HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER

RECOMMANDATION

Substances létales pour l'aide à mourir et conditions d'administration

Document en attente d'endossement et non soumis à la relecture orthographique et typographique

Adopté par le Collège le 18 novembre 2026

Descriptif de la publication

Titre	**Substances létales pour l'aide à mourir et conditions d'administration** Document en attente d'endossement et non soumis à la relecture orthographique et typographique
Auteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Demandeur	Ministère de la santé
Objectif(s)	Ce travail a pour objectif de définir les substances susceptibles d'être utilisées seules ou en association, dans le cadre de l'aide à mourir, d'élaborer des recommandations de prescription médicale, de manipulation et d'administration relatives aux formes pharmaceutiques adaptées en fonction de la voie d'administration et d'établir des protocoles définissant la conduite à tenir en cas de difficulté, d'échec ou de complication et les modalités d'accompagnement de la personne jusqu'à la constatation du décès.
Destinataires principaux	Les professionnels : – médecins prescripteurs de la substance létale (notamment, médecins généralistes, oncologues, neurologues, médecine intensive-réanimation, anesthésistes-réanimateurs, cardiologues, pneumologues, médecins de soins palliatifs, gériatres) ; – pharmaciens des pharmacies à usage intérieur, chargés de la préparation de la substance ; pharmaciens de ville ; – médecins, infirmiers et équipes de soins accompagnant la personne le jour de l'administration de la substance ; Les usagers adultes du système de santé
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique
Validation	Examiné par la Commission recommandations, parcours, pertinence, indicateurs le 20 octobre 2026 Adopté par le collège le 18/11/2026
Reproduction et citation de ce document	Le présent document peut être reproduit conformément aux mentions légales établies par la HAS. Pour le citer : Haute Autorité de santé. Substances létales pour l'aide à mourir et conditions d'administration. Recommandation. Saint-Denis La Plaine. 2026

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr
Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – novembre 2026

Sommaire

Préambule 4

Introduction 5

1. Substances susceptibles d'être utilisées dans le cadre de l'aide à mourir 7

2. Mise en œuvre de l'aide à mourir 8

2.1. Conditions de réalisation de l'aide à mourir 8

2.2. Information de la personne 9

2.3. Précautions pour la voie d'abord 10

2.4. Accompagnement des professionnels de santé et de l'entourage 11

2.5. Mise à disposition des mallettes de préparation magistrale létale 11

2.6. Autoadministration 12

2.6.1. Autoadministration par voie orale 13

2.6.2. Autoadministration par voie intraveineuse 15

2.7. Administration directe par le professionnel de santé 16

3. Conduite à tenir en cas de difficulté, d'échec ou de complication de l'administration 18

3.1. Liste non exhaustive des complications 18

3.2. Précautions en cas de difficultés ou de complications 19

3.3. Complications 20

3.3.1. Complications liées à la voie orale 20

3.3.2. Complications liées à la voie intraveineuse 20

Table des annexes 21

Contributeurs 28

Préambule

La loi promulguée le 18 août 2026 a ouvert un droit à l'aide à mourir pour les personnes majeurs atteintes d'une affection grave qui en expriment la demande, sous certaines conditions. Parce qu'elles touchent à la fin de vie et engagent des questions humaines, philosophiques, éthiques, spirituelles et médicales fondamentales, ces nouvelles dispositions légales ont conduit la Haute Autorité de santé (HAS) à porter une attention particulière aux dimensions éthiques et humaines pour l'élaboration de cette recommandation.

La mise en œuvre d'une aide à mourir est encadrée par la loi et mobilise des exigences cliniques, organisationnelles et relationnelles spécifiques. L'accompagnement des personnes qui sollicitent une aide à mourir requiert une attention constante au respect de leur volonté, à la qualité de l'information donnée et des soins ainsi qu'à la prévention de toute souffrance ou inconfort évitable. L'objet de ces recommandations est de définir les produits susceptibles d'être utilisés et leurs modalités d'utilisation dans les conditions prévues par la loi. Elles reposent sur les données scientifiques disponibles, les retours d'expérience internationaux et l'expertise des professionnels de santé et des personnes concernées ayant participé à leur élaboration.

La description des protocoles médicamenteux nécessite un haut niveau de précision concernant le choix des produits, leurs modalités d'administration, les précautions d'utilisation et le confort de la personne et la conduite à tenir dans les différentes situations susceptibles d'être rencontrées. Tout au long de leurs travaux, les experts du groupe de travail ont veillé à concilier cette exigence de rigueur avec la prise en compte de ce que vit la personne d'abord, son entourage et les professionnels de santé qui l'accompagne. Cet accompagnement s'adapte aux différentes situations qui demeurent singulières. Cette recommandation précise les précautions à prendre tout au long de l'aide à mourir afin de réduire le risque d'événements indésirables et les incertitudes susceptibles d'affecter la personne, son entourage ou les professionnels de santé.

Introduction

Saisine

La Haute Autorité de santé (HAS) a été saisie le 9 février 2026, par le ministère de la Santé, au sujet des trois points suivants : i) les produits susceptibles d'être utilisés dans le cadre de l'aide à mourir ; ii) l'élaboration de recommandations relatives à la prescription médicale et à l'administration de ces produits et iii) la conduite à tenir en cas de difficulté, d'échec ou de complication (**Annexe 1**).

Objectif et enjeux

Ce travail a pour objectif de définir les substances susceptibles d'être utilisées seules ou en association, dans le cadre de aide à mourir, d'élaborer des recommandations de prescription médicale, de manipulation et d'administration relatives aux formes pharmaceutiques adaptées en fonction de la voie d'administration et d'établir des protocoles définissant la conduite à tenir en cas de difficulté, d'échec ou de complication et les modalités d'accompagnement de la personne jusqu'à la constatation du décès.

