



ONEST

Organisation Nationale Éthique Santé & Transparence

47, Boulevard de Courcelles – 75008 PARIS • contact@onest-alternative.org • www.onest-alternative.org • RNA : W751271596

Annexe

Note technique sur l'incertitude relative aux effets des substances employées — annexe à la contribution extérieure de l'ONEST du 21 juillet 2026 sur la loi relative au droit à l'aide à mourir

Cette note est produite au soutien du seul moyen n° 1 de la contribution, tiré de l'incompétence négative du législateur au regard du principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine

Paris, le 21 juillet 2026

Objet et limites de la présente note

La contribution à laquelle cette note est annexée soutient, en son moyen n° 1, que le législateur ne pouvait, sans méconnaître l'étendue de sa compétence, s'abstenir de fixer tout critère relatif aux substances employées et à leurs conditions d'administration, dès lors que ces éléments déterminent les conditions matérielles dans lesquelles la personne meurt.

Cette démonstration suppose établi un point de fait : que l'absence de souffrance ne puisse être tenue pour acquise. C'est l'unique objet de la présente note. Elle ne porte ni sur le principe de la réforme, ni sur ses justifications, ni sur les pratiques observées à l'étranger, dont elle ne retient que les données publiées et vérifiables. Elle ne soutient pas davantage que les procédés en cause seraient nécessairement douloureux : elle établit que nul ne peut aujourd'hui affirmer le contraire, et que le législateur ne pouvait donc s'en remettre à une présomption.

I. La physiologie de la mort provoquée

Les protocoles employés reposent, selon les pays et les modalités retenues, sur l'administration orale d'un barbiturique à très forte dose ou sur l'injection successive d'un agent anesthésique puissant puis, dans les procédures où un tiers administre la substance, d'un bloquant neuromusculaire de type curare. Ce dernier paralyse l'ensemble de la musculature striée, dont les muscles respiratoires. Le décès survient alors par arrêt de la ventilation.

La difficulté tient à ce que la profondeur réelle de l'inconscience ne peut être vérifiée de l'extérieur une fois le bloquant administré. Si l'anesthésie est insuffisante au moment où celui-ci agit, la personne peut éprouver la sensation d'étouffement que la littérature d'anesthésie-réanimation désigne sous le terme de faim d'air, sans être en mesure de la manifester, précisément parce que ses muscles sont paralysés. L'immobilité observée ne renseigne alors sur rien. Le calme apparent de l'agonie est compatible avec une détresse que l'entourage ne perçoit pas et que le protocole ne mesure pas.

Ce mécanisme n'est ni controversé ni propre au débat sur la fin de vie : il est la raison pour laquelle la profondeur de l'anesthésie fait, en pratique chirurgicale courante, l'objet d'une surveillance instrumentale continue. La loi déferée n'impose aucune surveillance de cette nature.

II. Ce que documentent les examens autopsiques

Les travaux du docteur Joel Zivot, anesthésiste-réanimateur à l'université Emory, portant sur les rapports d'autopsie de personnes exécutées par injection létale aux États-Unis, ont mis en évidence un œdème pulmonaire aigu (i.e. accumulation soudaine de liquide dans les poumons) dans une large majorité des cas examinés, avec présence de liquide spumeux dans les voies aériennes. Les experts ayant analysé ces données décrivent un phénomène dont la sensation serait comparable à celle de la noyade.

L'ONEST souligne expressément les limites de ce rapprochement. Les substances, les doses, les conditions d'administration et la finalité de l'acte diffèrent de celles d'une procédure d'aide à mourir, et ces données ne sauraient être transposées mécaniquement. Ce qu'elles établissent est plus étroit, mais suffisant au regard du grief soulevé : l'effet de doses massives d'agents anesthésiques ou barbituriques sur l'épithélium pulmonaire est un phénomène documenté, et la possibilité d'une conscience résiduelle sous paralysie n'est pas une hypothèse spéculative.

III. Les complications documentées dans les procédures d'aide à mourir

Les données propres à ces procédures confirment cette incertitude. L'étude de référence publiée par Groenewoud et ses coauteurs dans le *New England Journal of Medicine* en 2000 a porté sur six cent quarante-neuf cas néerlandais, dont cent quatorze relevaient d'une assistance au suicide et cinq cent trente-cinq d'une euthanasie. Des complications (myoclonies, nausées, vomissements notamment) ont été relevées dans sept pour cent des cas d'assistance au suicide. Des difficultés "d'achèvement" : délai plus long que prévu, échec de l'induction du coma, ou coma suivi d'un réveil de la personne, dans seize pour cent de ces mêmes cas. Ces proportions étaient respectivement de trois et six pour cent dans les cas d'euthanasie. Dans vingt et un cas d'assistance au suicide, soit dix-huit pour cent, le médecin a décidé d'administrer lui-même la substance létale, en raison notamment d'une difficulté d'achèvement ou de l'incapacité de la personne à absorber l'ensemble des produits.

