des caractéristiques du produit, dits RCP, données étrangères) ; les citations entre guillemets ont été vérifiées sur ces sources.*

Le 11 octobre 2026, la presse a fait état du document confidentiel de la Haute Autorité de santé (HAS) « Substances létales pour l'aide à mourir et conditions d'administration »[1], actuellement soumis à la relecture d'experts. La version que l'Observatoire CDES de l'aide à mourir a pu consulter n'est qu'un état transitoire du texte, mais elle est assez détaillée et scientifiquement étayée pour autoriser de premières observations.

L'Observatoire contribue ainsi à cette relecture. Il développera ensuite, comme il l'a fait jusqu'à présent, une analyse minutieuse du document qui encadrera les pratiques du suicide assisté et de l'euthanasie selon les critères fixés par la loi n° 2026-794 du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir.

La HAS a été saisie par la ministre chargée de la Santé le 9 février 2026, plus de cinq mois avant l'adoption définitive de la loi, le 15 juillet 2026. Il aurait été important que ce guide des bonnes pratiques de l'acte létal accompli par un médecin soit porté à la connaissance des parlementaires avant le vote, afin qu'ils se prononcent en conscience, au vu de cette analyse médico-légale du processus d'aide active à mourir. Des amendements avaient d'ailleurs été déposés pour que les recommandations soient arrêtées sur des bases scientifiques avant l'entrée en application de la loi ; l'un d'eux reprenait des propositions du Conseil national de l'Ordre des médecins. Tous ont été rejetés[2].

Tout au long du débat public, la promesse politique et éthique a été celle d'une mort apaisée. Le document technique parle, lui, de délais qui se comptent en heures, d'échecs et d'injections de complément, ainsi que d'une phase agonique dont il faudra apprécier la « qualité ».

La HAS l'écrit noir sur blanc dans sa note de cadrage : elle « ne se prononce pas sur l'opportunité de l'aide à mourir ni sur les choix de société qu'elle soulève »[3]. Son document traite de la question sans doute la plus complexe que le législateur ait eu à régler : qui accomplit le geste ? La loi est claire sur ce point. En principe, la personne s'administre elle-même la substance, et un médecin ou un infirmier ne s'en charge que si elle n'en est « physiquement pas en mesure ». Le Conseil constitutionnel l'a précisé le 14 août : le professionnel « n'est autorisé, dans ce cadre, à administrer lui-même la substance létale

[1] A. d'Abbundo, « Aide à mourir : la Haute Autorité de santé dessine le protocole à suivre », *La Croix*, 11 octobre 2026.

[2] Assemblée nationale, amendements n°s 641, 961 et 1005 (11 février 2026), n°s 788 et 1587 (17 et 18 juin 2026) à l'article 16, tous rejetés. L'exposé sommaire de l'amendement n° 1005 indique qu'il est « issu de propositions du Conseil national de l'Ordre des médecins ».

[3] HAS, « Substances utilisées dans le cadre de l'aide à mourir et conditions d'administration. Note de cadrage », recommandation de bonne pratique, mise en ligne le 18 juin 2026 (saisine ministérielle du 9 février 2026).

Observatoire CDES de l'aide à mourir

que lorsqu'il est établi que le bénéficiaire de l'aide à mourir n'est pas physiquement en mesure de le faire »[4].

Le document relève du faire mourir. Il identifie avec précision les composantes d'un protocole très éloigné d'une aide à mourir maîtrisée par la personne grâce à une substance létale à effet immédiat, comme de l'image idéalisée d'une mort apaisée, sans obstacle ni effet indésirable. Il est tout aussi éloigné du laisser mourir.

