



Contribution Convergence Infirmière

Mise en œuvre de la loi relative au droit à l'aide à mourir

Conséquences pour l'exercice infirmier libéral et questions appelant une clarification réglementaire



Document transmis au ministère chargé de la Santé

dans le cadre des travaux relatifs aux décrets et textes d'application

Préambule

La loi relative au droit à l'aide à mourir a été définitivement adoptée par le Parlement le 15 juillet 2026. Elle instaure un nouveau droit permettant, sous certaines conditions, l'administration d'une substance létale, y compris par un infirmier lorsque la personne n'est physiquement pas en mesure de se l'administrer elle-même.

Cette réforme constitue une évolution majeure de l'exercice des professions de santé. Au-delà des débats parlementaires, désormais achevés, sa mise en œuvre reposera essentiellement sur les décrets d'application, les recommandations de bonnes pratiques, les protocoles nationaux et les organisations territoriales.

Convergence Infirmière ne souhaite pas revenir sur le débat de principe. Notre responsabilité est de nous assurer que les infirmières et les infirmiers libéraux disposeront de toutes les garanties nécessaires pour exercer, ou refuser d'exercer, dans un cadre juridiquement sécurisé, médicalement clair et humainement soutenable.

Cette démarche poursuit quatre objectifs : protéger les patients, protéger les professionnels, sécuriser juridiquement les pratiques, et anticiper les difficultés de terrain.

Ce document a vocation à alimenter les travaux du ministère de la Santé dans l'élaboration des textes d'application. Il s'appuie exclusivement sur le texte adopté en lecture définitive le 15 juillet 2026.

Les principes qui doivent guider les textes d'application

- la sécurité du patient ;
- la sécurité juridique des professionnels ;
- une clause de conscience réellement effective ;
- une égalité territoriale d'accès ;
- une parfaite traçabilité des procédures ;
- une définition précise des responsabilités ;
- un accompagnement psychologique des soignants ;
- une rémunération adaptée aux missions confiées ;
- une évaluation nationale indépendante.

Méthodologie

Chaque disposition de la loi concernant directement les infirmières et les infirmiers est analysée selon la même grille : ce que prévoit le texte, les conséquences pour l'exercice infirmier libéral, et les questions que Convergence Infirmière soumet au ministère en vue de l'élaboration des décrets, arrêtés et recommandations de bonnes pratiques.

Partie 1 — Les enjeux de la mise en œuvre pour les infirmiers libéraux

1. Une profession au cœur de l'accompagnement des patients

Les infirmières et les infirmiers libéraux occupent une place essentielle dans le parcours de soins. Ils assurent quotidiennement des soins auprès de plusieurs millions de patients sur l'ensemble du territoire, en ville comme dans les zones rurales, souvent au domicile des personnes les plus fragiles.

Leur exercice repose sur une relation de proximité et de confiance construite au fil du temps. Contrairement à de nombreux autres professionnels de santé, ils interviennent de manière répétée auprès d'un même patient, parfois pendant plusieurs années, et connaissent son environnement familial, social et matériel.

Ils accompagnent les patients à toutes les étapes de leur parcours de vie : perte d'autonomie, maladies chroniques, traitements lourds, retour à domicile après une hospitalisation, soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie.

Cette continuité des soins constitue l'une des spécificités de l'exercice infirmier libéral. Elle confère à ces professionnels une connaissance particulièrement fine des attentes exprimées par les patients, mais également des situations de vulnérabilité, des difficultés familiales, des phénomènes d'isolement ou encore des fluctuations psychologiques qui peuvent accompagner l'évolution d'une maladie grave.

2. Une évolution majeure des missions susceptibles d'être confiées aux infirmiers

La loi relative au droit à l'aide à mourir est susceptible de conduire les infirmières et les infirmiers à intervenir dans un domaine qui dépasse les missions traditionnellement exercées dans le cadre des soins de fin de vie.

Lorsque les conditions prévues par la loi sont réunies, l'IDE pourrait être amené à participer à une procédure dont l'issue est le décès du patient, voire, dans certaines situations prévues par le texte, à administrer lui-même la substance létale.

Cette évolution soulève des questions qui dépassent la réalisation d'un acte technique. Elle interroge notamment :

- les responsabilités confiées au professionnel ;
- les conditions de son intervention ;
- les garanties dont il devra bénéficier ;
- les conséquences sur la relation de soins ;
- l'articulation avec les règles déontologiques applicables à la profession.

3. Une mise en œuvre qui ne peut être improvisée

L'expérience des réformes successives du système de santé montre que la qualité d'un dispositif dépend autant de son organisation que de son fondement juridique.

Des procédures insuffisamment définies, des responsabilités mal identifiées ou des protocoles incomplets sont susceptibles de créer des difficultés d'application, des inégalités territoriales et des situations d'insécurité juridique pour les professionnels comme pour les patients.

