

# Proposition de loi n°587 relative à l'assistance médicale à mourir



Texte adopté par la commission des affaires sociales du Sénat - 29 avril 2026

- Adoptée en deuxième lecture par l'Assemblée nationale et reprise par la commission des affaires sociales du Sénat, la proposition de loi n°587 conserve la légalisation de l'« **assistance médicale à mourir** » dans le champ du soin, tout en intégrant plusieurs **aménagements**.
- **Évolutions allant dans le sens des préoccupations de la SFAP** : exclusion explicite de l'aide à mourir du droit fondamental à la santé (art. 2), droit de l'établissement de refuser au nom de son projet (art. 14), droit du médecin à ne pas informer du recours légal (art. 3).
- **Toutefois, la philosophie générale du texte demeure inchangée** : le geste légal est inscrit dans le code de la santé publique, confié à des professionnels de santé et pris en charge par la solidarité nationale. Les garde-fous restent fragiles : consentement insuffisamment protégé, délais compressibles, absence de recours pour les proches, contrôle uniquement a posteriori.

## 1. Une assimilation de l'acte légal au soin persistant malgré quelques nuances

### A. Le maintien de la mort provoquée dans le champ médical (titre, art. 1, 2, 3)

- La terminologie adoptée d'« assistance médicale à mourir » continue **d'assimiler un acte légal à une pratique de soin**, alors que provoquer la mort ne saurait constituer un acte de soin.
- Les articles 1 à 3 maintiennent l'inscription de l'aide à mourir dans le **code de la santé publique** et la confient aux professionnels de santé.
- **Évolution notable** : l'article 2 (III) précise désormais que l'aide à mourir « **ne relève pas du droit fondamental à la protection de la santé** ». Cette clarification ne suffit pas à dissiper la confusion induite par l'inscription dans le code.
- L'article 3 nouveau garantit qu'un médecin **n'est jamais tenu d'informer** du recours légal : garde-fou utile contre la banalisation, mais qui ne corrige pas la nature même de l'acte.

### B. Une confusion persistante avec la sédation profonde et continue (art. 4 et 5)

- L'article 4 ouvre l'accès à l'aide à mourir aux personnes remplissant les conditions des 1° ou 2° de l'article L. 1110-5-2 - soit les **indications de la sédation profonde et continue** maintenue jusqu'au décès.
- Cette construction **aligne les critères d'éligibilité** sur ceux de la sédation profonde et continue, alors que les deux gestes ont des modalités et des finalités radicalement différentes : **soulagement sans intention létale d'un côté, décès provoqué par injection d'une substance létale de l'autre**.

## 2. Des conditions d'accès toujours insuffisamment protectrices

### A. Une éligibilité qui demeure imprécise (art. 4)

- L'éligibilité repose sur un **renvoi à des situations médicales** définies à l'article L. 1110-5-2, sans définition autonome dans la loi.
- La nouvelle définition de **la souffrance réfractaire** (art. 4, 1°) constitue un progrès, mais l'appréciation des autres conditions reste largement laissée à l'interprétation médicale

## B. Une protection du consentement encore insuffisante (art. 5 et 6)

- La loi exige une volonté « libre et éclairée » mais **ne rend toujours pas obligatoire** l'évaluation psychologique ou psychiatrique. L'orientation vers un psychologue ou un psychiatre **est simplement proposée**.
- L'article 6 exclut désormais explicitement les personnes dont **le discernement est gravement altéré** ou présentant des **facultés intellectuelles ou cognitives significativement réduites**. Cette exclusion repose toutefois entièrement sur l'appréciation du médecin instructeur.

## 3. Une procédure collégiale légèrement renforcée

### A. Une collégialité enrichie mais non contraignante (art. 6)

- L'article 6 introduit l'obligation pour le second médecin d'être **un spécialiste de la pathologie** de la personne et d'avoir accès à son dossier médical .
- Toutefois, **la décision finale demeure individuelle** : prise par le médecin instructeur seul. L'avis du collègue **n'est ni contraignant ni assorti d'un mécanisme de blocage**.

