

Proposition de loi n°265 relative à l'assistance médicale à mourir - Synthèse

Texte adopté par la commission des affaires sociales du Sénat - 7 janvier 2026



Société Française
d'Accompagnement
et de soins Palliatifs

CHAPITRE I - Définition

Article 1er

- Intégration explicite des notions d'expression de la volonté et de fin de vie dans l'intitulé d'un chapitre du code de la santé publique

Article 2

- Création d'un dispositif d'assistance médicale à mourir
- Prescription d'une substance létale par un médecin à la demande d'une personne remplissant les conditions prévues (à l'article 4)
- Administration de la substance :
 - par la personne elle-même
 - ou, en cas d'incapacité physique, par un médecin ou un infirmier
- Protection pénale accordée aux professionnels de santé intervenant dans ce cadre

Article 3

- Absence d'obligation pour le médecin d'informer une personne de l'existence de l'assistance médicale à mourir. Application de cette absence d'obligation même lorsque le pronostic vital est engagé à court terme.

CHAPITRE II - Conditions requises pour la mise en œuvre de l'assistance médicale à mourir

Article 4

- Définition du symptôme réfractaire : symptôme insupportable, ne pouvant être soulagé malgré des traitements répétés, sans compromettre la conscience de la personne
- Conditions cumulatives pour accéder à l'assistance médicale à mourir :
 - être âgé d'au moins dix-huit ans
 - se trouver dans une situation médicale définie par la loi:
 - "Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements"
 - "Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable."
 - être apte à exprimer une volonté libre et éclairée
- Exclusion de certaines dispositions financières pour les personnes : ne disposant pas de la nationalité française ou ne résidant pas de manière stable et régulière en France

CHAPITRE III - Procédure

Article 5

- Dépôt de la demande auprès d'un médecin en activité
- Absence de lien familial, conjugal ou patrimonial entre le médecin et la personne
- Intervention du médecin dans la prise en charge médicale de la personne
- Interdiction de présenter ou confirmer la demande par téléconsultation.
- Recueil de la demande par écrit ou par un mode d'expression adapté aux capacités de la personne

- Information de la personne sur son état de santé / l'évolution prévisible, les traitements existants, les soins palliatifs, la sédation profonde et continue et la possibilité de renoncer à tout moment
- Possibilité d'orientation vers un psychologue ou un psychiatre

Article 6

- Vérification par le médecin du respect des conditions requises
- Exclusion des personnes dont le discernement est gravement altéré
- Mise en place d'une procédure collégiale associant plusieurs professionnels. Participation d'au moins :
 - un médecin extérieur au traitement; examine la personne sauf s'il ne l'estime pas nécessaire;
 - un auxiliaire médical ou un aide-soignant qui intervient dans le traitement de la personne ou, à défaut, un autre auxiliaire médical ;
- Possibilité d'associer d'autres professionnels et les proches à titre consultatif
- Décision finale prise par le médecin à l'issue de la procédure collégiale
- Notification écrite et motivée de la décision
- Délai de réflexion d'au moins deux jours avant confirmation, pouvant être abrégé
- Information sur les modalités d'action de la substance létale. Détermination des modalités d'administration et du professionnel accompagnant
- Interdiction de recours à des sociétés de téléconsultation

Article 7

- Fixation de la date d'administration en accord avec la personne
- Lieux possibles d'administration : domicile / établissement de santé / établissement ou service médico-social (accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées)
- Possibilité pour la personne d'être entourée par les personnes de son choix
- Information des proches et orientation vers des dispositifs d'accompagnement psychologique

Article 8

- Préparation de la substance létale par une pharmacie désignée
- Transmission de la préparation à une pharmacie chargée de la délivrance
- Délivrance de la substance au médecin ou à l'infirmier accompagnant
- Accès réservé aux pharmaciens habilités
- Respect des délais permettant l'administration à la date prévue

Article 9

- Vérification, le jour prévu, de la confirmation de la volonté de la personne et de l'absence de pression exercée sur la personne. Obligation de signalement en cas de pression constatée
- Préparation et administration de la substance létale
- Présence obligatoire d'un professionnel de santé et d'un officier de police judiciaire
- Établissement du certificat de décès. Rédaction d'un compte rendu de la procédure
- Retour et destruction sécurisée des substances non utilisées

Article 10

- Fin de la procédure dans les cas suivants :
 - renonciation de la personne
 - respect ou disparition des conditions requises
 - refus de l'administration de la substance
- Obligation de présenter une nouvelle demande pour toute reprise de procédure

Article 11

- Enregistrement systématique des informations à chaque étape de la procédure
- Utilisation d'un système d'information sécurisé
- Exploitation des données à des fins statistiques

Article 12

- Contestation possible des décisions uniquement par la personne ayant formulé la demande
- Possibilité de contestation par la personne chargée d'une mesure de protection
- Suspension de la procédure en cas de saisine du juge. Décision rendue dans un délai court

Article 13

- Renvoi à un décret pour préciser les modalités d'information / la forme et le contenu de la demande / la procédure de vérification / les conditions de préparation et de délivrance de la substance.