Les enjeux sont :

- pour les personnes ayant fait une demande d'aide à mourir : leur permettre une mort apaisée et conforme à leur souhait dans le cadre prévu par la loi ;
- pour les professionnels :
  - de répondre à une demande d'aide à mourir d'une personne telle qu'elle est prévue dans la loi ;
  - d'informer les personnes sur la réalisation de l'aide à mourir, ses modalités, y compris le risque d'échec et de complications ;
  - de fournir aux professionnels des protocoles pour la gestion des situations difficiles, en cas notamment de complications ou d'échec incluant les modalités d'intervention du professionnel de santé qui accompagne la personne, les conditions de recours à une administration alternative, les modalités d'accompagnement de la personne concernée jusqu'à la constatation du décès.

Destinataires prioritaires de la recommandation

Cette recommandation est destinée en priorité :

- aux professionnels : médecins prescripteurs de la substance létale (notamment, médecins généralistes, oncologues, neurologues, médecine intensive-réanimation, anesthésistes-réanimateurs, cardiologues, pneumologues, médecins de soins palliatifs, gériatres) ; pharmaciens des pharmacies à usage intérieur, chargés de la préparation de la substance ; pharmaciens de ville ; médecins, infirmiers et équipes de soins accompagnant la personne le jour de l'administration de la substance ;
- aux usagers adultes du système de santé.

Champ

Les questions à traiter sont les suivantes :

- Quels sont les produits susceptibles d'être utilisés, seuls ou en association dans le cadre de l'aide à mourir ? (en s'appuyant sur l'efficacité et la prévisibilité des effets, la rapidité d'action et la limitation des risques de complications selon les profils-types de patients pris en charge pour des maladies chroniques) ;

- Quelles sont les recommandations de prescription médicale relatives aux formes pharmaceutiques adaptées en fonction de la voie d'administration, en particulier la voie orale (et entérale si utile) et la voie intraveineuse ? (en précisant les conditions de prescription, d'administration et de traçabilité du circuit des substances) ;
- Concernant l'administration, quelle est la conduite à tenir en cas de difficulté, d'échec ou de complication ? Établir des protocoles spécifiques, incluant :
  - les modalités d'intervention du professionnel de santé qui accompagne la personne,
  - les conditions de recours à une administration alternative,
  - les modalités d'accompagnement de la personne concernée jusqu'à la constatation du décès.

La question sur les préparations hospitalières dédiées, leur stockage et la dispensation des substances avec la précision des conditions matérielles et organisationnelles ainsi que les exigences de sécurisation et de traçabilité, sera abordée après la validation de la recommandation. L'ANSM pourra être sollicitée pour ces travaux.

Les situations en dehors du cadre de la loi sont exclues.

La question de l'information du patient sur les substances létales pour l'aide à mourir et leurs modalités d'administration sera abordée à la suite de ce travail.

Dans ce contexte, des recommandations générales ont été formulées :

- il est recommandé de rédiger des documents permettant de mieux informer et dialoguer avec le patient et les familles ;
- il est recommandé de pouvoir disposer de documents pour les professionnels de santé effecteurs[1], concernant l'usage du matériel ;
- il est recommandé que l'ensemble des éléments (mode d'administration et médicaments), utilisés au domicile pour l'aide à mourir soient consignés dans le logiciel prévu par la loi à destination de la commission de contrôle *a posteriori*. Ces données donneront lieu à des études d'évaluation de la procédure.

[1] Professionnel de santé effecteur : le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne

1. Substances susceptibles d'être utilisées dans le cadre de l'aide à mourir

Cette recommandation vise à placer la personne au centre du dispositif, en respectant et intégrant ses préférences, besoins et valeurs, et s'assurant que toutes les décisions cliniques soient prises conformément à la volonté de la personne. Un processus d'accompagnement et de délibération, effectué avec la personne, en amont d'une demande d'aide à mourir est important et doit avoir été mené pour chaque situation individuelle.

Le choix retenu est de rechercher les conditions les plus favorables en termes d'efficacité, de sécurité, de facilité de mise en œuvre et de confort, pour la personne et le professionnel de santé. Pour cela, les savoirs dit d'expérience des personnes seront recherchés et pris en compte notamment pour les accès veineux.

Si dans les législations étrangères (néerlandaise, belge, canadienne, espagnole), une intervention directe réalisée par le professionnel de santé est privilégiée, la loi française priorise l'administration par la personne elle-même chaque fois que cela est possible et l'administration par un professionnel de santé quand elle n'est pas physiquement en mesure de le faire.

R1. Il est recommandé que l'ensemble de la démarche conduise à une mort apaisée de la personne et que la substance létale administrée permette un délai aussi court que possible entre son administration et la mort. (AE)

La substance utilisée dépend du mode d'administration par voie orale ou par voie intraveineuse.

Le recours à un seul médicament a été privilégié afin de rendre la mise en œuvre aussi simple que possible. Limiter les manipulations contribue à alléger la charge technique pour les professionnels de santé et à réduire le risque d'erreur. Cette approche est également étayée par les données de la littérature qui suggèrent une meilleure efficacité des médicaments administrés seuls que des combinaisons de plusieurs substances.

R2. Il est recommandé d'administrer les médicaments suivants (AE) :

- **pour l'aide à mourir par voie orale :** soit le pentobarbital, soit le sécobarbital ;
- **pour l'aide à mourir par voie intraveineuse :** soit le thiopental, soit en cas de rupture d'approvisionnement du thiopental, le propofol.

R3. Il est recommandé que quelle que soit la voie d'administration et après confirmation que la perte de conscience est profonde (cf. encadré 2.6.2), un curare (rocuronium, cisatracurium ou atracurium) puisse être utilisé dans des situations compliquées (cf. paragraphe 3.3 Complications). (AE)

Dans la suite de ce document, le pentobarbital, sécobarbital, thiopental et propofol seront désignés sous le terme générique **inducteurs de la perte de conscience** et les curares seront désignés sous le terme générique **paralysants musculaires**.

2. Mise en œuvre de l'aide à mourir

La mise en œuvre de l'aide à mourir pour une personne dont la demande a été approuvée et confirmée est résumée dans un arbre décisionnel en Annexe 2. Cet arbre offre une vision d'ensemble des différentes situations pouvant être rencontrées selon le mode et la voie d'administration utilisés jusqu'au décès de la personne. Il illustre aussi bien les situations se déroulant conformément aux souhaits de la personne que celles pouvant nécessiter une adaptation ou une intervention complémentaire du professionnel de santé.