C'est le mérite de ce document que de détailler l'efficacité des stratégies létales sans dissimuler les difficultés, les échecs et les complications relevés par les experts sollicités par la HAS. Cette fonction médicale requiert des compétences spécifiques, qu'il faudra enseigner. Elle engage le professionnel de santé bien au-delà de la mise à disposition de la substance létale : il lui faudra, dans certaines circonstances, reprendre la main si la personne se trouve dans une impasse euthanasique, et décider d'un acte complémentaire sans pouvoir solliciter le consentement d'une personne devenue inconsciente. S'agira-t-il d'un consentement présumé ? Faudra-t-il envisager une nouvelle forme de directive anticipée, dans laquelle la personne énoncerait ses décisions face aux différentes éventualités de l'escalade euthanasique, pour le cas où elle ne pourrait plus les formuler ?

Informée avant que le processus ne soit engagé, la personne prendra connaissance de la méthode et de ses contraintes. Cette information la confortera dans sa conviction de décider elle-même de sa mort, tout en lui apprenant qu'un protocole peut se révéler plus incertain dans son déroulement, plus dramatique et plus douloureux que prévu.

Le document ne prend pas en compte l'effet de ces aléas sur la famille et les professionnels de santé, notamment du fait de la durée du processus, depuis la prémédication pharmacologique jusqu'au début de la phase directement létale. Il épouse en cela la philosophie générale de la loi, qui renonce à impliquer la famille dans ce processus. Rien n'empêche pourtant une personne qui demande l'euthanasie de désigner une personne de confiance pour la représenter en cas de complication. Quelle serait alors la position de l'équipe face à cette sollicitation imprévue, que le document n'évoque pas ?

Sur le plan formel, dès lors que la personne y a consenti dans les conditions fixées par le législateur, le professionnel appliquera, au regard de sa déontologie, ces bonnes pratiques assimilées au soin, ou s'y refusera en faisant valoir sa clause de conscience.

Sur le plan éthique, de nombreux arguments de prudence ont été avancés pendant les longs mois de débat. Ils ont été systématiquement rejetés à l'Assemblée nationale, sans que les instances nationales d'éthique ou de déontologie jugent utile d'intervenir sérieusement pour aborder de front les conséquences évidentes de la mise en œuvre de la loi.

Le temps est désormais celui de l'application effective de ce que la représentation nationale a considéré comme un droit nouveau reconnu à la personne malade. Les recommandations de la HAS ne sont que la première étape de la traduction concrète de la volonté politique de donner aux Français la faculté de mourir par euthanasie. D'autres aspects de la loi seront précisés par décret en Conseil d'État, notamment les modalités d'information de la personne, la forme et le contenu de sa demande et la procédure de vérification des conditions d'accès.

Chacun assumera en conscience la complexité de ce qui avait été présenté comme une évolution raisonnée, sans obstacle significatif, censée renforcer l'autonomie et la dignité de la personne. La HAS en témoigne : la procédure médicale et pharmacologique soumet la personne, jusqu'à sa mort, à des protocoles et à des aléas qui ajoutent des souffrances physiques et morales, avec des risques d'effets secondaires préjudiciables, voire de maltraitance. On pourra parler d'une certaine obstination euthanasique,

[4] Cons. const., 14 août 2026, n° 2026-910 DC, *Loi relative au droit à l'aide à mourir*, § 50.

Observatoire CDES de l'aide à mourir

sans avoir l'assurance que le consentement de la personne inconsciente pourra être sollicité à chaque étape pour poursuivre la procédure en cas d'obstacle technique.

Une observation d'ordre éthique s'impose toutefois : le médecin qui a statué, au terme de la procédure collégiale, sur la validité médico-légale de l'acte d'euthanasie devrait être présent pendant l'acte létal.

Ces recommandations de la HAS portent sur les substances létales. Il faudra, tôt ou tard, que les décrets d'application précisent l'accompagnement de la personne, de ses proches, voire des soignants, face à l'exécution d'un geste qui, par ses significations humaines, anthropologiques et déontologiques, ne se réduit pas à une procédure scientifique ou à une indication pharmacologique.