La mise en œuvre de la loi appelle, à cet égard, une vigilance particulière. Elle nécessitera de préciser les rôles respectifs des différents acteurs, les modalités de coordination entre professionnels, les procédures de contrôle, les conditions de traçabilité, les dispositifs de formation ainsi que les mécanismes de protection juridique des soignants.

Partie 2 — Analyse des dispositions de la loi et questions réglementaires

Cette partie suit l'ordre des articles du texte adopté le 15 juillet 2026 (codifiés aux articles L. 1111-12-1 et suivants du code de la santé publique).

2.1 — Article 2 (L. 1111-12-1) : définition et impossibilité physique

« Le droit à l'aide à mourir est le droit pour une personne qui en a exprimé la demande d'être autorisée à recourir à une substance létale et accompagnée [...] afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est

physiquement pas en mesure de le faire, qu'elle se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier. » Le même article prévoit que les personnes qui concourent à l'exercice de ce droit dans les conditions fixées ne sont pas pénalement responsables.

Pour la première fois, la loi prévoit explicitement qu'une infirmière ou un infirmier puisse être amené(e), dans un cadre légal précis, à administrer une substance conduisant au décès de la personne. Cette évolution constitue une rupture par rapport à l'ensemble des missions confiées jusqu'ici à la profession.

Questions

1. Quels critères médicaux permettront de conclure qu'une personne n'est « physiquement pas en mesure » de s'administrer elle-même la substance ?
2. Qui établira cette impossibilité, et à quel moment de la procédure ?
3. Cette appréciation pourra-t-elle évoluer jusqu'au jour de l'administration, et une réévaluation sera-t-elle possible ?
4. Un second avis sera-t-il exigé en cas de doute ?
5. Le professionnel sollicité pourra-t-il contester cette appréciation ou refuser d'administrer la substance s'il estime que l'impossibilité n'est pas caractérisée ?
6. Comment sera assurée la traçabilité de cette décision ?

Proposition de Convergence Infirmière

Publier un référentiel national opposable précisant les critères d'appréciation de l'impossibilité physique, les modalités de vérification et les droits de retrait du professionnel.

Conditions d'habilitation et formation des infirmiers

La loi ne précise pas quels infirmiers pourront être sollicités, ni selon quelles conditions de compétence. Ce point conditionne pourtant directement l'organisation de la profession.

Questions

7. Toutes les infirmières et tous les infirmiers pourront-ils participer (libéraux, salariés, IPA, remplaçants), ou seulement certaines catégories ?
8. Des critères d'expérience (ancienneté, pratique en soins palliatifs ou à domicile) seront-ils exigés ?
9. Une formation spécifique sera-t-elle obligatoire avant toute participation ? Par qui sera-t-elle conçue (HAS, universités, Ordre, organismes de DPC) et quel en sera le contenu (aspects juridiques, éthiques, mises en situation) ?
10. Cette formation sera-t-elle financée, et par qui ? Une actualisation périodique sera-t-elle requise ?
11. Les étudiants en soins infirmiers pourront-ils assister à une procédure dans le cadre de leur formation, et selon quelles conditions d'encadrement ?
12. Les IDE salariés pourront-ils intervenir au domicile pour réaliser cet acte, et dans quel cadre juridique et organisationnel vis-à-vis de leur employeur ?

2.2 — Article 4 (L. 1111-12-2) : conditions d'accès

La loi fixe cinq conditions cumulatives d'accès : majorité, nationalité française ou résidence stable et régulière, affection grave et incurable engageant le pronostic vital en phase avancée ou terminale, souffrance réfractaire ou jugée insupportable par la personne, et aptitude à manifester une volonté libre et éclairée.

Questions

13. Quels référentiels médicaux permettront de définir la notion de « phase avancée » et de « processus irréversible » ? Une doctrine nationale sera-t-elle publiée ?
14. Comment sera appréciée la notion de souffrance « insupportable selon la personne » ?

15. Quels éléments permettront de distinguer une souffrance psychologique liée à la maladie d'un trouble psychiatrique autonome, la loi excluant la souffrance psychologique seule ?
16. Comment sera appréciée la liberté du choix lorsqu'un patient refuse un traitement susceptible de prolonger sa vie ?
17. Quel sera le rôle de l'infirmier lorsqu'il observe une évolution de l'état du patient entre la décision médicale et l'administration ?

2.3 — Article 5 (L. 1111-12-3) : dépôt de la demande

La demande est adressée à un médecin en activité, sans lien familial avec la personne. Celui-ci informe la personne sur son état de santé, sur les soins palliatifs, propose une orientation vers un psychologue ou un psychiatre, puis recueille la demande écrite (ou par tout mode d'expression adapté).

À noter : la loi exclut explicitement toute réalisation de la demande ou de sa confirmation par téléconsultation (L. 1111-12-3, I), ainsi que toute réalisation de la procédure par des sociétés de téléconsultation (L. 1111-12-4, VII) — ce point n'appelle donc pas de clarification réglementaire.

