La loi du 18 août n° 2026-794 relative au « droit à l'aide à mourir » à l'épreuve du réel

Quelques conséquences pratiques



Dr Jean-Marie Gomas[1], Dr Pascale Favre[2]
1. Gériatre, médecin de la douleur et de soins palliatifs, Paris
2. Médecin, DEA droit et économie de la santé, doctorante en philosophie, Saint-Julien-en-Genevois

Un creuset législatif sourd aux considérations du terrain

Contexte

La loi n° 2026-794, relative au « droit à l'aide à mourir », a été promulguée le 18 août 2026. Elle permet le recours au suicide assisté et à l'euthanasie pour de nombreux citoyens. Votée contre la volonté de la majorité des soignants et des médecins, après un triple rejet du Sénat, elle a été adoptée par l'Assemblée nationale avec une très courte majorité (52 %). Pour rappel, les précédentes lois relatives à la fin de vie, travaillées en amont avec le corps soignant — lois Leonetti de 2005 et Claeys-Leonetti de 2016 — avaient bénéficié d'un vote à l'unanimité pour la première et une large majorité pour la seconde. Il est sans doute regrettable que n'aient pas été entendues les carences actuelles de prise en charge de la fin de vie dans notre pays, l'insuffisance notoire du développement du soin palliatif et la méconnaissance persistante des lois existantes — tous les éléments dont la correction devait être un préalable obligé —; ni la principale leçon des pays étrangers, à savoir qu'aucun pays n'arrive à contrôler la pratique euthanasique lorsque celle-ci est dépénalisée. La conviction que l'euthanasie « *est un progrès social* », attendu par nos concitoyens [1], s'est révélée déterminante pour le vote de la loi. Une loi dont plusieurs juristes [2], comme d'ailleurs les cinq saisines du Conseil constitutionnel, ont d'ores et déjà souligné son ambiguïté et son imprécision. Le Conseil constitutionnel l'a validée, malgré des défauts juridiques majeurs, en n'émettant que trois réserves d'appréciation [3], ne nécessitant donc pas de relecture. Les décrets d'application devraient arriver bien vite, puisqu'ils étaient déjà en préparation largement en amont du vote (sur la demande du ministère de la Santé en ce qui concerne « *les recommandations de bonnes pratiques* » attendues de la Haute Autorité de santé).

Le parcours de la loi : au nom d'une « liberté » et d'une « autonomie »

Peu soucieux des alertes des soignants directement impliqués dans le suivi de la fin de la vie, le vote de ce texte législatif repose donc avant tout sur le principe de « l'autonomie » et de « la liberté ». Sans rentrer dans une analyse philosophique sur la liberté qui n'a pas sa place ici, suivons la réflexion d'Axel Kahn [4] qui rappelle que, pour qu'il y ait liberté, il est nécessaire qu'il y ait choix possible; or près de la moitié des personnes en fin de vie n'ont pas accès aux soins palliatifs dont ils auraient besoin [5]. L'autonomie, quant à elle, se montre toujours relative avec l'évolution des pathologies graves [6]. Le puissant mouvement sociétal tendu vers la performance et l'efficacité est d'ailleurs dénoncé par certains comme un véritable validisme [7]. La société risque de s'engager de manière de plus en plus décomplexée vers une dépréciation du sujet improductif et coûteux à travers les soins qu'il requiert [8].

Cela étant, ces exigences sociétales fondent la loi nouvelle. Celle-ci vient après la dépénalisation du suicide assisté ou de l'euthanasie par quelques autres pays occidentaux [9], reflétant donc une préoccupation de nos sociétés, qui mériterait indiscutablement

une analyse approfondie et un vrai travail interdisciplinaire. Évoquons seulement ici le fait que la promesse d'une mort « douce » peut apparaître comme souhaitable pour nombre de nos concitoyens qui ont été confrontés aux décès douloureux de proches, comme pour ceux qui, au temps de leur bonne santé, imprégnés des valeurs sociétales de maîtrise, pensent « préférer mourir » plutôt que de voir leur corps se dégrader ou leurs capacités cognitives s'altérer. Mais nous ne pouvons occulter l'impact d'une telle loi à l'échelle collective.

