

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

30 janvier 2026

DROIT À L'AIDE À MOURIR - (N° 2401)

Rejeté

N° AS278

**AMENDEMENT**

présenté par  
Mme Gruet et Mme Corneloup

-----

**ARTICLE 14**

Rédiger ainsi cet article :

« La section 2 *bis* du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique est complétée par une sous-section 4 ainsi rédigée :

« *Sous-section 4*

« *Volontariat des professionnels de santé*

« *Art. L. 1111-12-12. – I. – La participation à la mise en œuvre des procédures prévues aux sous-sections 2 et 3 de la présente section repose exclusivement sur le volontariat des professionnels de santé habilités à y intervenir.*

« *Aucun professionnel de santé ne peut être tenu, directement ou indirectement, de participer à un acte, à une procédure ou à une décision relevant de l'assistance à mourir.*

« *II. – Les médecins et infirmiers volontaires se déclarent auprès de la commission mentionnée à l'article L. 1111-12-13, dans des conditions déterminées par décret.*

« *Cette déclaration est subordonnée à la validation d'une formation spécifique, notamment médicale, éthique et psychologique ainsi qu'à l'inscription dans un dispositif d'accompagnement professionnel.*

« *III. – Le refus de participation d'un professionnel de santé qui n'est pas volontaire ne peut donner lieu à aucune sanction, discrimination ou préjudice, direct ou indirect, dans l'exercice de ses fonctions, sa carrière ou ses conditions de travail. »*

---

## EXPOSÉ SOMMAIRE

La présente réécriture de l'article 14 vise à substituer à la logique actuelle de clause de conscience un régime explicite et structurant de volontariat des professionnels de santé appelés à intervenir dans les procédures d'assistance à mourir.

En l'état du droit, la clause de conscience repose sur un schéma juridique bien identifié : une obligation de principe assortie d'un droit individuel de retrait. Ce mécanisme est adapté lorsque l'acte en cause relève pleinement du champ médical, comme c'est le cas pour l'interruption volontaire de grossesse ou certains actes de recherche biomédicale. Tel n'est pas le cas de l'assistance à mourir.

D'une part, le code de la santé publique définit les actes médicaux comme des actes de prévention, d'investigation, de traitement ou de soin. Or, l'étude d'impact du projet de loi initial reconnaît elle-même que la prescription et l'administration d'une substance létale ne poursuivent aucun objectif thérapeutique ou préventif. L'assistance à mourir ne constitue donc pas un acte médical au sens traditionnel du droit de la santé, mais un acte dérogatoire, autorisé par la loi dans un cadre strictement encadré.

D'autre part, les principes déontologiques qui fondent l'exercice médical rappellent que le rôle du médecin est d'accompagner le patient jusqu'à la fin de sa vie, de soulager ses souffrances et de préserver sa dignité, sans provoquer délibérément la mort. Cette tension éthique majeure justifie que la participation à un tel dispositif ne puisse jamais être présumée, même implicitement.

Dans ce contexte, le recours à une clause de conscience apparaît insuffisant et inadapté. Il place les professionnels de santé dans une position défensive, les obligeant à se retirer d'une procédure à laquelle ils seraient supposés participer par défaut, et fait peser sur eux la charge de rechercher des confrères acceptant de prendre le relais. Cette situation est source de complexité pour les patients, de fragilisation pour les équipes soignantes et de risques de tensions au sein des établissements.

À l'inverse, un régime de volontariat repose sur une logique positive et claire : seuls interviennent les professionnels qui ont librement, explicitement et préalablement choisi de participer à la mise en œuvre de l'assistance à mourir. Cette approche présente plusieurs avantages décisifs.

Elle garantit d'abord le plein respect de la liberté morale et professionnelle des soignants, en excluant toute obligation directe ou indirecte de participation. Elle protège également la cohérence et la sérénité du fonctionnement des équipes médicales, particulièrement dans les contextes sensibles de la fin de vie.

Elle permet ensuite de simplifier et de sécuriser le parcours des personnes demandant une assistance à mourir, en les orientant directement vers des professionnels identifiés comme volontaires, sans les exposer à des refus successifs ou à des démarches complexes.

Elle rend enfin possible l'exigence d'une formation spécifique et d'un accompagnement adapté des professionnels volontaires, notamment sur les plans éthique, psychologique et relationnel, ce que ne permet pas une simple clause de conscience.

La réécriture proposée de l'article 14 conserve l'équilibre général du texte et la structure de la section 2 bis du code de la santé publique. Elle transforme toutefois la sous-section relative à la clause de conscience en une sous-section dédiée au volontariat, affirmé comme principe fondamental du dispositif, tout en maintenant les garanties nécessaires pour les établissements et les patients.

Ce choix s'inscrit dans une logique de clarté juridique, de pacification du débat médical et de respect des valeurs du soin, et rejoint les solutions retenues dans plusieurs législations étrangères comparables.