Questions

18. Existe-t-il une liste de médecins habilités à recevoir ces demandes, et comment sera assurée l'égalité d'accès sur l'ensemble du territoire ?
19. Les médecins concernés devront-ils suivre une formation spécifique ?
20. L'infirmière ou l'infirmier intervenant déjà auprès du patient sera-t-il informé(e) qu'une demande est en cours ?
21. Le refus d'un accompagnement psychologique ou psychiatrique devra-t-il être consigné ?
22. Quelle sera la responsabilité de l'IDE s'il estime que l'état psychique du patient s'est modifié entre la demande et l'administration ?

La loi impose au médecin d'informer la personne qu'elle peut bénéficier des soins palliatifs et de s'assurer, si elle le souhaite, qu'elle puisse y avoir accès — mais elle n'impose ni qu'un accès effectif aux soins palliatifs ait préalablement eu lieu, ni que leur refus par le patient soit spécifiquement tracé.

Questions

23. Comment sera tracée, dans le dossier ou le système d'information mentionné à l'article 11 (L. 1111-12-9), l'information donnée sur les soins palliatifs et la réponse du patient (acceptation, refus, accès effectif) ?
24. L'IDE éventuellement chargé d'accompagner l'administration, lorsqu'il diffère du médecin ayant reçu la demande initiale, aura-t-il accès à cette information avant d'intervenir ?

Proposition de Convergence Infirmière

Convergence Infirmière propose que la vérification de l'accès effectif aux soins palliatifs, ou de leur refus explicite par la personne, soit rendue traçable et consultable par l'ensemble des professionnels intervenant dans la procédure.

Effectivité de l'accès aux soins palliatifs

La loi impose au médecin d'informer la personne qu'elle peut bénéficier de l'accompagnement et des soins palliatifs, et de s'assurer, si elle le souhaite, qu'elle puisse y avoir accès — mais il s'agit d'une obligation d'information et d'accès sur demande, non d'une obligation de recours effectif aux soins palliatifs avant l'aide à mourir. Le patient peut donc accéder à l'aide à mourir sans avoir bénéficié de soins palliatifs, dès lors que l'information lui a été donnée.

Questions

25. Comment seront tracées, dans le dossier ou dans le système d'information mentionné à l'article 11 (L. 1111-12-9), l'information donnée sur les soins palliatifs et la réponse du patient (acceptation, refus, accès effectif) ?
26. L'infirmier éventuellement chargé d'accompagner l'administration, lorsqu'il n'est pas le médecin ayant reçu la demande initiale, aura-t-il accès à cette information avant d'intervenir ?
27. Un accès effectif et réel aux soins palliatifs sera-t-il garanti sur l'ensemble du territoire, y compris dans les zones où l'offre est aujourd'hui insuffisante, avant que la personne ne soit orientée vers l'aide à mourir ?

Proposition de Convergence Infirmière

Convergence Infirmière demande que l'offre effective de soins palliatifs — et non la seule information sur leur existence — soit systématiquement tracée et vérifiable à chaque étape de la procédure.

2.4 — Article 6 (L. 1111-12-4) : procédure collégiale et désignation du professionnel accompagnant

Le médecin met en place une procédure collégiale associant notamment un médecin spécialiste extérieur et un auxiliaire médical ou aide-soignant. La décision finale revient au médecin. Une fois la demande confirmée, le médecin détermine les modalités d'administration et choisit, en accord avec la personne, le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner.

Questions

28. Comment sera désigné l'auxiliaire médical participant à la procédure collégiale, et son avis sera-t-il formalisé par écrit ?
29. En cas de désaccord de l'auxiliaire médical au sein du collège, quelle sera la portée de cet avis ? Une procédure est-elle prévue en cas de désaccord majeur ?
30. Les infirmières et infirmiers libéraux, souvent les mieux placés pour connaître le patient au long cours, pourront-ils être sollicités pour participer à cette procédure collégiale ?
31. Comment l'infirmier chargé d'accompagner la personne sera-t-il concrètement identifié — existera-t-il une liste, tenue par qui (ARS, Ordre, CPAM, commission nationale), et selon quelle fréquence de mise à jour ?
32. Un IDE inscrit comme volontaire pourra-t-il se retirer à tout moment, sans justification, ou suspendre temporairement sa participation ?
33. Comment sera assurée la continuité du dispositif en cas d'indisponibilité du professionnel désigné (maladie, congés, incident) ?

2.5 — Article 7 (L. 1111-12-5) : choix du lieu, notamment le domicile

La personne détermine le lieu d'administration en accord avec le médecin ou l'infirmier qui l'accompagne : domicile ou résidence de la personne ou d'un proche, établissement de santé, établissement médico-social, ou toute autre structure où exercent des professionnels de santé. La personne peut être entourée des personnes de son choix.

Le domicile concentrera vraisemblablement la majorité des situations pour les infirmiers libéraux, ce qui appelle une vigilance particulière sur les conditions matérielles et la confidentialité.