« *Dès sa promulgation dans les pays concernés, une loi dépénalisant l'euthanasie offre à cet acte une légitimité qui en transforme radicalement la perception. Elle* invite *chaque patient à l'envisager, elle* autorise *chaque praticien à l'exécuter et propose à toute la société d'en faire une modalité acceptable, voire souhaitable du mourir* » [10].

Impacts de la loi 794 dans différents domaines

Le texte de la loi 2026-794 publiée au *Journal officiel* le 18 août 2026 comporte 19 articles répartis en six chapitres :

- définition (articles 1 à 3),
- conditions d'accès (article 4),
- procédure (articles 5 à 13),
- clause de conscience (article 14),
- contrôle et évaluation (articles 15 et 16)
- et dispositions diverses (articles 17 à 19).

Plusieurs contributions ont déjà analysé les conséquences de ce texte. Nous proposons ici une courte synthèse des points essentiels et pragmatiques, sans vouloir être exhaustifs, ce qui nécessiterait nombre de pages supplémentaires…

Conséquences pour les institutions

Jusqu'à une date récente, de nombreuses tutelles et institutions de soins ne se sentaient pas concernées. Preuve en est l'absence de réactivité pendant les débats législatifs des instances nationales des différentes spécialités médicales, comme de bien de structures hospitalières. Le réveil est brutal.

L'une des trois réserves du Conseil constitutionnel ouvre la porte à une clause de conscience pour les institutions privées (qu'elles soient confessionnelles ou non, soulignons-le). Si cela répond à une demande pressante de leur part, les conséquences peuvent être dramatiques pour le système de santé qui va se briser en deux : d'un côté le public, où euthanasie et suicide assisté seront demandés et devraient recevoir une réponse (l'offre crée la demande, même sur ce sujet). De l'autre côté, le privé, qui peut refuser cette pratique (chaque établissement pourra décider de participer ou non aux actes de mort provoquée).

Même si les praticiens refusent de participer à l'administration de la mort, l'hôpital public sera obligé (article 14 -II) de laisser rentrer les associations de bénévoles pro-euthanasie (la loi adoptée en mai 2026 pour renforcer les soins palliatifs a réécrit la définition de l'équipe et des bénévoles pour faciliter l'entrée des associations euthanasiantes dans tous les établissements. L'euthanasie et le suicide assisté étant désormais intégrés au soin, ces actes font partie de la panoplie à proposer aux patients en aigu, en chronique, en Ehpad, à domicile ou dans les futures maisons d'accompagnement). Les équipes étrangères évoquent leur difficulté à s'adapter à cette rupture de l'anthropologie du soin. Comment laisser venir dans son propre service, dans la chambre d'à côté, une équipe d'euthanasie (Belgique, Canada) ou de suicide assisté (en Suisse) ? Qui fera la toilette mortuaire ?

Une conséquence majeure, encore peu envisagée à ce jour, est le colossal effort de formation nécessaire auprès de toutes les équipes médico-soignantes – hospitalières, en Ehpad, à domicile … – pour affronter ce nouveau paradigme. Le nombre de formateurs experts en soin palliatif pourrait ne pas être suffisant pour répondre à ces besoins. Car avant même de travailler les applications pratiques de cette loi, il faudra former les équipes d'abord au « prendre soin », bien sûr au soin palliatif (trop de structures hospitalières en 2026 peinent encore à calmer la douleur physique et à accompagner la souffrance morale), puis — dans un second temps seulement — au décryptage de la demande de mort ; ce que nous décrivons dans un plus vaste ensemble comme le souhait de hâter la mort (SHM) [11]. De fait, cette demande ne veut pas forcément dire « euthanasie », elle recouvre toute une gamme de situations, souffrance, désespoir, demande d'accompagnement ou parfois véritable demande de mort…

Conséquences pour les malades

Cette loi introduit, de fait, une possibilité de choisir de vivre ou de mourir lorsqu'on est en difficulté. Pour Louis Bouffard (président de l'association loi 1901 Les éligibles et leurs aidants), porteur d'un lourd handicap, cette loi est « *comme un revolver posé sur ma table de nuit : tous les matins je devrai choisir si je continue à vivre ou si je réclame*

la mort provoquée parce que ma vie devient trop difficile ». On imagine sans peine la déstabilisation que cela représente pour des patients qui traversent des phases difficiles, douloureuses, de leur maladie.

