

PROPOSITION DE LOI

DROIT À L'AIDE À MOURIR

Deuxième lecture



Réunie le 7 janvier 2026 sous la présidence de Philippe Mouiller, la commission a examiné la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir adoptée par l'Assemblée nationale.

Préoccupée par la **conception très extensive** du texte, la commission l'a recentré sur les situations relevant véritablement de la **fin de vie**, dans le prolongement des dispositions de la loi Claeys-Leonetti de 2016.



1. L'AIDE À MOURIR : UNE PRATIQUE NON RECONNUE EN FRANCE, SOURCE DE DÉRIVES À L'ÉTRANGER

A. EN FRANCE, UN SOCLE LÉGISLATIF QUI RÉPOND À L'ESSENTIEL DES SITUATIONS DE FIN DE VIE

1. Malgré une variété d'options thérapeutiques pour soulager la fin de vie...

En France, la législation sur l'accompagnement de la fin de vie repose sur deux principes cardinaux : **l'apaisement des souffrances** et **le respect de la volonté de la personne**.

- La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 (loi Leonetti) a permis deux avancées :
 - d'une part, l'interdiction de **l'obstination thérapeutique déraisonnable**, qui permet d'interrompre les traitements ou de s'abstenir de pratiquer des actes « *inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie* » ;
 - d'autre part, l'obligation faite au médecin de pratiquer tous les traitements analgésiques et sédatifs permettant de répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, **même s'ils ont pour effet d'abrégé la vie**.
- Depuis la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 (loi Claeys-Leonetti), il est en outre permis de recourir à une sédation profonde et continue jusqu'au décès associée à une analgésie (**SPCJD**), provoquant une altération de la conscience et un état de sommeil résistant aux stimulations, lorsque le pronostic vital est engagé à court terme.

Selon le CCNE, « *l'arrêt des thérapeutiques jugées déraisonnables, la poursuite des soins palliatifs et la possibilité de recours à une sédation profonde et continue jusqu'au décès, permettent en général une fin de vie relativement sereine et paisible* ».

La **Société française d'accompagnement de soins palliatifs** (SFAP) rappelle que s'il existe de nombreuses pratiques sédatives et de soulagement, le recours à la SPCJD est nécessaire, de façon marginale, pour des patients ne pouvant être soulagés autrement.



Conditions légales pour pratiquer une sédation profonde et continue jusqu'au décès (SPCJD)

La SPCJD, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, peut être pratiquée, à la demande de la personne, dans les conditions suivantes :

- 1) celle-ci souffre d'une affection grave et incurable ;
- 2) sa souffrance est réfractaire aux traitements ou insupportable en cas d'arrêt des traitements ;
- 3) son pronostic vital est engagé à court terme.

Selon la définition retenue par la HAS et l'*European Association of Palliative Care* (EAPC), le pronostic vital est engagé à court terme lorsque le décès est attendu sous quelques heures ou quelques jours.

Lorsque la personne ne peut pas exprimer sa volonté, le médecin peut pratiquer une sédation profonde et continue jusqu'au décès, s'il décide d'interrompre un traitement de maintien en vie au titre du refus de l'obstination déraisonnable.

2. ... un accompagnement et une prise en charge toujours insuffisants

En France, la persistance d'un « mal mourir » favorise la crainte d'une fin de vie synonyme d'absence d'accompagnement et de douleurs inapaisables. Plusieurs facteurs y contribuent :

- les carences de l'offre de soins palliatifs ;

L'offre actuelle, caractérisée par de profondes inégalités d'accès, ne couvre que 50 % des besoins. En 2024, 19 départements étaient encore dépourvus d'unité de soins palliatifs.



des situations de phase palliative terminale donnent lieu à une SPCJD

- une culture palliative peu développée chez les soignants ;

- une législation relative à l'accompagnement de la fin de vie **mal connue des patients**.

La SPCJD demeure pratiquée de façon exceptionnelle au sein des structures de soins palliatifs, **dans 0,9 % des situations de phase palliative terminale**¹. De fait, une prise en charge en soins palliatifs permet presque toujours de prévenir ou d'effacer le désir de mort que peuvent exprimer des personnes en fin de vie : une étude réalisée dans l'établissement de soins palliatifs Jeanne Garnier avait ainsi établi que **90 % des demandes d'aide à mourir formulées à l'entrée en hospitalisation disparaissaient au cours de la prise en charge palliative**.