L'ONEST ne dissimule pas que cette étude est ancienne et que les protocoles ont pu évoluer depuis lors. Cette circonstance ne la prive pas de portée : elle demeure, à ce jour, l'enquête systématique la plus complète publiée sur le sujet et l'absence de travaux comparables plus récents traduit précisément le défaut de recueil organisé de ces données. Le législateur français n'a pas davantage prévu un tel recueil : le compte rendu que le professionnel de santé établit après l'acte n'a pas d'autre destinataire que le système d'information, et aucune disposition n'impose de rendre publiques les difficultés rencontrées.

Ces données appellent deux précisions. La première tient à leur portée : les auteurs relèvent eux-mêmes que les informations recueillies ont été fournies par le médecin responsable de chaque cas, ce qui invite à regarder les proportions relevées comme des minima. La seconde tient à leur pertinence pour le débat français : c'est l'assistance au suicide, c'est-à-dire l'auto-administration, qui présente les taux de difficulté les plus élevés, et c'est précisément la modalité que la loi déferée retient comme règle de principe, l'administration par un

professionnel demeurant l'exception. Des travaux ultérieurs publiés dans la revue *Anaesthesia* sont parvenus à des conclusions convergentes.

IV. Portée au regard du moyen n° 1

Il résulte de ce qui précède que la douceur de la mort administrée est un postulat et non une donnée acquise. Or c'est sur ce postulat que repose l'économie du dispositif : c'est parce que la mort provoquée est présentée comme paisible que la loi peut la ranger dans le registre du soin et se dispenser d'en régir les modalités matérielles.

Le législateur n'a fixé ni les substances, ni les doses, ni les conditions de leur administration, ni aucune exigence de surveillance de la profondeur de l'inconscience. Il a renvoyé la définition des substances à la Haute Autorité de santé, dont les travaux, engagés le 9 février 2026, ne doivent s'achever que le 1er novembre 2026, et n'a prévu l'intervention de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé qu'à titre d'exception, sur demande ministérielle. Aucune norme, à la date de la décision du Conseil, ne détermine donc ce qui sera administré ni comment.

L'ONEST observe enfin le contraste que ce silence fait apparaître au sein d'un même texte. La loi exige, pour ouvrir l'accès au dispositif, que la souffrance de la personne soit réfractaire aux traitements, c'est-à-dire qu'elle ait résisté à tout ce que la médecine peut opposer à la douleur ; mais elle ne demande rien de comparable à l'acte qu'elle autorise en réponse. Une exigence de résultat est ainsi posée à l'égard du soin, et aucune à l'égard de la mort administrée.

Pour l'ONEST,

**Mme Virginie DE ARAÚJO-
RECCHIA**

*Présidente — Avocat au Barreau de
Paris*

Références

- J. H. Groenewoud, A. van der Heide, B. D. Onwuteaka-Philipsen et alii, « Clinical Problems with the Performance of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the Netherlands », *New England Journal of Medicine*, 2000, vol. 342, n° 8, pp. 551-556.
- Travaux publiés dans la revue *Anaesthesia* (Association of Anaesthetists) relatifs aux complications et à la durée des procédures d'euthanasie et de suicide assisté.
- J. B. Zivot, analyses de rapports d'autopsie de personnes exécutées par injection létale aux États-Unis, mettant en évidence un œdème pulmonaire aigu dans la majorité des cas examinés ; enquête National Public Radio, « Gasping for Air », 21 septembre 2020.
- Littérature d'anesthésie-réanimation relative au phénomène de faim d'air sous curarisation et à la surveillance instrumentale de la profondeur de l'anesthésie.
- Code de la sécurité sociale, article L. 161-37, 23° ; code de la santé publique, articles L. 1111-12-4, VI, L. 1111-12-7, V, L. 5121-1 et L. 5311-1.
- Haute Autorité de santé, saisine du 9 février 2026 relative aux substances utilisées dans le cadre de l'aide à mourir, travaux devant se clore le 1er novembre 2026.