Questions

34. Quels seront les critères d'un domicile jugé adapté (conditions sanitaires, salubrité, accès aux commodités essentielles) ? Qui en évaluera la conformité ?
35. L'infirmière ou l'infirmier libéral pourra-t-il refuser un lieu qu'il estime inadapté ou dangereux (insalubrité, absence d'électricité, animaux, lieux de vie non conventionnels type camping-car ou habitat précaire) ?

36. Comment sera garantie la confidentialité de l'acte lorsque de nombreuses personnes sont présentes, ou en cas de captation d'images par un tiers (téléphone, réseaux sociaux, médias) ?
37. Une procédure particulière est-elle prévue en établissement médico-social (EHPAD, HAD) ?

Présence de l'entourage

La possibilité, pour la personne, d'être entourée des proches de son choix n'est pas davantage encadrée par le texte.

Questions

38. Le nombre de personnes présentes pourra-t-il être limité par le professionnel pour des raisons de sécurité ou de bon déroulement de l'acte ?
39. Comment l'IDE devra-t-il réagir en cas de désaccord manifeste entre proches, ou de comportement agressif de l'un d'entre eux ?
40. La présence d'un mineur est-elle envisageable, et selon quelles conditions (âge, accord des titulaires de l'autorité parentale, accompagnement psychologique proposé) ?

2.6 — Article 8 (L. 1111-12-6) : préparation et circuit de la substance létale

La préparation magistrale létale est réalisée par une pharmacie à usage intérieur désignée par arrêté, qui la délivre au médecin ou à l'infirmier chargé d'accompagner la personne, directement ou via une pharmacie d'officine désignée d'un commun accord.

Questions

41. Comment sera organisée, en pratique, la chaîne de traçabilité du produit entre la pharmacie et le lieu d'administration, notamment à domicile ?
42. Qui sera responsable du transport de la préparation, et dans quelles conditions de sécurisation et de conservation ?
43. Une vérification d'identité sera-t-elle formellement prévue lors de la remise de la préparation au professionnel ?
44. Que se passera-t-il en cas de rupture de la chaîne de sécurité (perte, vol, détérioration du produit) ?

La loi répond en revanche déjà, pour partie, à la question du produit non utilisé : celui-ci doit être rapporté à la pharmacie d'officine ou à la pharmacie à usage intérieur pour destruction, dans les conditions de l'article L. 4211-2 du code de la santé publique.

2.7 — Article 9 (L. 1111-12-7) : le jour de l'administration

Le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne vérifie une dernière fois sa volonté, veille à l'absence de pression, prépare le cas échéant l'administration, en assure la surveillance ou l'administre lui-même. Une fois la substance administrée, sa présence n'est plus obligatoire, mais il doit rester dans la même pièce afin de pouvoir intervenir en cas de difficulté. Il établit ensuite un compte rendu de l'ensemble des actes réalisés.

Cette disposition centrale reste, dans sa mise en œuvre concrète, largement renvoyée aux futures recommandations de bonnes pratiques.

Questions

45. Que recouvre précisément la notion de « difficulté » justifiant une intervention du professionnel : complication technique, médicale, psychologique, urgence vitale, défaillance du produit ?
46. Un protocole national détaillera-t-il les conduites à tenir dans chacun de ces cas, et quels gestes précis l'infirmière ou l'infirmier sera-t-il habilité à réaliser ?
47. Si le décès ne survient pas dans le délai attendu, quelle est la conduite à tenir, combien de temps le professionnel doit-il attendre, et qui décide d'une éventuelle nouvelle administration ?

48. Le médecin devra-t-il rester joignable en permanence pendant toute la durée de l'intervention de l'IDE ?
49. Le compte rendu devra-t-il être standardisé au niveau national ? Quelle sera sa valeur médico-légale, et pendant combien de temps sera-t-il conservé ?

Vérification de l'absence de pression

La loi impose au professionnel de veiller à ce que la personne ne subisse aucune pression pour procéder ou renoncer à l'administration ; en cas de pressions constatées, la procédure est suspendue et le médecin décide de sa poursuite ou de son arrêt (art. 9, L. 1111-12-7). Si le médecin met fin à la procédure après avoir eu connaissance de pressions subies par la personne pour recourir à l'aide à mourir, il signale sans délai ces faits au procureur de la République (art. 10, L. 1111-12-8).

Questions

50. Comment un infirmier pourra-t-il objectiver l'existence d'une pression (financière, familiale, morale) au moment même de l'administration ?
51. Un écrit, un témoin ou une procédure de signalement formalisée seront-ils requis pour sécuriser cette appréciation ?

Constat et certificat de décès

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 et les décrets n° 2025-370 et 2025-371 du 22 avril 2025 (faisant suite à une expérimentation menée depuis décembre 2023), les infirmiers diplômés d'État volontaires et formés sont habilités, sous conditions strictes, à établir des certificats de décès (art. L. 2223-42 du CGCT). La loi relative à l'aide à mourir renvoie, pour ce certificat, aux conditions de droit commun (art. L. 2223-42 du CGCT) sans préciser les modalités propres à un décès survenu dans ce cadre.