CHAPITRE IV - Clause de conscience

Article 14

- Droit pour les professionnels de santé de refuser de participer à la procédure
- Obligation d'informer sans délai de ce refus
- Obligation de communiquer les coordonnées de professionnels disposés à intervenir
- Obligation pour les établissements de permettre l'intervention de professionnels extérieurs
- Déclaration des professionnels volontaires auprès d'une commission dédiée

CHAPITRE V - Contrôle et évaluation

Article 15

- Création d'une commission nationale de contrôle et d'évaluation
- Missions de la commission : contrôle a posteriori des procédures / suivi et évaluation de l'application de la loi / recommandations annuelles au Gouvernement et au Parlement
- Possibilité de contrôles approfondis aléatoires. Signalement aux autorités ordinales ou judiciaires si nécessaire. Accès encadré aux dossiers médicaux
- Composition pluraliste de la commission. Nomination des membres pour une durée de 5 ans

CHAPITRE VI - Dispositions pénales

Article 17 bis

- Extension de l'incrimination de provocation à la mort aux faits de provocation à l'assistance médicale à mourir en dehors du cadre légal

CHAPITRE VII - Dispositions diverses

Article 18

- Prise en charge par la Sécurité sociale des frais liés à l'assistance médicale à mourir
- Interdiction des dépassements d'honoraires / Interdiction de toute autre rémunération ou avantage
- Fixation réglementaire des prix des préparations létales / des honoraires des professionnels de santé

Article 19

- Obligation pour les assurances décès de couvrir les décès résultant de l'assistance à mourir

Article 19 bis

- Possibilité d'extension et d'adaptation du dispositif dans les collectivités d'outre-mer

Proposition de loi n°265 relative à l'assistance médicale à mourir - Décryptage

Texte adopté par la commission des affaires sociales du Sénat - 7 janvier 2026



- Alors que la proposition de loi d'Olivier Falorni entendait instaurer un « droit à l'aide à mourir », la commission des affaires sociales a proposé une rédaction **ouvrant une « assistance médicale à mourir » dans les situations de fin de vie à court terme.**
- **Certes, certaines garanties sont apportées par cette réécriture :** restriction au pronostic vital engagé à court terme, suppression du délit d'entrave, interdiction de la publicité, présence d'un officier de police judiciaire lors de l'acte létal, clause de conscience du pharmacien.
- **Toutefois, cette rédaction entérine la légalisation du geste létal et son intégration dans le champ du soin. Le dispositif reste globalement permissif :** contre-pouvoirs limités, délais compressibles, absence de recours pour les proches, coercition sur les établissements, contrôle a posteriori.

1. Une assimilation problématique de l'acte létal au soin

A. L'inscription de la mort provoquée dans le champ médical (titre, art. 1, 2, 3)

- La terminologie retenue (« assistance médicale à mourir ») **assimile un acte létal à une pratique de soin**, alors même que provoquer la mort ne saurait constituer un acte de soin.
- Les articles 1 à 3 **intègrent l'assistance médicale à mourir dans l'architecture du code de la santé publique** et la confient aux professionnels de santé.
- Ce choix normatif **brouille les repères éthiques fondamentaux de la médecine.**

B. Une confusion avec la sédation profonde et continue (article 4 5)

- L'article 4 ouvre l'assistance médicale à mourir aux **indications de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès** (art. 1110-5-2 du code de la santé publique).
- Ces dispositions engendrent une confusion accrue entre la sédation profonde et continue (destinée au **soulagement sans intention de donner la mort**) et le geste létal (dont la finalité est le **décès immédiat par injection d'une substance létale**).

2. Des conditions d'accès insuffisamment protectrices

A. Une éligibilité ouvrant la voie à une extension (article 4)

- L'éligibilité repose désormais sur des situations médicales non définies dans cette proposition de loi.
- En l'absence de critères strictement définis, **le champ de l'assistance médicale à mourir dépendra largement de l'évolution des pratiques médicales et interprétatives.**

B. Une protection insuffisante du consentement (articles 5 et 6)

- Si la loi exige une volonté « libre et éclairée », **elle ne rend obligatoire aucune évaluation psychologique ou psychiatrique.** L'orientation vers un professionnel de la santé mentale est simplement proposée et laissée à l'initiative du patient ou du médecin.
- Les personnes **souffrant de déficience intellectuelle** restent éligibles à la mort provoquée.
- L'appréciation du discernement repose donc quasi exclusivement sur le médecin instructeur, **sans garantie indépendante effective.**

3. Une procédure collégiale sans réel contre-pouvoir

A. Une collégialité qui ne permet pas une garantie substantielle (article 6)

- L'article 6 reprend une procédure collégiale mais **confie explicitement la décision finale au médecin.** L'avis du collège n'est ni contraignant ni assorti d'un mécanisme de blocage.
- Le médecin concentre ainsi l'ensemble des fonctions décisives (**instruction de la demande, appréciation des conditions, décision finale**) ce qui le place dans une position solitaire et toute-puissante.