Ainsi, en 2024, dès le lendemain du premier vote provisoire sur ce texte, des spécialistes palliatifs ont été accueillis dans leurs services par des malades et/ou des familles qui ont demandé l'administration de la mort, alors même que la fin de vie se passait calmement avec des symptômes bien contrôlés, et que cette requête n'avait jamais été évoquée auparavant. De la même façon, les pays étrangers qui ont dépénalisé une forme ou une autre de mort provoquée nous montrent que pour les médecins, comme pour les malades et les familles, la possibilité d'arrêter le combat pour sa vie est indéniablement favorisée par cette loi. Ici, la loi se fait incitative et, plus encore, normative.

Par ailleurs, si jusqu'à présent le suicide, tel qu'il est entendu classiquement, « autonome », est considéré comme pathologique, et par conséquent dûment pris en charge médicalement, générant de surcroît une politique générale de prévention, le paradigme change avec une loi autorisant le suicide assisté. Devient-il pour autant un acte de courage ? Quelle attitude médicale devant les suicidants ? Faudra-t-il toujours les réanimer ? Et si non, au nom de quel critère ? En Oregon, le médecin signe une attestation de non réanimation du patient avec sa prescription du produit létal, au cas où le malade serait fortuitement découvert après la prise du produit.

Conséquences pour les familles

Les conséquences sont innombrables et loin d'être toutes identifiées à ce jour, même si nous n'avançons pas en terrain vierge, car les exemples des pays étrangers nous montrent les dissensions familiales, les révoltes filiales devant des morts administrées à leur insu, les deuils pathologiques… mais aussi parfois une sensation de soulagement, surtout lorsque les symptômes n'étaient pas correctement contrôlés.

Notre expérience clinique nous montre que la souffrance des familles — laquelle, naturellement doit être entendue et accueillie — peut rester extrême, même lorsque les symptômes du malade sont bien contrôlés. Il y a toujours un décalage entre l'évaluation du professionnel, le ressenti du patient lui-même et le bouleversement émotionnel des proches. Il n'est pas rare d'avoir à rassurer un entourage inquiet, lequel pourrait désormais faire pression sur le patient et/ou sur les soignants en suggérant une anticipation de la mort.

Par ailleurs, la décision du médecin se prononçant sur la demande d'aide à mourir ne peut être contestée que par la personne ayant formé cette demande (art 12) ; sauf si le patient fait l'objet d'une mesure de protection juridique où la personne chargée de la mesure de protection aura 48 heures pour se manifester, et encore seulement auprès du juge administratif. Les autorités juridiques se montrent réservées devant une telle pauvreté de recours, ce qui peut d'ailleurs laisser des proches dans un grand désarroi.

Conséquences pour l'équipe médico-soignante

Notre activité d'enseignant et d'expert sur ces sujets nous fait rencontrer régulièrement des équipes médico-soignantes et de responsables de soins bouleversés par le vote de cette loi. Nombreux sont ceux qui n'ont pris conscience que le 18 août que leur vie de soignant allait être radicalement transformée.

Certes les médecins ne côtoyant pas les malades en fin de vie dans leur exercice quotidien d'une manière spécialisée, souvent peu formés à l'éthique médicale, ne sont pas forcément opposés à l'idée que l'on puisse abréger les souffrances d'un malade en lui administrant la mort, sans pour autant s'imaginer participer eux-mêmes à cet acte[1].

La première raison est qu'ils ne sont eux-mêmes pas opérationnels en soin palliatif. Et que pour eux, généralement insuffisamment formés aux symptômes complexes de la fin de la vie comme au maniement des antalgiques puissants, cela représente toujours une période difficile [12].