Questions

52. Lorsque le certificat de décès est établi par un infirmier habilité, que devra-t-il être mentionné comme cause du décès ?
53. Cette mention sera-t-elle spécifique à l'aide à mourir, ou générique, et quelles en seront les conséquences pratiques (statistiques, assurances, succession) ?
54. L'IDE ayant accompagné l'administration de la substance pourra-t-il lui-même établir le certificat de décès, ou cette mission devra-t-elle revenir à un autre professionnel ?

Partie 3 — Situations exceptionnelles et gestion des imprévus

La loi prévoit que les professionnels qui concourent à l'aide à mourir dans les conditions fixées ne sont pas pénalement responsables. Elle ne répond en revanche pas, à ce stade, à la multitude de situations concrètes auxquelles un infirmier pourrait être confronté sur le terrain, et renvoie pour beaucoup à de futures recommandations de bonnes pratiques ou à des décrets d'application, sans détailler les conduites opérationnelles.

Convergence Infirmière recense ci-dessous les principales situations qui devront être anticipées par les textes d'application, à titre d'illustration non exhaustive.

Avant l'administration

- Le patient change d'avis alors que la préparation létale est déjà délivrée : qui récupère le produit, qui le transporte, qui en est responsable ?
- Le patient perd connaissance ou devient confus avant l'administration : faut-il arrêter, reporter, reprendre toute la procédure ?
- Une erreur d'identité est découverte juste avant l'administration : quelle procédure suivre ?

- Deux membres de la famille donnent des versions opposées de la volonté du patient : comment trancher ?

Pendant l'administration

- La voie veineuse est perdue ou la perfusion diffuse mal : que fait l'IDE, peut-il recommencer ?
- Le patient vomit la préparation : qui intervient, selon quel protocole ?
- Le patient présente des convulsions.

Après l'administration : issue incertaine

- Le décès ne survient pas dans le délai attendu, ou le patient agonise plusieurs heures : qui décide de la conduite à tenir, combien de temps attendre ?
- Le patient perd connaissance sans décéder.
- Une seconde administration est envisagée : qui en prend la décision et qui en assume la responsabilité médicale ?
- Le médecin devra-t-il rester physiquement présent, et l'infirmier devra-t-il rester jusqu'au décès ?

Tiers et entourage

- La famille exige que la procédure se poursuive, ou au contraire qu'elle s'arrête.
- Un proche s'oppose physiquement au déroulement de l'acte, ou devient agressif ; un enfant est présent.
- Un proche filme la procédure, ou une vidéo est diffusée sur les réseaux sociaux : quels sont les droits et recours du professionnel ?
- Un voisin ou un proche alerte les forces de l'ordre ou les services de secours pendant l'administration : quelle procédure suivre ?

Aléas matériels et logistiques

- Le médecin est injoignable, ou le réseau téléphonique est défaillant : l'infirmier peut-il prendre seul une décision ?
- La pharmacie a préparé une dose erronée, ou le produit est détérioré, volé ou perdu pendant le transport.
- Le professionnel lui-même présente un malaise sur place : qui poursuit la prise en charge, qui sécurise la substance ?

Convergence Infirmière demande que ces situations, et d'autres susceptibles d'être identifiées par un travail conjoint avec les représentants de la profession, fassent l'objet de protocoles opérationnels précis avant l'entrée en vigueur effective du dispositif.

Partie 4 — Responsabilités juridiques et protection des professionnels

La loi prévoit une exonération de responsabilité pénale pour les professionnels agissant dans les conditions qu'elle fixe. Ce principe est essentiel, mais il ne suffit pas à sécuriser l'ensemble des situations pratiques exposées en partie 3, ni à clarifier les autres régimes de responsabilité applicables.

Responsabilité civile, pénale et disciplinaire

55. Quel sera précisément le régime de responsabilité civile de l'infirmier en cas de complication survenue pendant ou après l'administration ?

56. L'exonération de responsabilité pénale prévue par la loi couvre-t-elle l'ensemble des situations d'aléa décrites en partie 3, ou seulement le principe même de l'administration ?
57. Quel sera le régime de responsabilité disciplinaire, notamment au regard des dispositions du Code de déontologie analysées en partie 6 ?
58. Si une plainte est déposée plusieurs années après le décès, quelles garanties seront prévues pour le professionnel, et pendant combien de temps sa responsabilité pourra-t-elle être recherchée ?
59. Qui conservera les preuves du consentement et de la régularité de la procédure, utiles en cas de contestation ultérieure, y compris par un héritier ?