3. Des demandes exceptionnelles d'abrégier sa vie en cas de souffrances réfractaires

À ce jour, **aucune étude statistique ne permet d'estimer le nombre de personnes en phase palliative désirant recourir à l'euthanasie**², mais les représentants de la SFAP évoquent **des cas rarissimes**.

En revanche, **l'existence d'une demande sociétale d'autodétermination** en toutes circonstances est **indubitable**. Elle excède pourtant le débat sur la fin de vie et engendre une confusion en projetant les craintes des bien-portants sur les désirs supposés des personnes vulnérables.

Si la commission reconnaît l'existence de situations de souffrances réfractaires dans lesquelles des personnes **en fin de vie** peuvent exprimer un désir de mourir, celles-ci semblent **exceptionnelles**.

B. DES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES QUI INCITENT À UNE GRANDE PRUDENCE DANS L'ÉVOLUTION DU CADRE LÉGISLATIF

1. Une tendance à l'élargissement continu des critères de l'aide à mourir

En 2001, les Pays-Bas ont été le premier pays à légiférer sur l'euthanasie.

Plusieurs pays ont, depuis, adopté une législation sur l'euthanasie ou le suicide assisté selon des modalités différentes et évolutives. Mais **il ne s'agit pas d'un modèle majoritaire dans le monde**.

¹ Cette donnée citée par le rapport de la mission de l'Assemblée nationale est issue de l'étude PREVAL-S2P (2022).

² Selon une étude relayée par le CCNE (avis n° 139), 9 % des patients en soins palliatifs exprimeraient un désir de mourir et 3 % d'entre eux une euthanasie. Ces données ont toutefois été collectées en 2011, bien avant la loi Claeys-Leonetti.

- Si certains États ne reconnaissent que le suicide assisté (Suisse, Oregon), d'autres admettent aussi bien l'assistance au suicide que l'euthanasie. Dans ceux-ci, l'euthanasie éclipse presque totalement la pratique de l'assistance au suicide.

- En outre, dans presque tous les États ayant légiféré sur l'euthanasie, un glissement vers une ouverture de plus en plus large des critères d'accès s'observe : élargissement aux mineurs (en 2014 en Belgique, aux moins de 12 ans en 2023 aux Pays-Bas), suppression du critère du pronostic vital engagé dans de nombreuses législations (Belgique, Suisse, Pays-Bas, Canada), réflexion sur une ouverture de l'euthanasie à toute personne âgée d'au moins 75 ans sans condition tenant à l'état de santé aux Pays-Bas, etc.

À cet égard, certaines associations du monde du handicap s'émeuvent de la progression des discours validistes qui exercent une pression sociale sur les personnes vulnérables, lesquelles peuvent se vivre comme un fardeau pour la société et pour leurs proches.

« Quand toute une société martèle que le critère d'une vie valant d'être vécue est d'être en pleine possession de ses moyens, est-on si libre de se déterminer ? »
(Jacques Ricot, *Penser la fin de vie*)

Au Canada, la suppression du critère tenant à l'engagement du pronostic vital a été l'œuvre des juges, non du législateur. La Cour supérieure du Québec a ainsi considéré, en 2019, que le critère relatif à une « **mort naturelle raisonnablement prévisible** » constituait une discrimination.