2.1. Conditions de réalisation de l'aide à mourir

Afin de respecter la volonté de la personne et la qualité et la sécurité de son accompagnement, l'aide à mourir ne peut être réalisée que lorsque l'ensemble des conditions requises, à la fois générales et spécifiques à chaque voie, sont effectivement réunies. Si l'une de ces conditions n'est pas remplie, il convient de différer la mise en œuvre de l'aide à mourir jusqu'à ce qu'elles le soient toutes.

Rappel de la loi : « La personne détermine le lieu d'administration de la substance létale en accord avec le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner. Cette administration peut être effectuée au domicile ou dans une résidence de la personne ou d'un proche, dans un établissement de santé, dans un établissement mentionné à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans toute autre structure où exercent des professionnels de santé. » (Art. L. 1111-12-5. – II)

Conditions générales

R4. Il est recommandé que l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans l'aide à mourir soient formés à l'aide à mourir sur le plan technique et sur le plan humain, notamment à l'écoute et au dialogue avec la personne et ses proches et à leur accompagnement. (AE)

R5. Dès la demande d'aide à mourir approuvée et confirmée, il est recommandé que le médecin qui reçoit la demande et coordonne la procédure collégiale (AE) :

- associe les professionnels de santé pressentis et ou ayant accepté de réaliser l'aide à mourir prenant en compte le lieu et les souhaits préférentiels de la personne.
- avertisse la pharmacie à usage intérieur d'un hôpital (PUI) référencée, pressentie pour la préparation des mallettes d'administration.

Rappel de la loi : « Le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne rapporte à la pharmacie d'officine ou à la pharmacie à usage intérieur mentionnées à l'article L. 1111-12-6 la préparation magistrale létale qui n'a pas été utilisée ou ne l'a été que partiellement. » « Les produits ainsi collectés sont détruits dans les conditions prévues à l'article L. 4211-2 (Art. L. 1111-12-7 – V du code de la santé publique) ».

R7. Il est recommandé de s'assurer que l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans l'aide à mourir aient pu vérifier la faisabilité effective des propositions initiales (choix de la personne, lieu, professionnel de santé effecteur, solutions de repli en cas de complications). (AE)

R8. Il est recommandé de rechercher la meilleure efficacité avec le moins d'effets indésirables possible. (AE)

R9. Avant de débuter l'aide à mourir, il est recommandé de vérifier que toutes les conditions sont toujours réunies. (cf. paragraphe 3.2 Précautions en cas de difficultés ou de complications) (AE)

2.2. Information de la personne

Au cœur de cette démarche, se trouve l'accompagnement d'une personne et si elle le souhaite de ses proches, par un professionnel de santé. Cela participe à la construction d'une relation de confiance entre la personne, les professionnels de santé et l'entourage. À travers un dialogue empreint d'écoute, de confiance et de respect mutuel, les informations nécessaires sont partagées de manière claire, transparente et adaptée. Cette parole, portée avec tact et humanité, permet à la personne de faire un choix éclairé, dans le respect de son parcours, de ses valeurs et de ce qu'elle vit.

Rappel de la loi : « 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, dans les conditions prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7, 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. » (Art. L. 1111-12-1 du code de la santé publique)

Rappel de la loi : « La personne peut être entourée des personnes de son choix pendant l'administration de la substance létale. » (Art. L. 1111-12-5. – II du code de la santé publique)

Rappel de la loi : « Si la personne qui a confirmé sa volonté demande un report de l'administration de la substance létale, le professionnel de santé suspend la procédure et, à la demande de la personne, convient avec elle d'une nouvelle date. » (Art. L. 1111-12-7-II du code de la santé publique).

R10. Il est recommandé de déterminer le mode d'administration (autoadministration / administration directe) en fonction de ce qu'elle est en mesure de faire physiquement. (AE)

R11. Avant la date de réalisation de l'aide à mourir, il est recommandé d'informer la personne et de dialoguer avec elle afin qu'elle puisse choisir la voie d'autoadministration (orale ou intraveineuse). Ces informations présentées de façon compréhensible pour la personne, incluent les options médicalement réalisables, leurs avantages, inconvénients, contraintes et risques, et les mesures à prendre pour réduire le risque de complications. (AE)

R12. Le jour de la réalisation de l'aide à mourir il est recommandé d'informer la personne et l'entourage présent, si la personne le souhaite, des étapes de réalisation de celle-ci. (AE)

R13. Pour l'autoadministration par voie orale, il est recommandé d'informer la personne et l'entourage présent, si la personne le souhaite, qu'en général (AE) :

- le délai habituel de survenue de la perte de conscience est de quelques minutes (environ de 5 à 10 minutes) ;
- le délai habituel de survenue de l'arrêt respiratoire est d'environ 20 minutes ;
- le délai médian de survenue de la mort est d'environ 25 minutes ;

- une variabilité existe pour ces délais ;
- la durée indicative de présence dans la même pièce du professionnel de santé qui accompagne la personne est de trois heures pour l'aide à mourir par voie orale.

R14. Pour l'aide à mourir par voie intraveineuse, il est recommandé d'informer la personne et l'entourage présent, si la personne le souhaite, qu'en général (AE) :

- le délai pour la perte de conscience est de quelques minutes (environ 1 à 3 minutes) ;
- la perte de conscience peut être immédiatement suivie d'un arrêt respiratoire ;
- l'arrêt respiratoire peut être prolongée quelques minutes jusqu'à l'arrêt cardiaque ;
- une variabilité existe pour ces délais ;
- la durée indicative de présence dans la même pièce du professionnel de santé qui accompagne la personne est de 90 minutes pour l'aide à mourir par voie intraveineuse.