Information de la famille et contestation post-décès

La loi ne prévoit aucune obligation d'informer la famille en amont de la procédure : la personne choisit librement les proches qu'elle souhaite voir présents (art. 7, L. 1111-12-5, II), sans qu'aucune démarche vis-à-vis du reste de la famille ne soit imposée par le texte. Seule la personne elle-même — ou, dans le cas particulier d'une mesure de protection juridique, la personne chargée de cette mesure — peut contester la décision du médecin devant le juge administratif (art. 12, L. 1111-12-10) ; aucun autre membre de la famille ne dispose de ce recours.

Cette architecture, centrée sur la seule volonté du patient, expose potentiellement l'infirmier à des tensions ou des mises en cause a posteriori de la part de proches non informés ou en désaccord — notamment pour des motifs liés à la succession — alors même qu'il aura agi dans le strict respect de la procédure légale.

Questions

60. Le professionnel devra-t-il, ou pourra-t-il, encourager le patient à informer sa famille, sans que cela ne constitue une obligation légale susceptible d'être opposée au patient ?
61. Que faire lorsque des proches découvrent après coup qu'ils n'ont pas été informés, et se retournent vers l'infirmière ou l'infirmier ayant accompagné la procédure ?
62. Au-delà de l'irresponsabilité pénale déjà prévue par la loi pour les actes conformes à la procédure, quelle protection concrète et immédiate (juridique, institutionnelle, psychologique) sera apportée à un IDE visé par une plainte, des pressions ou des menaces de la part de proches, notamment pour des motifs successoraux ?
63. L'impossibilité, pour les membres de la famille autres que la personne elle-même, de contester la décision médicale devant le juge administratif suffit-elle à les dissuader d'engager d'autres voies (plainte pénale, procédure disciplinaire, action civile) contre le professionnel ayant accompagné la procédure ?

Protection assurantielle

64. Les contrats de responsabilité civile professionnelle actuellement souscrits par les infirmières et les infirmiers libéraux couvriront-ils cet acte ?
65. Les assureurs ont-ils été consultés sur ce point ? Une garantie spécifique de l'État, ou une assurance dédiée, est-elle envisagée ?
66. Les cotisations d'assurance des infirmiers libéraux risquent-elles d'augmenter du fait de cette nouvelle mission ?
67. Une protection fonctionnelle, et une prise en charge des frais de défense, seront-elles instaurées en cas de mise en cause du professionnel ?
68. En cas de refus de garantie opposé par un assureur au titre de cette activité, quelle solution sera proposée aux professionnels concernés ?

À noter, pour les patients et leurs proches : la loi modifie le Code des assurances et le Code de la mutualité pour prévoir explicitement que l'assurance en cas de décès couvre le décès résultant de l'aide à mourir, y

compris pour les contrats en cours (art. 19 de la loi). Ce point est donc déjà sécurisé et ne nécessite pas de clarification réglementaire.

Risque de marchandisation de la procédure et signalement des dérives

En dehors des prix de cession des préparations létales et des honoraires ou rémunérations forfaitaires fixés par arrêté, aucune rémunération ou gratification, en espèces ou en nature, quelle qu'en soit la forme, ne peut être allouée en échange d'un service dans le cadre d'une procédure d'aide à mourir (art. 18, IV de la loi).

Ce principe interdit par construction toute marchandisation directe de l'acte. Convergence Infirmière appelle néanmoins l'attention du ministère sur un risque de contournement : des acteurs commerciaux étrangers au soin, à visée lucrative, pourraient être tentés d'organiser, autour de la procédure, une offre packagée (lieux dédiés, accompagnement commercial), en s'appuyant sur des professionnels de santé rémunérés dans le cadre légal pour l'acte lui-même, tout en développant autour un modèle économique parallèle non couvert par l'interdiction de gratification.

Questions

69. La notion de « toute autre structure où exercent des professionnels de santé », qui permet de déterminer le lieu de l'administration (art. 7, L. 1111-12-5), pourra-t-elle être précisée afin d'exclure des lieux commerciaux dédiés créés spécifiquement pour accueillir cette procédure ?
70. Des garanties seront-elles prévues pour empêcher qu'un acteur commercial organise ou finance, directement ou indirectement, le déroulement de la procédure ?
71. Un infirmier constatant, sur le terrain, des pressions ou un contexte laissant supposer un enjeu financier ou successoral entourant la demande sera-t-il spécifiquement protégé s'il alerte ?
72. Auprès de quelle autorité un IDE devra-t-il signaler une dérive de ce type (organisation commerciale, structure à but lucratif, pression liée à un héritage) : la commission de contrôle et d'évaluation prévue par la loi (art. 15, L. 1111-12-13), l'Ordre national des infirmiers, l'ARS, ou le procureur de la République ?
73. Cette commission de contrôle sera-t-elle habilitée à instruire spécifiquement ce type de signalement, distinct des cas de pression exercée directement sur le patient déjà prévus par la loi ?

Proposition de Convergence Infirmière

Convergence Infirmière demande que le décret d'application précise explicitement les lieux exclus de la procédure, et qu'un canal de signalement clair, unique et protégé soit désigné pour les professionnels témoins d'une dérive commerciale ou de pressions liées à des enjeux successoraux.