Il y a donc une urgence à mettre en place des formations adéquates.

En outre, la loi votée est particulièrement permissive puisqu'elle rend possible le recours à la mort provoquée si le patient « *décide de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement* » (article 4-4), ce qui constitue une rupture majeure de l'alliance thérapeutique. Depuis des décennies, le patient qui choisissait de refuser un traitement bénéficiait dans tous les cas du soutien palliatif et de l'accompagnement de son équipe soignante pour maintenir le plus faible niveau de souffrance possible. La loi crée ici un renversement : le « prendre soin » est supplanté par « l'autonomie », laquelle, nonobstant sa

1. L'exemple du Canada est éloquent : en 2015 lors de la préparation de la loi, 70 % des médecins s'étaient prononcés favorablement au principe de l'aide à mourir. Et moins de 5 % des médecins acceptent de pratiquer l'euthanasie.

relativité à ce stade de la maladie, devient l'unique boussole. S'ouvre une conception nouvelle de la relation dans laquelle le sujet peut donc décider de ne respecter aucune forme d'aide, aucun traitement, tout en obligeant un tiers soignant à lui administrer la mort.
Rappelons par ailleurs à ce sujet que dans les pays qui légalisent simultanément euthanasie et suicide assisté, l'euthanasie est massivement choisie par les malades et les familles (de l'ordre de 98 % d'euthanasie contre 2 % de suicide assisté en Catalogne en 2023).
Surtout, les situations complexes ont constitué jusqu'à ce jour le moteur de la créativité de la démarche palliative, de l'inventivité quotidienne des médecins et soignants impliqués. Qu'en sera-t-il lorsque la réponse à la souffrance exprimée sera une administration de la mort ? Quelle transmission pour les jeunes praticiens ?
S'il est un point capital à souligner, à répéter, c'est l'exigence de garder en toutes circonstances sa position de soignant. Devant toute « demande de mort », le médecin doit rester prioritairement dans une approche clinique, questionnante, attentive, exploratoire. Le risque principal est de se laisser embarquer par l'existence même de cette loi et de rentrer dans la procédure qu'elle propose sans avoir déployé complètement les ressources de l'écoute et du « prendre soin ». Être ancré sur la prise en soin dans toutes ses dimensions doit rester la priorité absolue.

Conséquences pour le médecin effecteur

Une clause de conscience est explicitement mentionnée : « *aucun professionnel de santé n'est tenu de participer aux procédures prévues* ». Cette nouvelle loi prévoit d'ailleurs une liste d'effecteurs « volontaires », laquelle va dépendre de la mise en place d'un système d'information à venir. Cette liste de volontaires est cruciale, car le professionnel de santé qui ne souhaite pas participer à cette procédure doit « *sans délai* » « *informer de son refus* » le malade et lui « *communiquer le nom d'un professionnel de santé disposé à participer à la mise en œuvre* » (art 14-I). Ce qui ne sera pas sans incidence sur les relations confraternelles.
Alors même que la loi est présentée comme une réaction contre une toute-puissance supposée du médecin, elle ne fait que la renforcer de manière spectaculaire. De fait, il est seul habilité à :
• apprécier la demande et vérifier le consentement (art 1 et 6-I),
• apprécier l'existence de tous les critères d'éligibilité (art 4),
• vérifier les pressions éventuelles exercées sur le malade (art 9),
• lui expliquer son droit à recourir aux soins palliatifs (art 5-II),
• lui proposer (ce n'est pas obligatoire) une aide psychologique (art 5-II) et lui rappeler qu'il peut à tout moment renoncer à sa demande,
• prendre la décision finale (art 6-IV) après une « décision collégiale » avec deux autres personnes (art 6),
• vérifier (sur une liste qui n'existe pas encore) que le patient n'est pas sous protection juridique (art 5-I),
• répondre dans un délai maximal de 15 jours, donc le jour même si besoin, et exécuter l'acte en 48 heures si le malade confirme d'emblée (art 6-IV),
• donner la substance létale qu'il aura prescrit et qu'il se sera procuré auprès d'une pharmacie agréée (art 8),
• procéder à l'administration si le patient est incapable d'y parvenir (donc pratiquer une euthanasie) (art 9-I-4),
• « *rester présent dans la même pièce que le patient* », mais le début du paragraphe dit : « *la présence du professionnel de santé aux côtés de la personne n'est plus obligatoire* » (art 9-III),
• signer le certificat de décès (art 9-IV), dont on attend encore les nouveaux détails de rédaction,
• rapporter à la pharmacie la préparation létale qui n'a pas été utilisée s'il en reste (art 9-V)
• et écrire un compte rendu destiné à la commission de contrôle *via* un système d'information (art 9-V) (dont l'existence est annoncée pour « bientôt »).