B. Une composition minimale du collège affaiblissant la pluralité des regards

- Le collège peut se limiter à un second médecin (**qui n'est pas tenu d'examiner la personne**) et à un auxiliaire médical (**qui potentiellement ne connaît pas la personne**).
- La participation du médecin traitant, de l'équipe accompagnant la personne, de psychologues ou de professionnels du secteur médico-social est **uniquement facultative.**
- Cette composition minimale **limite la prise en compte des dimensions psychiques, sociales et familiales de la situation du patient.**

4. Des délais de réflexion symboliques et facilement neutralisables

A. Un délai de réflexion particulièrement réduit (article 6)

- Le délai minimal entre la décision médicale et la confirmation de la demande est fixé à **deux jours seulement**.
- Au regard de l'irréversibilité de l'acte et de la situation de vulnérabilité des personnes concernées, ce délai apparaît **insuffisant pour garantir une décision pleinement réfléchie**.

B. La possibilité d'abrégé le délai sans critère objectif (article 6)

- Le même article permet **d'abrégé ce délai** si le médecin estime que l'état de santé le justifie, sans encadrement normatif précis ni contrôle préalable. Cette faculté **laisse la place à une forte subjectivité et renforce la toute-puissance médicale**.
- Le délai de réflexion devient ainsi **une garantie purement théorique**, dépendante de la seule appréciation médicale.

5. Des mécanismes de contrôle et de recours largement insuffisants

A. L'exclusion quasi totale des proches des voies de recours (article 12)

- La décision accordant l'aide à mourir ne peut être contestée que par la personne demanderesse. **Les proches, y compris la personne de confiance, sont exclus de toute possibilité de recours**, même en cas de doute sérieux sur la liberté du consentement.

B. Un contrôle a posteriori, dépourvu d'effectivité préventive (article 15)

- Le contrôle repose principalement sur **une commission intervenant après la mise en œuvre de l'aide à mourir**.
- Ce contrôle après décès **ne permet pas de prévenir une décision contestable** et prive les garanties de toute effectivité pour la personne concernée.

6. Une forte coercition pesant sur les établissements

A. Une obligation explicite limitant la liberté institutionnelle (article 14)

- La proposition de loi **impose aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux** de permettre et d'organiser l'intervention des effecteurs de l'assistance médicale à mourir.
- Cette obligation s'impose **indépendamment du projet d'établissement ou de son orientation médicale ou éthique**.

B. Une contrainte organisationnelle indirecte mais déterminante (articles 5 et 7)

- Les établissements deviennent des lieux d'exécution potentielle de l'aide à mourir, **sans disposer d'un réel pouvoir de régulation ou d'opposition**.
- La pratique contrainte de l'aide à mourir dans les établissements transforme un droit individuel en **obligation institutionnelle de fait**, exposant les établissements à des tensions internes.

7. Une normalisation institutionnelle favorisant la banalisation de l'acte létal

A. L'inscription de l'aide à mourir dans un cadre ordinaire (articles 18 et 19)

- La prise en charge par la sécurité sociale, la tarification des actes et l'intégration dans les contrats d'assurance décès **inscrivent l'aide à mourir dans un cadre institutionnel classique**, contribuant à sa banalisation. **Les conditions de mort à court terme seront nécessairement élargies par la suite**.

B. L'absence de contrepartie normative équivalente sur l'accès aux soins palliatifs

- Si l'information sur les soins palliatifs est prévue, **aucune obligation contraignante n'est posée quant à leur accessibilité effective et homogène sur le territoire**, faisant peser un risque de choix contraint par défaut.
- La proposition de loi **entérine explicitement la légalisation du geste létal et son inscription durable dans le champ médical**, opérant une rupture avec les principes fondateurs du soin.
- En dépit de garanties affichées, **le dispositif affaiblit les gardes-fous juridiques, procéduraux et institutionnels** nécessaires à la protection des personnes vulnérables face à un acte irréversible.
- Ce faisant, elle ouvre la voie à une **banalisation progressive du geste létal**, sans contreparties suffisantes en matière de contrôle, de recours et d'accès effectif aux soins palliatifs.