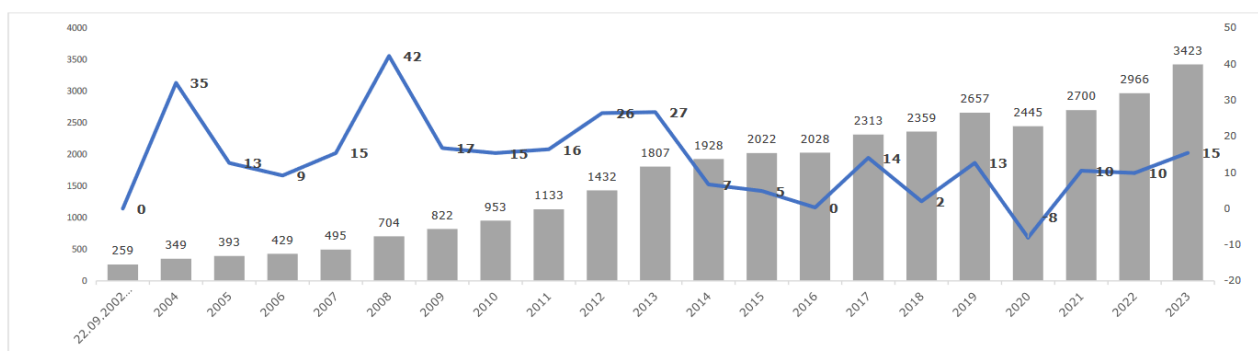
Le critère du pronostic vital persiste néanmoins dans certaines législations : en **Oregon**, seules les personnes dont l'espérance de vie n'excède pas **six mois** peuvent recourir au suicide assisté. C'est aussi l'option vers laquelle semble s'orienter le Royaume-Uni.

2. Des taux de recours à la hausse non maîtrisés et des contrôles défaillants

- Outre qu'elles démontrent l'absence de limite ferme à l'évolution des pratiques d'euthanasie et de suicide assisté, les expériences étrangères témoignent d'une forme de banalisation de la pratique euthanasique.

L'évolution continuent à la hausse des taux de recours illustre cette tendance (*cf. infra*) qui fait de l'aide à mourir une stratégie thérapeutique à part entière et, parfois, de première intention.

Évolution du nombre d'euthanasies pratiquées en Belgique depuis 2002-2003



NB : la courbe bleue indique le pourcentage de variation annuelle du nombre d'euthanasies pratiquées. Entre 2013 et 2023, le nombre d'euthanasies a pratiquement doublé en Belgique.

Source : Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie de Belgique

- En parallèle, les contrôles exercés sur les procédures d'aide à mourir se limitent, dans la plupart des pays, à un contrôle *a posteriori* qui présente des limites évidentes, en particulier l'impossibilité de prévenir les pratiques non respectueuses du cadre légal.

En 2022, la **Belgique a été condamnée** en raison du manque de garanties procédurales que présente sa commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie¹.

D'autres États ont fait le choix d'un **contrôle a priori** (Espagne, Colombie, Équateur). Ce modèle présente des **garanties plus fortes pour la protection des personnes**, mais il induit un allongement des délais de procédure critiqué par les promoteurs de l'aide à mourir.

Proportion des euthanasies et suicides assistés pratiqués à l'étranger

Aux **Pays-Bas** : 5,8 % des décès en 2024, soit 9 958 personnes (+ 9,8 % par rapport à 2023) ;

En **Belgique** : 3,6 % des décès en 2024, soit 3 991 personnes (+ 16,6 % par rapport à 2023) ;

En **Suisse** : 2,8 % des décès en 2023, soit 2 006 personnes ;

Au **Canada** : 4,7 % des décès en 2023, soit 15 343 personnes.

Au **Québec**, plus de 16 000 personnes sont décédées par aide médicale à mourir depuis 2016. Sur la période 2022-2023, 6,8 % des décès ont été provoqués par une aide à mourir.

2. UNE PROPOSITION DE LOI MARQUÉE PAR UNE CONCEPTION EXTENSIVE DE L'AIDE À MOURIR, EXCÉDANT LE CADRE DE LA FIN DE VIE

A. UN TEXTE QUI AUTORISE UN LARGE RECOURS AU SUICIDE ASSISTÉ ET À L'EUTHANASIE

1. Des critères d'éligibilité peu limitatifs laissant une part importante à la subjectivité

- L'**article 2** propose d'autoriser **un droit à l'aide à mourir** qui recouvrirait **à la fois le suicide assisté et l'euthanasie**. L'euthanasie serait subsidiaire, pratiquée par un médecin ou un infirmier en cas d'incapacité physique de la personne à s'administrer la substance létale.