R15. Il est recommandé d'informer la personne que le délai de survenue de la mort est variable. (AE)

R16. Pour la voie orale, il est recommandé d'informer la personne et l'entourage présent, si la personne le souhaite, qu'en l'absence de survenue de la mort, une substance létale complémentaire sera injectée, après avoir vérifié que la perte de conscience est profonde, au-delà d'un délai convenu avec la personne lors de l'entretien. Le délai recommandé sera au maximum de 60 minutes ou plus court, si des signes d'inconfort se manifestent. (AE)

2.3. Précautions pour la voie d'abord

Dans le respect de la volonté exprimée par la personne, tout est mis en œuvre pour que l'aide à mourir puisse se dérouler dans les meilleures conditions possibles. Cela implique d'anticiper les difficultés susceptibles d'être rencontrées et de prévoir une voie d'abord fonctionnelle et adaptée, qu'elle soit déjà en place ou posée au préalable. Une veine de bonne qualité et de calibre approprié participe à la fois à la fiabilité de l'administration et à la réduction de l'inconfort ou de la douleur susceptibles d'être ressentis lors de l'injection. Cette préparation vise à réduire les imprévus et à préserver la qualité de l'accompagnement au moment de l'administration de la substance létale.

R17. Par mesure de sécurité, il est recommandé de mettre en place, avant l'aide à mourir, qu'elle soit orale ou intraveineuse, une voie ou deux voies veineuses à la discrétion des équipes. (AE)

R18. Il est recommandé de privilégier des voies veineuses déjà en place après s'être assuré qu'elles sont fonctionnelles. (AE)

R19. Quelle que soit la voie d'autoadministration choisie, il est recommandé que la personne bénéficie d'une voie veineuse de bonne qualité et d'un débit suffisant (minimum 20 gauges). (AE)

Le thiopental et le propofol présentent un pH basique susceptible de provoquer une douleur veineuse lors de l'injection, dont l'intensité peut varier selon les personnes. Afin de limiter cet inconfort, une attention particulière est portée au choix du site d'injection : d'après les données de la littérature, privilégier une veine de bon calibre au niveau du pli du coude plutôt qu'une veine de la main constitue l'intervention la plus efficace pour réduire la douleur à l'injection de l'inducteur de perte de conscience. L'adaptation du débit de perfusion lors de l'administration participe également à cette prévention. Même si la lidocaïne réduit la douleur au propofol, ce bénéfice peut toutefois être obtenu autrement

dans ce contexte, sans alourdir un protocole fondé sur l'autoadministration. Ainsi le recours à la lidocaïne n'a pas été privilégié afin de ne pas ajouter de manipulation supplémentaire chez une personne pouvant être physiquement vulnérable. Cette approche vise ainsi à concilier efficacité, facilité de mise en œuvre du geste et attention portée au confort de la personne.

R20. Il est recommandé de proposer à la personne une anesthésie topique de la peau à base de lidocaïne (sous forme de patch ou de crème) à appliquer au moins une heure avant la mise en place d'une voie veineuse. (AE)

R21. S'il n'est pas possible d'utiliser la voie orale, comme constaté lors de l'entretien ou le jour de la réalisation de l'aide à mourir, alors que la personne avait choisi cette voie en amont, il est recommandé d'utiliser la voie veineuse (sachant que la personne dispose déjà d'un accès veineux adapté (cf. supra)). (AE) (**Rappel de la loi** : « Le jour de l'administration de la substance létale, le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne : 1. Vérifie que la personne confirme qu'elle veut procéder ou, si elle n'est pas physiquement en mesure de le faire elle-même, faire procéder à l'administration. 2. |...] Lorsqu'il est nécessaire de définir une nouvelle date, le professionnel de santé convient de cette date avec la personne. » (Art. L. 1111-12-7. – I. du code de la santé publique)

2.4. Accompagnement des professionnels de santé et de l'entourage

Une attention particulière doit également être portée à l'accompagnement des professionnels de santé et de l'entourage présent, en leur offrant la possibilité d'exprimer et de partager ce qu'ils ont vécu, s'ils en éprouvent le besoin, et de trouver, dans un cadre bienveillant, un espace d'écoute et de soutien.

Rappel de la loi : « La personne peut être entourée des personnes de son choix pendant l'administration de la substance létale. Le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne les informe et les oriente, si nécessaire, vers les dispositifs d'accompagnement psychologique. » (Art. L. 1111-12-5. – II du code de la santé publique)

R22. Après avoir constaté la mort de la personne, il est recommandé que le professionnel de santé ait un temps d'échange avec l'entourage présent. Il est également recommandé que les proches qui ont été présents et qui en éprouvent le besoin puissent accéder à un dispositif d'accompagnement psychologique. (AE)

R23. Après chaque aide à mourir, il est recommandé un temps d'échange entre les professionnels de santé y ayant participé. Il est également recommandé que tout professionnel de santé qui en éprouve le besoin puisse accéder à un dispositif d'accompagnement psychologique. (AE)

2.5. Mise à disposition des mallettes de préparation magistrale létale

Le recours à des mallettes de préparation magistrale létale a été privilégié afin d'harmoniser et de simplifier la préparation, de limiter les manipulations et les risques d'erreur, et de faciliter l'administration. Le choix de mallettes de préparation magistrale létale répond au souci de rendre chaque étape

aussi claire, sereine, simple et sûre que possible pour les professionnels de santé qui les préparent et pour ceux présents le jour de l'aide à mourir.

Rappel de la loi : la préparation magistrale létale est réalisée en PUI (Art. L. 1111-12-6 du code de la santé publique).

R24. Il est recommandé que la PUI tienne à disposition des pharmacies d'officines des mallettes complètes en fonction des modes d'administration et des complications potentiellement associées. (AE)

Ces mallettes sont les suivantes :

- une mallette substance létale voie orale avec le sécobarbital ou le pentobarbital (cf. Annexe 3) ;
- une mallette substance létale intraveineuse avec le thiopental ou le propofol et un curare (cf. Annexe 3).

R25. Pour la voie orale, il est recommandé de disposer de trois mallettes (AE) :

- une mallette substance létale orale (cf. **R36**) ;
- deux mallettes identiques de substance létale intraveineuse, en cas de complications (cf. paragraphe 3.3.1).

