



# L'auto-administration est-elle la modalité la plus à même de respecter l'autonomie des malades ?



## De quoi est-il question ?

### Position de Renaloo, La voix des malades du rein, sur l'aide à mourir, « Les mains propres ? »<sup>1</sup>

« Reste l'accomplissement de l'acte. Une personne devant recevoir une aide active à mourir ne croiserait donc plus aucun soignant ? Quid alors du pharmacien qui délivre le produit, de l'infirmier qui pose la perfusion ? L'acte d'aider à mourir relèverait, lit-on, de la malversation. Laisser se débrouiller la personne malade en le confiant aux seules mains de bénévoles ou de proches, lui tourner le dos, et avec lui au soutien inconditionnel dû à toute détresse, est-ce vraiment bienfaisant ? En Oregon, la personne met jusqu'à 24 heures pour mourir, seule une fois sur deux. **Est-ce de cette fraternité que nous voulons ?** »

La proposition de loi sur l'aide à mourir en cours d'examen stipule que l'auto-administration de la substance létale (généralement appelé suicide assisté à l'étranger) est la règle et que l'administration par un tiers (généralement appelée euthanasie à l'étranger) est une exception réservée aux personnes se trouvant dans l'incapacité physique de s'auto-administrer le produit.

Le sujet de **savoir s'il faut laisser la personne malade choisir la modalité d'administration est un questionnement majeur dans tous les pays qui ont envisagé l'ouverture à une aide à mourir** et c'est naturellement l'un des points majeurs en discussion dans la proposition de loi : la préférence donnée jusqu'ici par le législateur à l'auto-administration dans la majorité des situations est justifiée par le fait que cette modalité serait plus à même de confirmer l'auto-détermination des personnes malades.

<sup>1</sup> <https://renaloo.com/les-mains-propres-position-de-renaloo-face-aux-objections-a-la-participation-des-soignants-a-laide-medicale-a-mourir/>

## L'auto-administration est-elle la modalité la plus à même de respecter l'autonomie des malades ?

Autrement dit, permettre à la personne malade d'avoir accès à une substance létale sans intervention d'un tiers serait le garant d'une volonté libre et éclairée jusqu'au dernier moment quand une administration par un tiers serait plus à même d'exercer une forme de pression, y compris médicale.

Un autre argument, moins souvent cité, repose sur la préoccupation d'impliquer le moins possible les soignants, qui seraient hostiles à accompagner les personnes malades dans leurs demandes d'aide à mourir en réalisant un geste létal contraire à leur conception de l'éthique.



### Pourquoi ça ne tient pas ?

**S'il s'agit de renforcer l'autonomie décisionnelle de la personne malade, pourquoi ne pas lui laisser le choix de la modalité ?** En regard, pourquoi ne pas laisser les soignants qui considèrent que ce geste peut relever d'une éthique de l'accompagnement de la fin de vie s'engager dans le respect de ce choix ?

Dans d'autres décisions de fin de vie, il n'est par ailleurs pas exigé de mettre à l'épreuve la volonté de la personne malade : on ne demande pas à une personne malade qui décide d'arrêter un traitement de maintien en vie de s'ôter elle-même sa canule de trachéotomie ou sa tubulure de gastrostomie par exemple, comme preuve de son refus de traitement, pour prétendre à une sédation profonde et continue jusqu'au décès.

Par ailleurs, **prévoir une exception d'administration par un tiers pour les seules situations d'incapacité physique n'est pas sans poser problème :**

- Dans certaines situations, la personne peut disposer d'une capacité physique théorique mais être dans un état de fatigue extrême, de douleur fluctuante ou de fragilité telle que l'auto-administration s'avérerait matériellement très difficile ou source de souffrance supplémentaire. **Cela peut être difficile à anticiper.**
- De plus, **prévoir des tests d'aptitude pour caractériser cette incapacité physique alourdit encore une démarche déjà difficile** et n'est pas adaptée aux attentes en matière d'accompagnement tant de la personne malade que des soignants engagés à leurs côtés.

# L'auto-administration est-elle la modalité la plus à même de respecter l'autonomie des malades ?

**La personne malade peut préférer une assistance par un soignant :**

- en raison d'une angoisse importante, parce qu'**elle se sent plus sécurisée par un accompagnement soignant**, par peur de mal réaliser ce qui relève d'un geste médical et technique qu'elle aurait à accomplir pour la première et la dernière fois, ou par crainte de complications,
- ou parce qu'elle souhaiterait **être pleinement dans les derniers instants partagés** avec ses proches.

Enfin, que se passera-t-il si l'auto-administration se passe mal (agonie prolongée, vomissements, crise d'épilepsie...) : le soignant devra-t-il intervenir et poser un geste létal non anticipé (et donc non choisi) ?



## Regard vers l'étranger

**La plupart des pays laissent le choix de la modalité d'administration de l'aide à mourir à la personne malade** : Pays-Bas, Belgique, Luxembourg, Canada, Espagne.

Dans ces pays, **le recours à l'euthanasie est alors majoritaire dans plus de 95% des cas**, témoignant d'une nette préférence des personnes malades pour un accompagnement médical comprenant la réalisation du geste.

A l'inverse, dans le modèle de l'Oregon (USA), la place du médecin se réduit à la prescription d'un produit létal, que la personne doit ensuite aller chercher d'elle-même. L'accompagnement médical au moment de l'auto-administration n'est pas prévu : la personne est seule, éventuellement avec ses proches.

Ce modèle soulève de nombreuses interrogations quant à la sécurité de la pratique, le risque de complications, et l'absence de traçabilité de la substance létale.

# L'auto-administration est-elle la modalité la plus à même de respecter l'autonomie des malades ?

## Le modèle français au prisme du modèle australien :

L'Australie est le seul pays, avec la Nouvelle-Zélande, qui a adopté **un cadre similaire au modèle français** tel qu'il est envisagé à ce stade de l'examen.

Néanmoins, des disparités existent selon les états : certains considèrent l'incapacité dans sa seule dimension physique ; d'autres de façon plus large. Les taux de recours au suicide assisté ou à l'euthanasie sont alors strictement opposés dans ces différents états :

- 80% de suicide assisté et 20% d'euthanasie dans l'état de Victoria où l'euthanasie n'est possible qu'en cas d'incapacité physique<sup>2</sup>
- 73% d'euthanasie et 27% de suicide assisté dans le Queensland où l'incapacité peut être d'ordre physique ou psychique<sup>3</sup>

Par ailleurs, qu'il s'agisse du suicide assisté ou de l'euthanasie, le taux d'abandon tout au long de la procédure est le même, évalué à 40% : cela signifie que **l'argument selon lequel le suicide assisté serait plus à même de respecter le libre arbitre ne se vérifie pas.**

<sup>2</sup> <https://www.health.vic.gov.au/sites/default/files/2025-10/voluntary-assisted-dying-review-board-annual-report-2024-25.pdf>

<sup>3</sup> [https://www.health.qld.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0028/1466146/vad-annual-report-2024-2025.pdf](https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0028/1466146/vad-annual-report-2024-2025.pdf)



## Que pensent les médecins de l'aide à mourir pour eux-mêmes ?

Dans une enquête d'opinion<sup>4</sup> conduite auprès de médecins exerçant dans des pays où les cadres législatifs diffèrent, ils sont une majorité à considérer l'aide à mourir **comme un recours possible pour eux-mêmes** avec une tendance à privilégier l'euthanasie comme modalité d'administration.

<sup>4</sup> <https://doi.org/10.1136/jme-2024-110192>