L'appréciation de l'incapacité physique semble particulièrement fragile et délicate, dès lors qu'elle pourrait notamment résulter d'un état émotionnel temporaire (stress, anxiété). Ainsi, **l'euthanasie pourrait, dans la majorité des cas, se substituer au suicide assisté**.

- Alors que la tendance à l'élargissement des critères est manifeste, **les conditions envisagées** à l'article 4 dessinent **une conception pour le moins extensive de l'aide à mourir**.

Le critère tenant à une **affection grave et incurable en phase avancée ou terminale et engageant le pronostic vital** apparaît très imprécis. Il ouvre la possibilité que des personnes disposant de plusieurs années de vie devant elles recourent à l'aide à mourir. Tous les cancers métastatiques pourraient en relever. Tel que prévu, ce critère conduit à **renoncer à une évaluation raisonnable, c'est-à-dire médicalement fiable, d'une espérance de vie de la personne** éligible à l'aide à mourir. Pour être fiable, l'horizon retenu ne pourrait, d'ailleurs, qu'être relativement réduit. L'intention sous-jacente du texte excède donc clairement le champ de la fin de vie.

La notion d'incurabilité est également sujette à caution : il est en effet impossible de tracer une ligne ferme entre les cancers curables et ceux considérés comme incurables, dans la mesure où tous les patients ne répondent pas de la même façon à certains traitements.

Quant à **l'aptitude à manifester une volonté libre et éclairée**, si elle est une condition nécessaire, les soignants n'ignorent pas l'ambivalence de l'expression d'une personne en fin de vie, ses nuances et sa complexité. L'existence d'une pression sociale intériorisée doit, elle aussi, être prise en compte.



des demandes d'aide à mourir disparaissent au cours de la prise en charge palliative

¹ Cour européenne des droits de l'homme, Mortier c. Belgique, 78017/17, 4 octobre 2022.

2. Un texte peu protecteur des patients et exposant fortement la responsabilité des soignants

Dans un contexte de judiciarisation croissante des situations de fin de vie, le droit à l'aide à mourir défini par les articles 2 à 4 est **aussi peu protecteur des soignants que des patients**.

- Peu sécurisé, **le dispositif présente des risques de dérives importants** en :

- faisant peser sur les professionnels de santé la responsabilité de l'admission à l'aide à mourir ainsi qu'une obligation d'information sur l'aide à mourir des patients en fin de vie (article 3) ;
- autorisant une pratique extensive de l'aide à mourir auprès d'un grand nombre de malades.

Si **l'article 12** ferme le recours contre les décisions d'aide à mourir aux tiers, les familles et proches des personnes ayant accédé à une aide à mourir ne manqueront pas d'introduire des recours juridictionnels *a posteriori* pour contester les décisions des médecins. Le principe d'**irresponsabilité pénale des professionnels de santé (article 2)** ne vaudrait en effet qu'à la condition de démontrer un strict respect du cadre légal.

- L'article 14 instaure **une clause de conscience spécifique** pour les professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la procédure d'aide à mourir. Garante du **respect de la liberté de conscience des professionnels**, celle-ci se justifie à la fois **sur les plans éthique, juridique et organisationnel**.

Pour autant, la commission a regretté l'étroitesse du champ retenu pour l'exercice de cette clause de conscience, qui exclut à la fois les pharmaciens et les personnels ne revêtant pas la qualification de professionnels de santé malgré le rôle qui leur est confié dans la procédure d'aide à mourir.

- **L'article 17** instaure un **délit d'entrave à l'aide à mourir** sur le modèle du **celui relatif à l'interruption volontaire de grossesse (IVG)**.

Ce délit a été construit empiriquement pour **incriminer des comportements d'entrave physique à la circulation des personnes** dans des lieux pratiquant des IVG. Il a ensuite été étendu à **l'entrave psychique exercée sous forme de menaces et pressions** sur les personnes désireuses de recourir à l'IVG, leur entourage, ainsi que le personnel médical travaillant dans des établissements y procédant. Son extension au fil du temps a rendu le dispositif peu lisible et la jurisprudence constitutionnelle en a réduit la portée afin de préserver la liberté d'expression.