R26. Pour la voie intraveineuse, il est recommandé de disposer de deux mallettes identiques de substance létale intraveineuse. (AE)

2.6. Autoadministration

Rappel de la loi : « 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, dans les conditions prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7, 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. » (Art. L. 1111-12-1 du code de la santé publique)

Rappel de la loi : « Si la personne qui a confirmé sa volonté demande un report de l'administration de la substance létale, le professionnel de santé suspend la procédure et, à la demande de la personne, convient avec elle d'une nouvelle date. » (Art. L. 1111-12-7-II du code de la santé publique).

R27. Il est recommandé que le professionnel de santé s'assure à nouveau, avec tact, du consentement explicite de la personne. Celle-ci peut à tout moment différer l'aide à mourir ou y renoncer le jour venu sans se justifier. Le professionnel de santé rappelle à la personne ainsi qu'à son entourage si elle le souhaite, les modalités précises de l'aide à mourir. (AE)

2.6.1. Autoadministration par voie orale

Prémédication

R28. L'administration d'un anxiolytique n'est pas recommandée systématiquement. L'administration d'un anxiolytique est proposée à la personne et décidée avec elle en fonction de son souhait et de son niveau d'anxiété. Dans le cas où un anxiolytique est administré, il est recommandé que la prémédication soit faite avec une benzodiazépine à court délai d'action, par voie orale, à une dose adaptée à la situation et à la personne (par exemple : lorazépam, diazépam ou midazolam). (AE)

R29. L'administration systématique des antiémétiques est recommandée. Le choix du métoclopramide ou de l'ondansétron est fait en tenant compte des contre-indications et des interactions médicamenteuses de chaque antiémétique. (AE)

Derrière le choix des doses se trouve avant tout le souci d'adapter la prémédication en s'appuyant sur le savoir expérientiel de la personne. Pour le métoclopramide, une fourchette posologique a été privilégiée, laissant au médecin la possibilité d'ajuster la dose à la situation clinique, à sa pratique et à la tolérance attendue. Pour l'ondansétron, une dose unique a été retenue afin de privilégier un schéma simple et homogène. Au-delà de ces différences, l'intention demeure la même : prévenir au mieux les nausées et les vomissements, sans exposer la personne à un traitement plus important que nécessaire, et contribuer ainsi à ce que ce moment se déroule dans les conditions les plus sereines possibles.

R30. Pour l'aide à mourir par voie orale, il est recommandé d'administrer un antiémétique par voie orale, une à deux heures avant la réalisation de l'aide à mourir, en fonction des habitudes de prescription du médecin (AE) :

- pour le métoclopramide : une dose de 10 mg à 30 mg en fonction du cas particulier de la personne ;
- pour l'ondansétron : en prise unique de 8 mg.

Pour l'induction de la perte de conscience

Une attention particulière est portée à l'installation de la personne au moment de l'ingestion. Le professionnel de santé l'accompagne dans le choix de la position qui lui est la plus confortable et la mieux adaptée à ses capacités, afin de faciliter la prise du produit sans ajouter ni inconfort ni contrainte. Avant l'administration, il informe avec tact la personne et, si elle le souhaite, son entourage que tout est prêt. Il leur laisse alors le temps nécessaire pour se parler, se recueillir, se dire au revoir ou simplement rester ensemble, dans le respect des souhaits et du rythme de chacun. Le professionnel de santé demeure présent et disponible, attentif aux besoins de la personne, tout en préservant l'intimité de cet instant. Le professionnel de santé accompagne sans précéder, c'est la personne qui décide que le moment est venu et engage le geste.

R31. Un nouveau contrôle de la capacité à déglutir est recommandé avant l'ingestion de l'inducteur de la perte de conscience. (AE)

R32. La dose recommandée de pentobarbital ou de sécobarbital est de 15 grammes quel que soit le poids de la personne. (AE)

R33. Il est recommandé que l'induction de la perte de conscience soit réalisée à distance du repas pour faciliter l'absorption du médicament et limiter le risque de vomissements, en position semi-assise confortable et stable pour la personne. (AE)

R34. Il est recommandé que la substance létale aromatisée soit ingérée le plus rapidement possible, en moins de quatre minutes. L'ingestion peut être accompagnée de sorbet (non lacté) pour atténuer le goût désagréable de la substance létale, sans' en retarder l'ingestion. (AE)

R35. Si une voie entérale est en place (comme une sonde jéjunale ou de gastrostomie), il est recommandé de l'utiliser, après avoir vérifié le jour de l'aide à mourir qu'elle est perméable. (AE)

Selon les données de la littérature, il est proposé de préparer le pentobarbital ou le sécobarbital soit en le diluant dans l'eau, soit en le mélangeant à un véhicule de suspension à base aqueuse. L'intérêt de recourir à la suspension permet de simplifier la reconstitution de la préparation magistrale létale, de diminuer son volume et en conséquence, de prévenir le risque de régurgitation et vomissement.

R36. Il est recommandé que le volume à ingérer de la préparation magistrale létale dilué dans l'eau soit de 100 ml (d'après les recommandations internationales). Mélanger le sécobarbital ou le pentobarbital dans un véhicule de suspension à base aqueuse réduit le volume final à ingérer à 30 ml, ce qui facilite l'ingestion (d'après le protocole de l'État de Victoria, Australie). (AE)

Un exemple de formule proposée dans les recommandations internationales figure dans l'encadré ci-dessous.

Formule d'une préparation magistrale létale de pentobarbital ou de sécobarbital :

- Pentobarbital sodique ou sécobarbital sodique : 15 g
- Éthanol 96 % v/v : 16,2 g (20 ml)
- Eau purifiée : 15 g
- Propylène glycol : 10,4 g (10 ml)
- Saccharine sodique : 250 mg
- Sirop simple : 65 g
- Huile essentielle d'anis étoilé : 1 goutte.

Au total, 121,85 g pour une solution de 100 ml.