Partie 5 — Clause de conscience

La loi (L. 1111-12-12) prévoit que les professionnels de santé mentionnés — dont l'infirmier chargé d'accompagner la personne — ne sont pas tenus de participer aux procédures. Celui qui refuse doit, sans délai, en informer la personne ou le professionnel le sollicitant, et lui communiquer le nom de professionnels de santé disposés à participer.

Le principe de la clause de conscience est donc acquis pour l'infirmier accompagnant. Ses modalités concrètes d'exercice restent en revanche à préciser.

Questions

74. Qui tiendra la liste des professionnels volontaires que le professionnel refusant devra communiquer, et selon quelle fréquence de mise à jour ?
75. Un professionnel ayant initialement accepté de participer pourra-t-il retirer son accord, y compris à un stade avancé de la procédure ?

76. Quelle protection sera prévue contre d'éventuelles pressions organisationnelles ou une stigmatisation des professionnels exerçant leur clause de conscience, et comment sera garantie l'absence de toute discrimination, notamment vis-à-vis des employeurs ?

Partie 6 — Cohérence avec le Code de déontologie des infirmiers

L'adoption de la loi conduit à s'interroger sur son articulation avec les dispositions actuelles du Code de déontologie des infirmiers (décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016), rédigées dans un cadre juridique où l'infirmier n'était jamais appelé à participer directement à l'administration d'une substance létale. Cette évolution rend une clarification indispensable.

Article R. 4312-19

« En toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement. »

Question

Comment cette obligation d'accompagnement moral s'articule-t-elle avec la participation éventuelle à une procédure d'aide à mourir ?

Article R. 4312-20

« L'infirmier a le devoir de mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. Il a notamment le devoir d'aider le patient dont l'état le requiert à accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. Il s'efforce également [...] d'accompagner l'entourage du patient. »

Cette rédaction repose sur une logique d'accompagnement jusqu'au décès naturel, dans le respect de la dignité de la personne.

Questions

77. Cet article devra-t-il être modifié, et comment sera-t-il interprété après l'entrée en vigueur de la loi ?
78. Les deux textes sont-ils pleinement compatibles ?
79. Les infirmières et infirmiers pourront-ils continuer à invoquer cet article dans le cadre de leur clause de conscience ?

Article R. 4312-21 — le point de tension juridique majeur

« L'infirmier doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité de la personne soignée et réconforter son entourage. L'infirmier ne doit pas provoquer délibérément la mort. »

Cet article est aujourd'hui en contradiction frontale avec la nouvelle loi, qui autorise désormais, dans des conditions strictement encadrées, l'administration d'une substance létale par un infirmier. En droit, une disposition législative prévaut sur une disposition réglementaire ; R. 4312-21 devra donc, à tout le moins sur ce point, être mis en cohérence. Tant que cela n'aura pas eu lieu, une incertitude réelle pèsera sur les professionnels concernés.

Convergence Infirmière insiste toutefois sur un point de vigilance essentiel : cette mise en cohérence doit rester une exception strictement circonscrite aux conditions précises fixées par la loi, et non une révision générale du principe déontologique. En dehors du cadre légal de l'aide à mourir, l'obligation pour l'infirmier de préserver la vie, d'accompagner le mourant et de ne pas provoquer délibérément la mort doit demeurer intacte et continuer à s'imposer pleinement dans tous les autres actes de sa pratique quotidienne.

Questions

80. Cet article sera-t-il modifié, et selon quel calendrier, idéalement avant l'entrée en vigueur opérationnelle du dispositif ?
81. Si aucune modification n'intervient avant cette entrée en vigueur, quelle norme primera en pratique et comment les chambres disciplinaires de l'Ordre interpréteront-elles cette disposition ?
82. Les juridictions disciplinaires et les assureurs adopteront-ils une lecture identique de cette articulation ?
83. Les infirmières et infirmiers participant à une aide à mourir dans les conditions légales pourront-ils, malgré tout, être exposés à des procédures disciplinaires fondées sur le Code de déontologie en vigueur ?

Proposition de Convergence Infirmière

Convergence Infirmière demande une mise en cohérence explicite et rapide de l'article R. 4312-21, sous la forme d'une exception strictement délimitée aux seules conditions prévues par la loi relative à l'aide à mourir — afin d'éviter toute insécurité juridique et disciplinaire pour les professionnels appelés à intervenir dans ce cadre — tout en réaffirmant, pour le reste de l'exercice infirmier, le principe intangible selon lequel l'infirmier préserve la vie et n'a pas vocation à provoquer la mort.