B. UN DISPOSITIF RECENTRÉ PAR LA COMMISSION, DANS LE PROLONGEMENT DE LA LOI CLAEYS-LEONETTI

1. La possible reconnaissance d'une assistance médicale à mourir circonscrite à la fin de vie

L'examen de la PPL relative au droit à l'aide à mourir s'inscrit dans un débat biaisé qui dépasse très largement les enjeux de la fin de vie.

Guidée par cette préoccupation, et prenant appui sur le cadre de la loi Claeyls-Leonetti, **la commission a admis la possibilité de reconnaître une assistance médicale à mourir** (article 2) visant à **sécuriser la pratique des professionnels de santé** qui accompagnent les personnes dans leurs **derniers instants de vie**. Elle a supprimé la notion de « droit », qui ne présente en elle-même aucune garantie d'effectivité.

La commission a souhaité œuvrer à une loi « pour ceux qui vont mourir et non pour ceux qui veulent mourir ».

La commission a par ailleurs récrit l'article 3 afin de supprimer le droit à l'information du patient sur l'aide à mourir, pour prévoir au contraire qu'**un médecin n'est pas tenu d'informer son patient de la possibilité de recourir à une assistance médicale à mourir**.

2. Un encadrement resserré des conditions de recours à cette pratique

Ayant jugé indispensable de recentrer le débat sur les situations relevant de la fin de vie, **la commission a fortement resserré le dispositif** en se référant aux critères fixés pour la SPCJD (*cf. supra*). Seules les personnes **dont le pronostic vital est engagé à court terme** pourraient être

concernées par l'assistance médicale à mourir. Ce dispositif, protecteur des patients et des soignants, constituerait **un prolongement de la loi Claeys-Leonetti**.

La commission a maintenu les critères tenant à la **majorité d'âge** et à la **pleine capacité de discernement** de la personne. En revanche, elle a supprimé la condition tenant à la nationalité française ou à la résidence en France, sans objet dans le dispositif qu'elle propose.

3. Mieux protéger les professionnels face à des actes qui constituent une rupture fondamentale avec les modalités d'exercice de leur profession

Attachée aux libertés fondamentales et à la liberté de conscience, la commission a fait de la protection des professionnels ne souhaitant pas concourir à l'assistance médicale à mourir un axe fort des modifications qu'elle a apportées au texte, en étendant la portée de la clause de conscience.

Accompagner le patient dans une procédure qui aura pour **conséquence d'abrégé sa vie** constitue une **rupture fondamentale avec l'exercice traditionnel des professions de santé**, axé sur le soin et la préservation de la vie. Par conséquent, **nul professionnel, quelle que soit sa qualification, ne saurait être contraint à participer** à une assistance médicale à mourir.

La commission a donc adopté **plusieurs amendements visant à renforcer la portée de la clause de conscience**, et a notamment **ouvert son bénéfice à l'ensemble des professionnels susceptibles de concourir à une assistance médicale à mourir**, y compris aux **pharmaciens**, aux psychologues et aux personnels des établissements et services médico-sociaux.

4. La suppression du délit d'entrave, superfétatoire et source de craintes parmi les professionnels

La commission a entendu les craintes exprimées par certains acteurs quant au risque d'une interprétation extensive du délit d'entrave à l'aide à mourir, au-delà de la lettre du texte et de la réserve d'interprétation formulée par le Conseil constitutionnel.

Elle a supprimé ce délit, rappelant que de telles entraves n'ont pas été constatées lors de recours à la SPCJD. Elle a également rejeté toute assimilation entre IVG et aide à mourir, le premier étant désormais un droit constitutionnellement garanti quand la seconde relève d'un acte médical visant à abréger les souffrances en fin de vie.

3. UNE PROCÉDURE PERMISSIVE, SANS CONTRÔLE EFFECTIF ASSOCIÉ

A. UNE PROCÉDURE PARTICULIÈREMENT SOUPLE, QUI NE PERMETTRAIT PAS UNE INSTRUCTION SUFFISAMMENT APPROFONDIE DES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ

1. Une décision dévolue à un médecin unique, éclairé par un collège pluriprofessionnel à la composition minimaliste

Les articles 5 à 13 de la proposition de loi régissent la **procédure applicable pour la mise en œuvre d'une aide à mourir**.