R37. Une fois l'ingestion terminée, il est recommandé de laisser la personne en position semi-assise ou légèrement latéralisée. (AE)

R38. Il est recommandé que le professionnel de santé vérifie la perte de conscience et la survenue de la mort de la personne. (AE)

2.6.2. Autoadministration par voie intraveineuse

R39. Dans le cadre de l'autoadministration par voie intraveineuse, la séquence suivante est recommandée (AE) :

1. le professionnel de santé prévoit que la personne déclenche elle-même l'autoadministration de l'inducteur de la perte de conscience, selon les modalités prévues avec le professionnel de santé ;
2. puis le professionnel de santé surveille la perte de conscience et sa profondeur (cf. encadré infra) jusqu'à la mort de la personne.

R40. Il est recommandé de mettre à disposition de la personne un dispositif d'autoadministration qu'elle est capable de manipuler compte tenu de son état. (AE)

Prémédication

R41. Si la personne est prémédiquée avec un anxiolytique, il est recommandé que la dose utilisée pour la prémédication soit adaptée afin que la personne puisse manipuler le dispositif d'autoadministration par voie intraveineuse. (AE)

R42. Lorsque le midazolam est utilisé, il est recommandé d'adapter la dose et le moment d'administration à l'état de la personne. (AE)

Pour l'induction de la perte de conscience

Avant l'administration, le professionnel de santé informe avec tact la personne et, si elle le souhaite, son entourage que tout est prêt. Le professionnel de santé rappelle qu'avec ce protocole la perte de conscience survient rapidement. Il leur laisse alors le temps nécessaire pour se parler, se recueillir, se dire au revoir ou simplement rester ensemble, dans le respect des souhaits et du rythme de chacun. Le professionnel de santé demeure présent et disponible, attentif aux besoins de la personne, tout en préservant l'intimité de cet instant. Le professionnel de santé accompagne sans précéder, c'est la personne qui décide que le moment est venu et ouvre le dispositif d'autoadministration.

R43. Il est recommandé de mettre en place une perfusion en garde-veine avec un cathéter d'un diamètre suffisant (minimum 20 gauges), un soluté (sérum physiologique NaCl 0,9 % 500 ml) et de renforcer sa fixation. (AE)

R44. Il est recommandé d'administrer le thiopental à la dose de 3 g ou le propofol à la dose de 2 g pour induire la perte de conscience. (AE)

R45. Il est recommandé (AE) :

- de mettre une valve antireflux au niveau du robinet ;
- de préparer une poche avec 3 g de thiopental ou 2 g de propofol dilués dans une poche de 100 ml de NaCl 0,9 % ;
- de brancher cette poche en dérivation sur un robinet trois voies ;
- que le dispositif du perfuseur soit ouvert par la personne ;
- de régler le débit de perfusion de manière à permettre l'administration de la totalité du contenu de la poche en 5 minutes.

R46. Il est recommandé que le professionnel de santé évalue la perte de conscience (cf. encadré infra) et la survenue de l'arrêt cardiorespiratoire conduisant à la mort. (AE)

Liste des caractéristiques d'une perte de conscience profonde :

- Les réflexes protecteurs, par exemple, le réflexe ciliaire[2], le réflexe cornéen[3], sont abolis.
- Il existe une dépression sévère de la circulation, se manifestant par un pouls lent et faible.
- Il existe une dépression sévère de la ventilation, se manifestant par une respiration lente et superficielle, voire une apnée.

Une personne présente une perte de conscience profonde si elle remplit au moins deux critères :

- l'absence d'au moins un réflexe protecteur et
- la présence d'une dépression sévère de la ventilation ou de la circulation.

2.7. Administration directe par le professionnel de santé

Rappel de la loi : lorsque la personne n'est pas physiquement en mesure de procéder elle-même à l'administration de la substance létale, celle-ci peut être administrée par un médecin ou un infirmier (Art. L. 1111-12-1 du code de la santé publique).

R47. Il est recommandé que le professionnel de santé vérifie que la personne confirme qu'elle souhaite faire procéder à l'administration de la substance létale si elle n'est pas en capacité physique de le faire elle-même. La personne peut différer l'aide à mourir ou y renoncer le jour venu sans se justifier. Le professionnel de santé rappelle à la personne et si elle le souhaite à son entourage, les modalités précises de l'aide à mourir. (AE)

R48. Il est recommandé de ne pas débuter l'aide à mourir par voie intraveineuse avant d'avoir vérifié qu'au moins un abord veineux soit fonctionnel et bien fixé (perfusion, robinet trois voies, valve anti-reflux), et que l'on dispose de l'ensemble des substances prévues, y compris celles prévues en cas de complications (cf. paragraphe 2.3 Précautions pour la voie d'abord). (AE)

R49. Dans le cadre de l'administration directe par le professionnel de santé, la séquence suivante est recommandée (AE) :

1. le professionnel de santé administre l'inducteur de la perte de conscience ;
2. puis le professionnel de santé surveille la perte de conscience et sa profondeur (cf. encadré supra) jusqu'à la mort de la personne.

Prémédication

R50. Lorsque le midazolam est utilisé, il est recommandé d'adapter la dose et le moment d'administration à l'état de la personne. (AE)

Pour l'induction de la perte de conscience

Avant l'administration, le professionnel de santé informe avec tact la personne et, si elle le souhaite, son entourage que tout est prêt. Le professionnel de santé rappelle qu'avec ce protocole la perte de conscience survient rapidement. Il leur laisse alors le temps nécessaire pour se parler, se recueillir, se

2 Réflexe ciliaire : fermeture réflexe bilatérale des paupières provoquée par l'effleurement des cils ou du bord palpébral
3 Réflexe cornéen : clignement involontaire de la paupière au toucher de la cornée

dire au revoir ou simplement rester ensemble, dans le respect des souhaits et du rythme de chacun. Le professionnel de santé demeure présent et disponible, attentif aux besoins de la personne, tout en préservant l'intimité de cet instant. C'est la personne qui exprime que le moment est venu.