Partie 7 — Organisation du dispositif, rémunération et traçabilité

Organisation et volontariat

84. Comment les IDE volontaires seront-ils identifiés, et cette inscription sera-t-elle nationale, régionale ou départementale ?
85. Comment sera assurée la continuité du dispositif lorsqu'aucun professionnel volontaire ne sera disponible sur un territoire donné ? Des réquisitions seront-elles envisageables ?
86. Qui organisera les plannings et, le cas échéant, les astreintes ?
87. Quel sera le rôle de l'Ordre national des infirmiers dans la mise en œuvre et le suivi du dispositif ?
88. Comment seront gérées les demandes en soirée, le week-end, les jours fériés ou durant les périodes de permanence des soins ? Un délai maximal entre la décision d'accorder l'aide à mourir et sa réalisation est-il prévu ?

Rémunération et temps de travail

La loi prévoit qu'un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris dans un délai de trois mois à compter de la promulgation, fixera les honoraires ou rémunérations forfaitaires des professionnels, sans possibilité de dépassement d'honoraires ; les actes seront par ailleurs inscrits sur la liste des actes et recevront un code spécifique, et l'ensemble des frais liés à la procédure sera pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

Questions

89. Selon quel calendrier précis cet arrêté sera-t-il publié, et les organisations représentatives des infirmiers libéraux seront-elles consultées sur son contenu ?
90. La rémunération prendra-t-elle en compte le temps de déplacement, le temps d'entretien préalable, le temps de présence et de surveillance après l'administration, le temps administratif, et les éventuelles complications ?
91. Un forfait spécifique sera-t-il créé, distinct de la nomenclature actuelle des actes infirmiers ?
92. Une majoration sera-t-elle prévue lorsque l'intervention a lieu en dehors des horaires habituels d'exercice (soirée, week-end, jour férié) ?

Traçabilité et système d'information

La loi impose déjà l'enregistrement de chaque acte, sans délai, à chaque étape de la procédure, dans un système d'information dédié, sous la responsabilité d'une commission de contrôle et d'évaluation placée auprès du ministre chargé de la santé.

Questions

93. Quel sera l'outil concret mis à disposition des infirmières et infirmiers libéraux pour cet enregistrement, et sera-t-il interfacé avec les logiciels métier existants ?
94. Les infirmiers devront-ils, en complément, tenir un compte rendu ou un dossier spécifique, et pendant combien de temps ces documents seront-ils conservés ?

Évaluation nationale

95. Les organisations représentatives des infirmières et infirmiers libéraux, dont Convergence Infirmière, seront-elles tenues informées des travaux de la commission de contrôle et d'évaluation prévue par la loi ?
96. Une étude d'impact spécifique aux conséquences professionnelles et psychologiques pour les infirmiers sera-t-elle conduite après les premières années de mise en œuvre ?
97. Un retour d'expérience institutionnel sera-t-il organisé après chaque procédure, ou à intervalles réguliers, pour faire remonter les difficultés de terrain ?
98. Une procédure de déclaration des événements indésirables propre à ce dispositif sera-t-elle mise en place ?

Accompagnement psychologique des professionnels

99. Un accompagnement psychologique sera-t-il proposé aux infirmiers avant leur première intervention, et un débriefing systématique sera-t-il organisé après chaque procédure ?
100. Cet accompagnement sera-t-il gratuit pour le professionnel, et qui le financera ?
101. Un professionnel pourra-t-il interrompre durablement sa participation au dispositif s'il en ressent le besoin, sans conséquence sur son exercice ?

Partie 8 — Décrets attendus et demande d'information de Convergence Infirmière

La loi renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de préciser notamment les modalités d'information de la personne, la forme et le contenu de la demande et de sa confirmation, la procédure de vérification des conditions d'accès, et les modalités d'accès au registre des mesures de protection juridique (art. L. 1111-12-11).

Ce décret ne couvre cependant pas l'ensemble des points soulevés dans la présente contribution — en particulier les critères d'appréciation de l'impossibilité physique, les modalités pratiques d'intervention des infirmiers, la formation, la rémunération et la mise en cohérence du Code de déontologie — qui relèveront d'autres textes (décrets, arrêtés, recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé).

Convergence Infirmière demande à être tenue pleinement informée, en amont, de l'élaboration de l'ensemble de ces textes d'application, en tant qu'organisation représentative des infirmières et infirmiers libéraux directement concernés par les nouvelles missions créées par la loi.

Conclusion

Les infirmières et infirmiers sont, depuis toujours, formés à soigner, à soulager, à accompagner et à prendre soin jusqu'au terme de la vie. La mise en œuvre de cette loi leur confie une mission nouvelle, aux implications humaines, professionnelles et juridiques majeures.

Cette évolution impose que les textes d'application répondent avec précision aux nombreuses questions pratiques, juridiques, organisationnelles et humaines que soulève la loi.

Convergence Infirmière formule cette contribution dans un esprit de responsabilité. Son objectif n'est pas de rouvrir le débat parlementaire, mais de contribuer à une mise en œuvre juridiquement sécurisée, médicalement rigoureuse et respectueuse tant des patients que des professionnels.

Avant toute entrée en vigueur effective du dispositif, ces interrogations doivent recevoir des réponses précises, opposables et sécurisantes pour les professionnels comme pour les patients.