Le demandeur initie sa demande d'aide à mourir lors d'une **consultation physique auprès d'un médecin en activité, dépourvu de lien familial ou patrimonial** avec le patient. Au cours de cette consultation, le médecin **dispense au patient diverses informations** relatives à sa situation médicale, à la possibilité d'être **orienté vers une prise en charge palliative** ou vers des **professionnels de la santé mentale**, ainsi qu'à la **procédure d'aide à mourir**.

Par la suite, le médecin sollicité **constitue et réunit un collège pluriprofessionnel**, composé *a minima* de **lui-même**, d'un **médecin spécialiste de la pathologie** du patient n'intervenant pas dans son traitement, et d'un **auxiliaire médical ou d'un aide-soignant**. **D'autres professionnels de santé peuvent également y être conviés, de même que des psychologues** ou des personnels des établissements ou services médico-sociaux intervenant dans le traitement de la personne.

À l'issue de la procédure collégiale, **le médecin sollicité décide, seul, de la suite à donner à la demande d'aide à mourir**, et notifie sa décision au patient dans **un délai de quinze jours à compter de la consultation initiale**. Lorsque le médecin estime que les critères légaux sont réunis, le demandeur dispose d'un **délai de réflexion incompressible de 48 heures** avant de confirmer au médecin qu'il demande **l'administration de la substance létale**.

Le professionnel chargé d'accompagner la personne est tenu de **procéder ou de faire procéder à l'administration de la substance létale** dans les conditions déterminées en accord avec le demandeur (date d'administration, lieu, personnes présentes). La responsabilité lui incombe de **vérifier** à nouveau, le jour de l'administration de la substance létale, **que la volonté libre et éclairée du patient de recourir à l'aide à mourir est toujours effective**. Il lui revient notamment **de déceler d'éventuelles pressions exercées par l'entourage du demandeur**. Le cas échéant, ou s'il constate que la volonté de la personne est inexistante ou entravée, il met fin à la procédure. Le professionnel de santé qui accompagne la personne est tenu de consigner dans un compte rendu les actes réalisés le jour de l'administration de la substance létale.

L'article 18 prévoit que les actes relatifs à l'aide à mourir soient **pris en charge intégralement par la sécurité sociale, sans franchise** ni possibilité d'appliquer des dépassements d'honoraires.

2. Une procédure trop peu rigoureuse au regard des critères d'éligibilité envisagés

La commission regrette que, malgré les **dérives observées** dans les pays ayant légiféré sur l'aide à mourir, le texte transmis par l'Assemblée nationale puisse conduire à **doter la France d'une des législations les plus permissives au monde en la matière**, alors même que les **critères d'éligibilité proposés, particulièrement extensifs, justifieraient une procédure sécurisée**.

La procédure proposée ne permet pas de garantir un examen suffisant de la situation du patient et, notamment, de son aptitude à manifester une volonté libre et éclairée.

- La procédure collégiale pourrait, sans contrevenir à la lettre du texte transmis, **n'impliquer que des professionnels inconnus du patient**.

Contrairement au choix effectué par nombre de pays ayant légiféré en faveur d'une aide à mourir comme la **Belgique** ou le **Portugal**, le texte **ne rend pas obligatoire la consultation d'un autre professionnel que le médecin sollicité**. Alors que l'aide à mourir concernerait des patients dont le pronostic vital pourrait n'être engagé qu'à moyen ou long terme, **rien ne saurait pourtant justifier qu'il ne soit pas fait obligation au médecin spécialiste de recevoir le patient en consultation**.

- La composition du collège **ne garantirait pas davantage la capacité du médecin** à se prononcer sur l'aptitude du patient à **manifester une volonté libre et éclairée**, la présence d'un **professionnel de la santé mentale** étant optionnelle dans le texte transmis.

- La procédure, d'une durée **maximale de dix-sept jours** entre la date d'émission de la demande et la date à compter de laquelle il est possible d'administrer la substance létale, apparaît également **particulièrement courte par rapport aux standards fixés par les législations étrangères**, avec le risque d'une mise en œuvre précipitée de l'aide à mourir. Les rapporteurs rappellent, à cet égard, que la **durée minimale de la procédure est par exemple fixée à trois mois au Canada** et à deux mois au Portugal.