R51. Il est recommandé de mettre en place une perfusion en garde-veine avec un cathéter d'un diamètre suffisant (minimum 20 gauges), un soluté (sérum physiologique NaCl 0,9 % 500 ml) et de renforcer sa fixation. (AE)

R52. Il est recommandé d'administrer le thiopental à la dose de 3 g ou le propofol à la dose de 2 g pour induire la perte de conscience. (AE)

R53. Il est recommandé (AE) :

- de mettre une valve antireflux au niveau du robinet ;
- de préparer une poche avec 3 g de thiopental ou 2 g de propofol dilués dans une poche de 100 ml de NaCl 0,9 % ;
- de brancher cette poche en dérivation sur un robinet trois voies ;
- que le débit de perfusion soit réglé de manière à permettre l'administration de la totalité du contenu de la poche en 5 minutes.

R54. Il est recommandé que le professionnel de santé évalue la perte de conscience (cf. encadré supra) et la survenue de l'arrêt cardiorespiratoire conduisant à la mort. (AE)

3. Conduite à tenir en cas de difficulté, d'échec ou de complication de l'administration

La conduite à tenir en cas de complications est résumée dans l'arbre décisionnel figurant en Annexe 2.

Rappel de la loi : « Une fois la substance létale administrée, la présence du professionnel de santé aux côtés de la personne n'est plus obligatoire. Il reste toutefois présent dans la même pièce pour pouvoir intervenir en cas de difficulté, conformément aux recommandations prévues au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. » (Art. L. 1111-12-7 du code de la santé publique) [4]

Les recommandations qui précèdent ont été élaborées avec le souci d'anticiper et de réduire autant que possible la survenue de difficultés ou de complications au cours de la réalisation de l'aide à mourir quelle que soit la voie. Cette attention se traduit par différentes précautions, par exemple, dans la mise en place au préalable d'une voie d'abord fonctionnelle, de gros calibre et de bonne qualité, la prévention de la douleur, la mise à disposition de mallettes de préparation magistrale létale ou encore les modalités de perfusion de l'inducteur de perte de conscience. Malgré ces précautions, certaines situations peuvent néanmoins s'écarter du déroulement attendu. Leur anticipation permet au professionnel d'y faire face avec sérénité, en restant attentif au confort de la personne et dans le respect des choix qu'elle a exprimés en amont.

Lorsqu'une difficulté, une complication ou un échec le nécessite, le professionnel de santé intervient. Si une intervention devient nécessaire, elle est alors conduite dans le respect de la volonté préalablement exprimée par la personne.

3.1. Liste non exhaustive des complications

Même lorsque chaque étape a été soigneusement préparée, certaines situations peuvent s'écarter du déroulement attendu. Elles relèvent de trois catégories : les difficultés de mise en œuvre, les complications susceptibles de survenir et, plus rarement, les échecs lorsque l'effet recherché n'est pas obtenu. Leur anticipation permet au professionnel de santé d'y répondre, selon les modalités envisagées en amont avec la personne et dans le respect des choix qu'elle a exprimés.

Certains signes sont attendus après l'administration de la substance et font partie de l'évolution normale vers le décès. Il s'agit de manifestations cliniques avant l'arrêt cardiaque, par exemple : respiration agonique (gasps), râles, hoquet, encombrement, marbrures, cyanose, myoclonies, spasmes.

[4] Ainsi que l'a confirmé une analyse juridique des services du ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, cette intervention peut notamment prendre la forme, dans le cas où des difficultés ou des complications surviennent et où la personne est inconsciente, d'une administration directe complémentaire de substance létale par le professionnel de santé présent, y compris dans le cas où la procédure avait été initiée en autoadministration. Ainsi, dans les hypothèses et sous réserve de respecter les conditions prévues par les présentes recommandations, cette intervention peut conduire à mener l'aide à mourir au terme souhaité par la personne, qui aura été préalablement informée de la conduite prévue en cas de difficulté ou de complication (voir R. 10 à R. 16, concernant l'information de la personne).

Hormis les cas où les conditions de réalisation de l'aide à mourir ne sont pas réunies et qui vont faire reporter l'aide à mourir, les principales difficultés qui compliquent le déroulement, sans signifier nécessairement que l'aide à mourir a échoué, sont :

- difficulté à obtenir ou maintenir une voie veineuse fonctionnelle ;
- difficulté à avaler ou ingérer la totalité de la préparation orale, la personne boit trop lentement et s'endort avant d'avoir terminé la solution ;
- difficulté liée au volume, au goût ou à la tolérance digestive de la préparation ;
- douleur ou inconfort au point d'injection ou sur le trajet de la perfusion lors de l'administration intraveineuse ;
- manifestations cliniques particulières après l'administration de la substance létale (agitation, confusion pendant l'endormissement) ;
- contexte émotionnel chargé pour l'entourage ou le professionnel de santé, pouvant susciter une inquiétude, de l'angoisse ou de l'anxiété.

Les complications correspondent à des incidents pouvant survenir malgré une préparation appropriée :

- nausées ou vomissements, lors d'une administration orale ;
- régurgitation d'une partie de la préparation après une administration orale ;
- inhalation de vomissements ou de la préparation chez une personne qui perd conscience ;
- absorption insuffisante ou incertaine après administration orale ;
- perte ou dysfonctionnement de la voie veineuse en cours d'administration ;
- la personne ne parvient pas à ouvrir le dispositif d'autoadministration ;
- extravasation de thiopental, avec risque de lésion tissulaire, voire de nécrose ;
- risque de précipitation dans la ligne en raison d'une incompatibilité physico-chimique entre l'inducteur de la perte de conscience et le paralysant musculaire, pouvant provoquer une occlusion de la veine ;
- délai inhabituellement prolongé entre l'administration, la perte de conscience et/ou le décès.

L'échec correspond aux situations dans lesquelles l'effet attendu de l'administration n'est pas obtenu :

- reprise de conscience après une perte de conscience initiale, surtout si l'ingestion ou l'absorption est incomplète ;
- absence de survenue de la mort malgré la réalisation de la procédure prévue, au terme du délai convenu en amont avec la personne.