Le choix du modèle euthanasique par voie intraveineuse

Le projet de la HAS privilégie en tout point la voie intraveineuse, avec des produits aujourd'hui utilisés exclusivement par les anesthésistes-réanimateurs. **L'impression d'ensemble est celle d'un modèle euthanasique par voie intraveineuse, bien éprouvé, transposé à l'autoadministration, ce qui pose des problèmes.**

Lors d'une euthanasie, les substances sont injectées rapidement par le médecin. La vitesse d'injection compte autant que le choix des produits : une administration rapide permet d'atteindre vite des concentrations sanguines élevées, qui entraînent un coma très profond et un arrêt respiratoire, d'autant que le curare (paralysant) est injecté dans la foulée, une fois le coma vérifié.

Sur le plan scientifique, nous n'avons trouvé aucune série publiée qui valide ce modèle, alors que la HAS s'était engagée à « garantir des pratiques fondées sur les données scientifiques disponibles, en tenant compte des expériences internationales »[5]. L'Oregon documente la voie orale (3 691 décès cumulés depuis 1998), le Canada l'injection par le clinicien (3 557 cas dans une étude canadienne, majoritairement ontarienne). Une perfusion déclenchée par la personne puis complétée par un curare n'est décrite nulle part, et la Suisse, qui pratique la perfusion de pentobarbital depuis plus de vingt ans, n'a pas publié de série à notre connaissance.

La loi prévoit par ailleurs que les recommandations sont élaborées « en tenant compte notamment des comptes rendus » des procédures (code de la sécurité sociale, art. L. 161-37, 23°). Ce qui manque aujourd'hui sera donc appris sur les premiers patients, hors du cadre de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique (CSP) et des garanties qui l'accompagnent.

La transposition au suicide assisté est plus complexe, car l'injection ne peut être manuelle : le patient s'endormira bien avant d'avoir injecté la dose totale, et il ne peut pas s'injecter le curare. Pour pallier cette difficulté, les experts de la HAS recommandent de poser une voie veineuse de 20 G, ce qui n'est pas toujours compatible avec le capital veineux de certains patients, surtout s'ils ont déjà été perfusés à de multiples reprises. Ils préconisent ensuite d'administrer les produits à partir d'une poche de perfusion qui s'écoulera par gravité une fois que le patient aura ouvert le robinet : la diffusion dans l'organisme sera donc beaucoup plus lente. Le recours à un pousse-seringue, qui accélérerait l'injection, est exclu : la seringue contient 50 ml, alors que les volumes proposés sont de 120 ml pour le thiopental et de 100 ml pour le propofol, et le patient ne sera plus en état de la recharger.

Enfin, l'injection complémentaire d'un curare par le professionnel transforme le suicide assisté en euthanasie. Cette situation ne sera pas forcément exceptionnelle : un débit lent d'hypnotique, donc des

[5] HAS, note de cadrage du 18 juin 2026, préc. (note 3).

Observatoire CDES de l'aide à mourir

concentrations sanguines plus faibles qu'en injection directe, entraînera une perte de conscience, mais pas toujours l'arrêt respiratoire, qui exige des concentrations plus élevées.

L'administration de propofol par voie veineuse périphérique est en outre douloureuse. Pour limiter cette douleur, on injecte habituellement de la lidocaïne (Xylocaïne) ou un morphinique, ce que ces recommandations ne prévoient pas. Les experts proposent seulement de diluer davantage le produit dans du sérum salé, ce qui abaissera encore les concentrations sanguines.

La voie orale aurait dû être la norme, et la voie intraveineuse l'exception. Là encore, un seul produit est privilégié, quand les autres pays recourent à des associations.

Des deux hypnotiques proposés pour la voie intraveineuse, seul le thiopental est un barbiturique. Il est commercialisé en France, comme le propofol, mais aucun des deux n'a d'AMM dans l'indication de l'aide à mourir. Le pentobarbital, employé en Suisse, n'est en revanche plus utilisé en médecine humaine en France, où il n'est autorisé qu'en médecine vétérinaire[6] ; son emploi supposerait une préparation magistrale ou une importation. Le thiopental et le propofol n'ont pas les mêmes propriétés pharmacocinétiques, et pourtant le protocole ne les distingue pas : aucune adaptation à l'état général du patient (âge, poids, état métabolique, etc.) n'est proposée.