- Quant au contrôle des procédures d'aide à mourir, **le choix d'un contrôle exercé uniquement a posteriori** (article 15), soit après le décès de la personne, **ne permettrait pas de protéger les patients** de pratiques non respectueuses du cadre légal. Il ne viserait qu'à sanctionner, le cas échéant, les professionnels de santé.

B. LA PROPOSITION DE LA COMMISSION : SÉCURISER LA PROCÉDURE SANS LA VERROUILLER POUR TENIR COMPTE DU RESSERREMENT DES CRITÈRES

Il serait indispensable, à critères inchangés, de sécuriser la procédure en prévoyant des **consultations supplémentaires**, en renforçant la **composition du collège pluriprofessionnel** ou en **étendant les délais d'instruction** des demandes.

Pour autant, de telles modalités de fiabilisation de la procédure **allongeraient sa mise en œuvre** et risqueraient de la **priver de toute portée effective** compte tenu de **resserrement, opéré par la**

commission, du champ de l'assistance médicale à mourir autour des patients dont le **pronostic vital est engagé à court terme**. La commission s'est donc employée à **consolider la procédure sans la rallonger**. Pour ce faire, elle a suivi trois principales lignes directrices.

Elle a d'abord souhaité **renforcer les outils à la main des professionnels** pour juger au mieux de l'aptitude des demandeurs à manifester une volonté libre et éclairée. Par conséquent, elle a souhaité que **seuls des médecins déjà intervenus** dans le traitement d'un patient puissent recevoir une demande d'assistance médicale à mourir de sa part. Elle a également prévu que le **médecin traitant** puisse être convié à la procédure collégiale, et que le médecin chargé de coordonner la procédure dispose de **toutes les informations médicales utiles** pour examiner la situation du demandeur.

- Elle a par ailleurs **renforcé les droits du patient**. Un amendement de ses rapporteurs prévoit que soit communiqué au patient un **compte rendu anonymisé des débats** de la réunion du collège pluriprofessionnel, afin de renforcer la confiance dans la procédure. Par un autre amendement, la commission a souhaité que tout patient demandant une assistance médicale à mourir soit **informé de l'existence de la SPCJD**, une procédure susceptible de **répondre aux besoins de nombreux patients** en fin de vie en leur offrant une mort naturelle et sans souffrance, mais encore méconnue. Elle a aussi adopté un amendement de M. Henno permettant que **l'avis des proches du patient** puisse, **à sa demande**, être recueilli par le **médecin en charge de la procédure**.

- Enfin, elle a **clarifié les conditions d'administration de la substance létale** en restreignant les lieux où il peut y être procédé au domicile de la personne, aux établissements de santé ou aux établissements médico-sociaux hébergeant le demandeur, sur le modèle de la sédation profonde et continue. Elle a **renforcé la protection des personnels de santé administrant la substance létale en imposant leur présence aux côtés du demandeur jusqu'à son décès**, afin de prévenir toute incrimination pour omission de porter secours. La commission a également prévu que le professionnel de santé soit accompagné **d'un officier de police judiciaire** chargé de dresser un procès-verbal de la procédure. Enfin, **elle a limité l'accès à la substance létale dans les pharmacies d'officine aux seuls pharmaciens titulaires et adjoints**.

La commission a, en outre, supprimé ou adapté certaines dispositions devenues sans objet eu égard aux évolutions apportées aux critères pour recourir à l'assistance médicale à mourir. Elle a ainsi **rendu le délai de réflexion compressible**, à la demande du patient ou lorsque le médecin estime que la situation médicale le justifie. Elle a aussi supprimé **le délai de quinze jours entre la demande et la notification de la décision d'assistance médicale à mourir**. Elle a également supprimé la **possibilité de reporter l'administration de la substance létale** à la demande du patient pour éviter des reports successifs.

S'agissant du contrôle *a posteriori* des procédures d'assistance médicale à mourir, la commission a adopté plusieurs amendements visant à **renforcer les garanties d'indépendance et d'impartialité** de l'autorité chargée de ce contrôle. Compte tenu du resserrement du dispositif qu'elle a proposé, elle n'a pas jugé opportun d'instaurer un contrôle *a priori*.