Les infirmiers, d'emblée concernés par cette loi sans doute par crainte des législateurs de manquer de candidats médecins, auront inévitablement besoin d'un médecin [13].

De fait, le médecin doit avoir peur du pouvoir qu'il a ; et cultiver une extrême vigilance à l'égard de lui-même.
L'une des nombreuses particularités de la loi votée en France réside dans l'importance des rôles confiés au professionnel de santé, lesquels constituent un facteur de pression supplémentaire sur la personne. La liberté mise en avant supposerait que le malade puisse décider jusqu'au bout d'effectuer l'acte, sans prise de rendez-vous pour en décider du moment, ayant ainsi toute latitude d'une rétractation. C'est ce que nous montre l'Oregon, qui, comme d'autres états américains depuis, se distingue de tous les autres pays par une relative stabilité du nombre de personnes ayant recours au suicide assisté en dépit d'une autorisation légale depuis

plus de 25 ans. Ce chiffre reste inférieur à 1 % des décès alors que, par comparaison, le Québec, qui a dépénalisé l'euthanasie en 2016, arrive déjà à près de 10 % des décès par euthanasie. Les conditions déterminées par la loi orégonaise font preuve d'une certaine rigueur procédurale, avec la consultation de deux médecins au moins, un délai de réflexion de plusieurs semaines, l'obligation d'une confirmation écrite, la présence de témoins. Mais surtout, la personne qui s'est vu prescrire le produit létal à l'issue de la procédure initiale reste libre de le prendre ou non. Cette disposition a un effet concret éloquent : en moyenne chaque année 30 % des personnes ne le prennent jamais, certaines n'allant pas même le chercher à la pharmacie ; et meurent donc de mort naturelle, assumée en pleine liberté.

L'interdit du meurtre jusque-là imposé au médecin par sa déontologie était avant tout une protection pour les patients. Comme dans les autres pays ayant dépénalisé, il est probable que la majorité des médecins resteront opposés à toute participation à la démarche. Et si certains praticiens participeront de manière très exceptionnelle à une administration de la mort, des médecins militants ont déjà annoncé leur volonté de répondre aux demandes, quelques-uns se « spécialisant » dans cette fonction, comme au Canada ou en Belgique.

Conséquences pour le pharmacien

Ce rôle est important dans la procédure de mort programmée puisque les pharmacies agréées devront préparer les prescriptions (la HAS a prévu d'éditer des recommandations de bonnes pratiques de ces produits mortels en novembre 2026) et les délivrer au professionnel de santé (médecin ou infirmier) effecteur de l'acte (art 8). La loi prévoit une délégation entre pharmacies existantes : officine, pharmacie à usage intérieur, pharmacie hospitalière… pour qu'il n'y ait aucune exception à la délivrance.
L'une des trois réserves du Conseil constitutionnel introduit pour le pharmacien la possibilité d'une clause de conscience, laquelle n'était pas inscrite dans la loi. Il est probable que là aussi se créent des tensions au sein des équipes, sans parler des extrêmes complexités de délivrance dans les zones rurales.