Le remboursement de l'acte pose enfin question. S'il est forfaitaire et ne tient pas compte du temps passé en cas de complication, le professionnel sera tenté de proposer le protocole le plus court, la voie intraveineuse, pour limiter son temps d'intervention.

Les conditions de licéité des actes accomplis par les professionnels de santé

1. La portée juridique des recommandations et les limites de l'habilitation de la HAS

La loi du 18 août 2026 confie à la HAS une compétence déterminée : définir les substances létales susceptibles d'être utilisées pour l'aide à mourir et élaborer des recommandations de bonne pratique portant sur ces substances et leurs conditions d'utilisation (code de la sécurité sociale, art. L. 161-37, 23°).

Elle prévoit en même temps que le médecin prescrit la substance conformément à ces recommandations (CSP, art. L. 1111-12-4, VIII), que le professionnel intervient en cas de difficulté conformément à celles-ci (art. L. 1111-12-7, III) et que les préparations magistrales létales sont réalisées dans leur respect (art. L. 5121-1, 1°). Certaines prescriptions des recommandations acquièrent ainsi une portée obligatoire par l'effet du renvoi législatif. Sans devenir intégralement des normes réglementaires, elles contribuent à déterminer les conditions de licéité des actes accomplis par les professionnels de santé.

Le Conseil constitutionnel a expressément validé le principe de ce renvoi : il a jugé qu'en prévoyant que le médecin prescrive la substance létale conformément aux recommandations de la HAS, le législateur n'avait pas méconnu l'étendue de sa compétence (Cons. const., 14 août 2026, n° 2026-910 DC, § 122). Cette validation du renvoi ne vaut évidemment pas validation anticipée du contenu des recommandations. La HAS doit demeurer dans le champ de son habilitation : elle peut préciser les conditions techniques d'utilisation des substances, mais ne saurait modifier les conditions légales d'accès à l'aide à mourir, les modalités d'administration autorisées par la loi ni les garanties reconnues aux personnes.

[6] Base de données publique des médicaments : Thiopental Panpharma 1 g, commercialisé depuis le 12 janvier 2018. Pentobarbital : Dolethal, AMM vétérinaire (chiens et chats) du 30 juin 1992 ; sur son abandon en médecine humaine, voir *Annales de toxicologie analytique*, 2012.

Observatoire CDES de l'aide à mourir

Cette limite est soumise au contrôle du juge. Le Conseil d'État admet le recours pour excès de pouvoir contre les recommandations de bonne pratique de la HAS (CE, 27 avril 2011, n° 334396, *Formindep*). Plus généralement, il juge que les documents de portée générale susceptibles de produire des effets notables sur les droits ou la situation des personnes peuvent être contestés, notamment lorsqu'ils édictent une règle nouvelle hors de la compétence de leur auteur ou donnent de la loi une interprétation qui en méconnaît le sens ou la portée (CE, sect., 12 juin 2020, n° 418142, *GISTI*).

Il importe donc de vérifier que les propositions demeurent dans les limites de l'habilitation législative. Il serait également utile de distinguer les obligations légales, les prescriptions techniques auxquelles le renvoi législatif confère une portée obligatoire et les recommandations qui laissent une marge d'appréciation aux professionnels.

2. La qualification juridique de certains actes

L'article L. 1111-12-1, I, du CSP distingue l'autoadministration de l'administration par un médecin ou un infirmier, cette dernière étant prévue lorsque la personne n'est physiquement pas en mesure de procéder elle-même. Or le projet de la HAS (point 2.1.2) envisage une autoadministration intraveineuse dans laquelle la personne déclenche une première injection, puis un professionnel réalise une autre injection qui participe au processus létal. Peut-on encore qualifier l'ensemble de la procédure d'autoadministration ? La question n'est pas seulement terminologique : cette distinction détermine les conditions légales dans lesquelles un professionnel est autorisé à administrer la substance, ainsi que le bénéfice de l'irresponsabilité pénale prévue à l'article L. 1111-12-1, II, qui suppose le respect des conditions fixées par la loi.