### B. Une composition minimale insuffisante

- Le collège peut toujours se limiter à **deux médecins et un auxiliaire médical ou aide-soignant**. La participation d'autres professionnels reste **facultative**.
- L'examen physique par le second médecin **peut être dispensé** s'il « ne l'estime pas nécessaire ». La visioconférence demeure possible « en cas d'impossibilité » de présence physique.

## 4. Des délais de réflexion symboliques et toujours compressibles

### A. Un délai minimal inchangé et particulièrement réduit (art. 6)

- Le délai minimal entre la notification de la décision médicale et la confirmation de la demande demeure fixé à **deux jours seulement**.
- Au regard de **l'irréversibilité de l'acte** et de la vulnérabilité des personnes concernées, ce délai apparaît **insuffisant**.

### B. Une faculté d'abrègement maintenue, sans critère objectif (art. 6)

- Le délai peut toujours être **abrégé** dès lors que le médecin estime que l'état de santé le justifie. Aucun encadrement normatif ni contrôle préalable n'a été ajouté.
- Le délai de réflexion demeure **une garantie largement théorique**, dépendant de la seule appréciation médicale.

## 5. Des mécanismes de contrôle et de recours encore insuffisants

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

- La décision accordant l'aide à mourir **ne peut être contestée que par la personne demanderesse** elle-même. La personne de confiance et les proches restent **exclus de toute possibilité de recours**, même en cas de doute sérieux sur la liberté du consentement.
- Une exception, étroite, est ouverte à la **personne chargée d'une mesure de protection juridique** : saisine du juge des contentieux de la protection dans un délai de deux jours en cas de doute sur l'aptitude à manifester une volonté libre et éclairée.

## B. Un contrôle a posteriori dépourvu d'effectivité préventive (art. 15)

- Le contrôle repose principalement sur **une commission intervenant après la mise en œuvre** de l'aide à mourir, sur la base des données enregistrées dans le système d'information.
- **L'exigence d'indépendance** des membres (interdiction de tout engagement associatif relatif à l'euthanasie ou au suicide assisté) renforcent l'impartialité de la commission.
- Toutefois, 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 coercition sur les établissements significativement allégée

### A. Une clause d'incompatibilité avec le projet d'établissement (art. 14)

- **Évolution majeure** : la nouvelle rédaction (art. 14, II bis) prévoit que la mise en œuvre de la procédure d'aide à mourir « **ne peut être imposée à l'établissement si celle-ci est incompatible avec son projet d'établissement** ».
- Cette disposition répond à une préoccupation forte des acteurs du soin et restaure **une liberté institutionnelle** que la version précédente ne garantissait pas.

### B. Une obligation d'orientation qui maintient la pression sur le système (art. 14)

- L'établissement qui refuse doit, **sans délai**, informer la personne et l'orienter vers une structure ou un dispositif identifié par l'agence régionale de santé.

## 7. Une normalisation institutionnelle inchangée

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

- **La prise en charge par la sécurité sociale** et la tarification des actes inscrivent durablement l'aide à mourir dans le cadre institutionnel ordinaire de l'offre de soins.
- Cette normalisation contribue à **la banalisation progressive** du geste létal. La restriction actuelle **n'offre aucune garantie** contre un **élargissement futur** par voie législative ou jurisprudentielle.

### B. L'absence de contrepartie contraignante sur l'accès aux soins palliatifs

- Si **l'information** sur les soins palliatifs est obligatoirement proposée (art. 5, 2°), **aucune obligation contraignante** n'est posée quant à leur accessibilité effective sur le territoire.
- Cette asymétrie fait peser, pour les personnes les plus vulnérables, un risque **persistant de choix contraint par défaut**.

- **La proposition de loi n°587** marque une petite évolution par rapport à la version précédente, avec quelques modifications notables : **la restriction de l'Aide à mourir pour les patients dont le pronostic vital est engagé à court terme et la liberté organisationnelle**.

- **Pour autant, le cœur du dispositif demeure inchangé : légalisation du geste létal, inscription durable dans le champ médical, absence de recours pour les proches, contrôle uniquement a posteriori, délais compressibles**.

- **Ce texte ouvre la voie à une banalisation progressive de l'acte létal, sans contreparties suffisantes en matière d'accès effectif aux soins palliatifs, qui demeure la condition d'un véritable choix libre et éclairé en fin de vie**.