Points de vigilance pour l'avenir

La loi a été votée : voici venue l'épreuve du réel [14]. De très nombreux points suscitent des craintes légitimes pour l'avenir [15]. Dans son application, la subjectivité des critères comme les multiples imprécisions vont inévitablement générer des conflits juridiques, mais également de profondes tensions au sein des équipes soignantes.
Le collectif démocratie éthique et solidarité (DES), dont l'expertise pluridisciplinaire de haut niveau permet de fournir régulièrement des analyses minutieuses [16], attire notre attention sur les principaux éléments sensibles à surveiller [17] :
- l'accès au « droit à l'aide à mourir » ne peut se faire que si plusieurs conditions cumulatives sont réunies (art 4). Or les définitions mêmes de ces conditions sont soumises à une grande subjectivité, laquelle entraînera à coup sûr des discussions et des contentieux sans fin : caractère permanent ou non de la souffrance ? Appréciation de la qualité de vie affectée ? Altération grave du discernement (art 6) ? Sur quels critères, avec quels curseurs… ?
- la clause de conscience est entrouverte par le Conseil constitutionnel pour les établissements privés qui en font la demande (art 14), si l'établissement estime l'acte « *contraire aux missions statutaires ou au projet de l'établissement* » mais surtout sous condition qu'une autre structure régionale puisse prendre en charge le malade. Ces conditions sont lourdes des contentieux à venir, sans parler de la dramatique scission créée entre hôpital public et hôpital privé, le tout dans le climat particulièrement délétère qui est celui de la santé actuellement ;
- la commission de contrôle ne comporte que huit membres, dont seulement deux médecins (art 15) (donc composée d'une majorité n'ayant aucune expérience soignante) ; en outre elle ne siège qu'*a posteriori*, ce qui la rend totalement inefficace puisque le malade sera de toute façon déjà décédé (cf. l'exemple de la Belgique dont la Commission *a posteriori* n'a jamais prononcé la moindre sanction ; cependant s'est vu infliger une condamnation pour partialité par la Cour européenne des droits de l'Homme [avis du 4 oct. 2022]) ;
- les juristes font remarquer un redoutable risque pour le médecin effecteur puisque ce sera à lui de prouver qu'il a bien respecté les conditions de fond et de procédure de la loi pour ne pas être condamnable pour cet acte. On imagine la complexité de ces preuves puisque sa solitude est totale lors de toutes les actions à mener ;
- la question du don d'organes s'invite déjà dans les pays qui ont dépénalisé l'euthanasie (Belgique, Pays-Bas, Espagne, Canada).

Certains auteurs préconisent d'aller plus loin avec « *la mort par don d'organes* » [18], c'est-à-dire une euthanasie « *à cœur battant* », procédure dans laquelle le décès est directement provoqué par le prélèvement d'organes vitaux avant l'arrêt des fonctions cardiorespiratoires, maximisant la qualité des greffons. Présentée comme une mort volontaire "altruiste", "utile", elle pourrait constituer une nouvelle forme de pression.

En conclusion provisoire

Si nombreux sont à l'heure actuelle les défenseurs d'un droit de choisir le moment de sa mort dans des circonstances exceptionnelles, le droit de ne pas vivre certaines situations graves, il ne nous est pas permis pour autant d'oublier l'effet collectif de toute loi, en particulier à l'égard des personnes les plus vulnérables, personnes qu'il nous reviendra de savoir protéger au mieux de toute forme de pression. On ne peut que regretter l'instauration d'une loi autorisant la mort provoquée en l'absence d'une offre de soins adaptée sur l'ensemble du territoire. Ce qui en dépit de toutes les lois restera indéfiniment un vœu pieux en raison de son coût.

Par ailleurs, cette carence de prise en charge, déjà importante aujourd'hui, pourrait s'aggraver notablement avec l'amenuisement de la transmission du savoir palliatif, provoquant en retour une augmentation des demandes de mort volontaire… par défaut de soin.