3. La poursuite du processus après la perte de conscience

Le projet soumis à relecture envisage des interventions complémentaires en cas d'échec de l'administration initiale, le cas échéant alors que la personne a perdu conscience. Certes, l'article L. 1111-12-7, III, autorise expressément le professionnel à intervenir en cas de difficulté, conformément aux recommandations de la HAS. Mais cette autorisation couvre-t-elle une nouvelle administration de substance létale, éventuellement par une autre voie, alors que la personne n'est plus en mesure de manifester sa volonté ? La question est d'autant plus sensible que la loi exige une confirmation de la volonté le jour de l'administration (art. L. 1111-12-7, I, 1°) et encadre strictement l'administration par un tiers.

Quels sont le fondement légal et les limites de ces interventions complémentaires ? La loi prétend garantir une décision personnelle ; les recommandations entendent garantir la réalisation de cette décision. Que devient cette volonté personnelle lorsque, pour assurer la réussite technique du processus, le professionnel doit intervenir alors que la personne n'est plus en mesure de décider ? On considère que, dûment informée, elle y a consenti par avance. La situation est différente, mais elle remet sur la table la question des directives anticipées, aujourd'hui écartées du dispositif d'aide à mourir : la porte est peut-être entrouverte pour les admettre demain.

Tout cela importe d'autant plus que la procédure peut échouer, comme l'ont montré, dans un autre cadre, les exécutions ratées de condamnés à mort. Selon le Death Penalty Information Center, au moins 64 exécutions auraient échoué ou provoqué des souffrances inutiles aux États-Unis depuis 1977, dont 51 par injection létale[7]. Est-on bien sûr d'accepter ces éventualités lorsqu'on imagine la mort douce qui a été promise ? L'exposé des motifs du texte promet d'éviter l'agonie et de permettre de mourir sereinement.

Le consentement collectif, celui des citoyens réunis en convention puis celui des parlementaires, pose autant de questions que le consentement individuel du demandeur. Les propositions de la HAS devront

[7] Death Penalty Information Center, deathpenaltyinfo.org/executions/botched-executions.

Observatoire CDES de l'aide à mourir

être parfaitement claires, car elles ne seront pas sans incidence sur la responsabilité pénale des professionnels.

Critiques et observations soumises par le CDES aux experts de la HAS

A. LA PROCEDURE MEDICALE

1. Aucune des molécules mentionnées par la HAS ne bénéficie d'une AMM dans l'indication de l'aide à mourir. Dans quel cadre réglementaire seront-elles utilisées ? La loi prévoit des préparations magistrales (CSP, art. L. 5121-1, 1°) ; pour les spécialités, le régime des ATU a disparu le 1er juillet 2021, remplacé par l'accès précoce et l'accès compassionnel. Lequel de ces cadres s'appliquera ? Des études d'interactions médicamenteuses ont-elles été menées ?

2. Côté risques, le projet renonce à approfondir un point important, pourtant connu. Sans prévention, l'injection de propofol est douloureuse chez environ 60 % des patients (méta-analyse de 177 essais[8]), et la lidocaïne n'est pas prévue. Le thiopental expose à une nécrose en cas d'extravasation. La dilution au sérum salé sort du RCP du Diprivan, qui ne prévoit que le glucose à 5 %. Enfin, la dose est la même pour tous.

3. La prise en compte des comptes rendus dans l'élaboration des recommandations (CSS, art. L. 161-37, 23° ; CSP, art. L. 1111-12-7, V) fait des premières procédures un terrain d'évaluation. Il n'existe pourtant ni protocole publié ni critère arrêté d'avance, et aucun comité de protection des personnes n'intervient, alors que l'article L. 1121-1 du CSP vise précisément les recherches menées « en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales ».