Enfin, la commission a entendu inscrire dans le **droit commun la prise en charge** des actes relatifs à l'aide à mourir, en cohérence avec le régime de prise en charge des soins palliatifs.

Réunie le mercredi 7 janvier 2026 sous la présidence de Philippe Mouiller, **la commission des affaires sociales a adopté la présente proposition de loi modifiée par 81 amendements, dont 75 amendements de ses rapporteurs.**



EN SÉANCE

Le Sénat a rejeté la proposition de loi le 28 janvier 2026, après l'avoir modifiée par vingt-quatre amendements.



EN DEUXIÈME LECTURE EN COMMISSION

En deuxième lecture, l'**Assemblée nationale a adopté la proposition de loi** et procédé à quelques modifications, sans bouleverser l'architecture d'ensemble du texte transmis au Sénat à l'issue de la première lecture.

L'Assemblée nationale a, d'abord, **confirmé les critères d'accès au droit à l'aide à mourir**. Elle en a toutefois sensiblement ouvert le champ en **supprimant l'exigence de souffrance constante**. Une douleur réfractaire aux traitements ou insupportable mais intermittente serait désormais une condition suffisante pour accéder à l'aide à mourir.

En première délibération, deux modifications majeures avaient été adoptées par les députés : l'une consistait à **autoriser l'euthanasie, y compris en l'absence d'incapacité physique** du demandeur, l'autre prévoyait d'ouvrir l'aide à mourir aux personnes présentant des **souffrances uniquement psychologiques**. Ces évolutions auraient **considérablement altéré l'économie générale du texte** adopté en première lecture. Elles ont néanmoins été **retirées à la faveur d'une seconde délibération**. Cet épisode illustre les risques d'assouplissements successifs du dispositif et traduit la **faiblesse des garanties** assortissant l'aide à mourir votée par l'Assemblée nationale.

Sur le volet procédural, les députés ont :

- repris certains amendements de la commission des affaires sociales du Sénat – caractère écrit de la demande d'aide à mourir sauf impossibilité, suppression de la saisine préalable du juge des tutelles, signalement au procureur de la République de l'existence de pressions... ;
- modifié la composition du collège pluriprofessionnel en y adjoignant un proche aidant, à la demande du patient, et en offrant la possibilité au médecin sollicité de recueillir l'avis d'un médecin spécialiste des majeurs protégés, le cas échéant.

Enfin, sur le plan pénal, l'Assemblée nationale a introduit, à côté du délit d'entrave, **un délit punissant d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait d'exercer des pressions sur une personne pour qu'elle recoure à l'aide à mourir**.

Convaincue des graves dérives que ferait courir un texte avalisant une pratique très extensive de l'aide à mourir, la commission des affaires sociales du Sénat a, quant à elle, maintenu sa position, en adoptant un texte proche de celui qu'elle avait défendu en première lecture. Elle a ainsi **remplacé le droit à l'aide à mourir par une assistance médicale à mourir ouverte aux seules personnes dont le pronostic vital serait engagé à court terme**, dans le prolongement de la loi Claeys-Leonetti.

Toutefois, la commission a repris à son compte certaines évolutions adoptées par l'Assemblée nationale en deuxième lecture, comme la **possibilité de solliciter un médecin spécialiste des majeurs protégés**. Elle a en revanche supprimé le délit sanctionnant l'exercice de pressions sur autrui afin qu'il recoure à l'aide à mourir, moins disant que les dispositions pénales actuelles relatives à l'abus de faiblesse et à la provocation au suicide.

Réunie le mercredi 29 avril sous la présidence de Philippe Mouiller, **la commission des affaires sociales a adopté, en deuxième lecture, la présente proposition de loi modifiée par 81 amendements, dont 76 de ses rapporteurs.**

Consulter le dossier législatif : <https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp124-661.html>



Philippe Mouiller
Sénateur (LR)
des Deux-Sèvres
Président



Christine Bonfanti-Dossat
Sénateur (LR)
du Lot-et-Garonne
Rapporteur



Alain Milon
Sénateur (LR)
de Vaucluse
Rapporteur