Il reste que l'intitulé de la loi « droit à l'aide à mourir », demeure à jamais une tromperie manifeste, voulue délibérément par le gouvernement malgré les rappels de nombreuses instances qui ont demandé de nommer clairement « le suicide assisté » et « l'euthanasie », puisque c'est de cela qu'il s'agit (le Conseil d'État, l'Académie de médecine comme de nombreuses instances ont fait remarquer l'inexactitude de cette appellation pour désigner euthanasie et suicide assisté). « *L'aide sur le chemin du mourir* » est d'une certaine manière une mission médicale depuis toujours, mais elle n'a jamais signifié une administration de la mort et encore moins le principe d'un « droit à » mourir. Le soutien d'un droit à la vie serait sans doute plus pertinent que jamais. « *Afin de conjurer le danger de l'oubli de la portée transgressive de l'acte de provoquer la mort d'autrui* » [19], le philosophe Pierre le Coz propose ainsi la consécration, par la constitution, d'un "droit à la vie". ■

✖ *Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.*

Mots-clés :
Loi, Euthanasie, Droit à mourir, Suicide assisté, Société

Bibliographie

1. Reynié D. Les Français n'approuvent pas la proposition de loi visant à légaliser l'euthanasie et le suicide assisté. Sondage OpinionWay pour la Fondapol, décembre 2025.
2. Badr M. Le droit à l'aide à mourir devant le Conseil constitutionnel : quels sont les griefs des saisines ? Juillet 2026. Disponible sur : www.village-justice.com.
3. Avis du Conseil constitutionnel. Décision n° 2026-910 DC du 14 août 2026. Loi relative au droit à l'aide à mourir.
4. Kahn A. L'ultime liberté ? Plon 2008.
5. La Cour des comptes. Les soins palliatifs : une offre de soins à renforcer. Juillet 2023.
6. Pelluchon C. L'autonomie brisée. Presses Universitaires de France 2009.
7. Rojas E. Pour mourir, tapez 1. Éditions du Détour 2026.
8. Doublet YM, Favre P. Les non-dits économiques et sociaux du débat sur la fin de vie. Fondapol ; janvier 2025.
9. Gomas JM, Favre P. Expériences des pays étrangers. Repères en Gériatrie 2023 ; 25 : 188-92.
10. Gomas JM, Favre P. Fin de vie : peut-on choisir sa mort ? Éditions Artège 2022 : 72.
11. Vinant P. Séance plénière du congrès SFAP 2026. À paraître.
12. Gomas JM, Fossier E, Hoffmann A. Enquête sur les connaissances en soins palliatifs. Repères en Gériatrie 2026, sous presse.
13. Contribution de la Convergence infirmière adressée le 22 juillet au Conseil constitutionnel.
14. Baranger T. Après le vote de la loi sur l'euthanasie, le combat se porte sur le terrain du soin. Cabinet Coalitio, La Croix, 24 août 2026.
15. Fremont L. Euthanasie, la traque aux clauses de conscience a commencé. FigaroVox 22 août 2026.
16. Collectif démocratie, éthique et solidarités. Avis numéro 1 et 2 du collectif DES. Disponibles sur : collectif-des.fr/avis.
17. Collectif démocratie, éthique et solidarités. Note de conjoncture numéro 2 du 22 août 2026 du collectif DES. Disponible sur : collectif-des.fr/avis.
18. Winberg C, Ball I, Truog RD. Contextualizing the Dead Donor Rule in an Era of Voluntary Euthanasia. N Engl J Med 2026 ; 395 : 194-200.
19. Le Coz P. La consécration d'une loi autorisant l'euthanasie doit-elle conduire à inscrire le droit à la vie dans la Constitution ? Approche par la méthode de philosophie comparée ». La fin de vie et la mort saisies par le droit constitutionnel. Confluence des droits 2025 : 19-27 ; Open Edition Books, 2025.

Vous recherchez un médecin ou un remplaçant pour compléter votre équipe médicale ?

Contactez nos services pour une diffusion maximale de votre petite annonce dans la revue et sur les sites associés

Votre contact : Claire Voncken - Tél. : 01 49 29 29 20 - Mail : cvoncken@expressiongroupe.fr
ou connectez-vous sur la rubrique "petites annonces" de notre site :

GERIATRIES·FR