4. Les recommandations ont une portée pénale. L'article L. 1111-12-1, II, n'exonère que ceux qui ont concouru à l'aide à mourir « dans les conditions prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7 », parmi lesquels les articles L. 1111-12-4 et L. 1111-12-7, qui renvoient tous deux aux recommandations. Le médecin ou l'infirmier qui s'y conforme doit pouvoir savoir, avant d'agir, s'il est couvert. Quand la consigne se résume à « en cas de difficulté », il ne le peut pas.

5. Le point 2.1.2 mentionne une première injection, déclenchée par la personne, puis une seconde, réalisée par le professionnel alors que la personne était physiquement capable d'agir. Le Conseil constitutionnel lit dans la loi deux modalités distinctes (§ 27) ; cette seconde injection ne relève d'aucune des deux.

6. Qu'en sera-t-il, en pratique, de la double vérification du mode opératoire et des produits, avant le jour de l'administration et le jour même ?

Quel professionnel s'assurera du respect de l'ensemble des recommandations relatives à l'ingestion orale, notamment de la prise d'antiémétiques la veille, avec ses effets secondaires possibles ?

Qui évaluera, et selon quels critères, une « Qualité de phase agonique satisfaisante » ?

Quelle formation spécifique recevra le personnel soignant chargé de vérifier et d'accompagner le déroulement du protocole selon les règles édictées ? La question vaut aussi pour la filière pharmaceutique.

Observatoire CDES de l'aide à mourir

---

[8] L. Jalota *et al.*, « Prevention of pain on injection of propofol: systematic review and meta-analysis », *BMJ*, 2011, vol. 342, d1110 (177 essais randomisés, 25 260 adultes).

7. Le document évoque un délai de cinq heures avant que la mort survienne. Le médecin sera-t-il présent tout au long de ce délai ?

B. LES DROITS DU PATIENT

1. Selon la formule qui accompagne les recommandations de bonne pratique de la HAS, celles-ci « sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient »[9].

Quelle faculté de renoncer à l'acte, si elle l'estime justifié, sera reconnue à la personne au cours d'un processus létal dont le document de la HAS montre qu'il peut être complexe ? L'hypothèse du patient encore conscient qui renonce soudainement pendant la réalisation de l'acte ne doit pas être omise.

Une fois inconsciente, la personne ne peut plus renoncer. Pour écarter le grief tiré de l'atteinte à la dignité, le Conseil constitutionnel s'est pourtant fondé sur la faculté de renoncer « jusqu'au moment de cette administration » (§ 211).

2. Le Conseil constitutionnel rattache l'exigence d'une volonté « éclairée » à l'information sur les « modalités de mise en œuvre de cette procédure » (§ 36), dont relèvent selon nous la probabilité d'échec, la durée prévisible et la fréquence du recours au curare. **Rien, dans la version consultée, ne prévoit de communiquer ces éléments à la personne, chiffres à l'appui, avant qu'elle formalise sa demande**.

Les situations où la voie orale peut se révéler moins efficace seront-elles discutées avec le patient ? Qu'en est-il, explicitement, du délai de réflexion, de la possibilité de rétractation et de la formulation écrite du consentement ?

3. Qu'en sera-t-il de l'accompagnement, de l'évaluation et, si nécessaire, du soutien des intervenants dans la procédure d'euthanasie ?

Quelle attention sera portée à l'accompagnement du patient en cas de difficulté dans la réalisation du protocole ? Et à la famille présente pendant le déroulement du protocole létal, notamment en cas de difficulté ?

Vous souhaitez vous associer à ces initiatives et à notre réseau national de sentinelle éthique, et nous faire bénéficier de vos expériences et de vos expertises ?

contact@collectif-des.fr

Observatoire CDES de l'aide à mourir

[9] Par exemple HAS, « Transidentité : prise en charge de l'adulte », recommandation adoptée le 17 juillet 2025.