3.2. Précautions en cas de difficultés ou de complications

L'administration du curare n'est pas systématique : elle ne peut être envisagée qu'après s'être assuré que la perte de conscience est suffisamment profonde. Cette précaution vise à éviter qu'un curare soit administré à une personne dont la perte de conscience serait insuffisante. Elle répond à une double exigence : préserver la personne de toute expérience potentiellement éprouvante et l'entourage le cas échéant et protéger le professionnel de santé de la charge psychologique que pourrait représenter une intervention réalisée dans une situation d'incertitude.

R55. Quelle que soit la voie d'administration, en cas de complication, il est recommandé de mettre en œuvre le **protocole complications (AE)** :

1. vérifier la voie veineuse ;

2. injecter une dose complète de l'inducteur de la perte de conscience (thiopental 3 g ou propofol 2 g) (de la mallette de substance létale intraveineuse) ;
3. en l'absence de survenue de la mort, s'assurer impérativement de la perte profonde de la conscience, procéder à un rinçage de la veine puis injecter le curare (de la mallette de substance létale intraveineuse). Il est recommandé de privilégier le rocuronium5 compte tenu de ses possibilités de conservation à température ambiante. Le cisatracurium et l'atracurium6 peuvent être utilisés en alternative. La dose de curare à injecter est de 100 mg à 200 mg pour le rocuronium ; de 30 à 40 mg pour le cisatracurium ou de 100 mg pour l'atracurium.

3.3. Complications

3.3.1. Complications liées à la voie orale

R56. S'il apparaît que l'ingestion est incomplète ou rejetée lors de vomissements, et que la personne est inconsciente, il est recommandé de mettre en œuvre immédiatement le protocole d'injection directe par voie veineuse par le professionnel de santé, comme convenu et décidé avec la personne en amont (lien paragraphe 2.7 Administration directe par le professionnel de santé). (AE)

R57. Lorsque le délai de survenue de la mort se prolonge, en raison de l'impossibilité d'un complément d'ingestion par voie orale, un passage au protocole d'injection directe par voie veineuse est recommandé comme convenu et décidé avec la personne en amont. (AE)

3.3.2. Complications liées à la voie intraveineuse

R58. En cas de perte de l'abord veineux pendant l'injection, il est recommandé de poursuivre la procédure en posant une deuxième voie veineuse ou d'utiliser la deuxième voie veineuse déjà mise en place. (AE)

R59. Si dans les 10 minutes suivant l'administration de la substance induisant la perte de conscience, une diminution de la conscience ne survient pas, il est recommandé de mettre en œuvre le protocole complications comme convenu et décidé avec la personne en amont (lien paragraphe en 3.2 Précautions en cas de difficultés ou de complications). (AE)

R60. L'intervalle entre l'arrêt respiratoire et l'arrêt cardiaque est généralement court. Sa prolongation de plusieurs dizaines de minutes peut s'accompagner de changements de l'aspect physique de la personne qui peut cyanoser ou présenter des marbrures. Il est recommandé que les proches de la personne qui assisteraient à cette situation, certes rare, soient informés préalablement de cette éventualité et de les accompagner. (AE)

[5] Bien qu'à conserver au réfrigérateur, les flacons de rocuronium non ouverts peuvent être conservés à des températures ne dépassant pas 30 °C pendant une durée maximale de 12 semaines. Le produit ne doit pas être remis au réfrigérateur après avoir été conservé à l'extérieur. (Résumé des caractéristiques du produit)

[6] Le cisatracurium et l'atracurium doivent être conservés au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C). Ne pas congeler. (Résumé des caractéristiques du produit)

Table des annexes

Annexe 1. Saisine 22

Annexe 2. Arbre décisionnel relatif à la mise en œuvre de l'aide à mourir pour une personne dont la demande a été approuvée et confirmée 24

Annexe 3. Composition des mallettes en dispositifs médicaux 25

Annexe 1. Saisine

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES
Liberté
Égalité
Fraternité

PRESIDENCE
Courrier reçu le,
12 FEV. 2026
Enrgt n° 061

La Ministre

Paris, le 9 Février 2026

Nos Réf. : D-26-002409

Monsieur le Président,

Le 27 mai 2025, l'Assemblée nationale a adopté en première lecture la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir, offrant la possibilité aux personnes en fin de vie de bénéficier d'une aide à mourir via l'administration d'une substance létale. Ce texte n'ayant pas été adopté par le Sénat en première lecture le 28 janvier 2026, il sera de nouveau examiné par l'Assemblée à compter de la semaine du 16 février.

L'article 16, tel que voté par l'Assemblée nationale, prévoit que la HAS est chargée de définir les substances létales susceptibles d'être utilisées pour l'aide à mourir et d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques portant sur ces substances et sur les conditions de leur utilisation.

L'expertise de la HAS est ainsi attendue sur les aspects suivants :

- La définition des **produits susceptibles d'être utilisés**, seuls ou en association, dans le cadre de l'aide à mourir. Cette analyse devra s'appuyer sur l'efficacité et la prévisibilité des effets, la rapidité d'action et la limitation des risques de complications selon des profils-types de patients pris en charge pour des maladies chroniques ;

- L'élaboration de **recommandations de bonnes pratiques de prescription médicale relatives aux formes pharmaceutiques adaptées en fonction de la voie d'administration**, en particulier la voie orale (et entérale si utile) et la voie intraveineuse, en précisant les conditions de prescription, d'administration et de traçabilité du circuit des substances ;

- Des recommandations de bonnes pratiques spécifiques porteront sur **les préparations hospitalières dédiées, leur stockage et la dispensation des substances**, avec la précision des conditions matérielles et organisationnelles, ainsi que les exigences de sécurisation et de traçabilité. A ce titre, la HAS pourra solliciter l'ANSM ;

- Enfin, concernant l'administration, l'établissement de protocoles spécifiques définissant la **conduite à tenir en cas de difficulté, d'échec ou de complication**, incluant les modalités d'intervention du professionnel de santé qui accompagne la personne, les conditions de recours à une administration alternative, ainsi que les modalités d'accompagnement de la personne concernée jusqu'à la constatation du décès.

Monsieur Lionel COLLET
Président
de la haute autorité de santé (HAS)
5 av. du Stade de France
93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX

14 avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

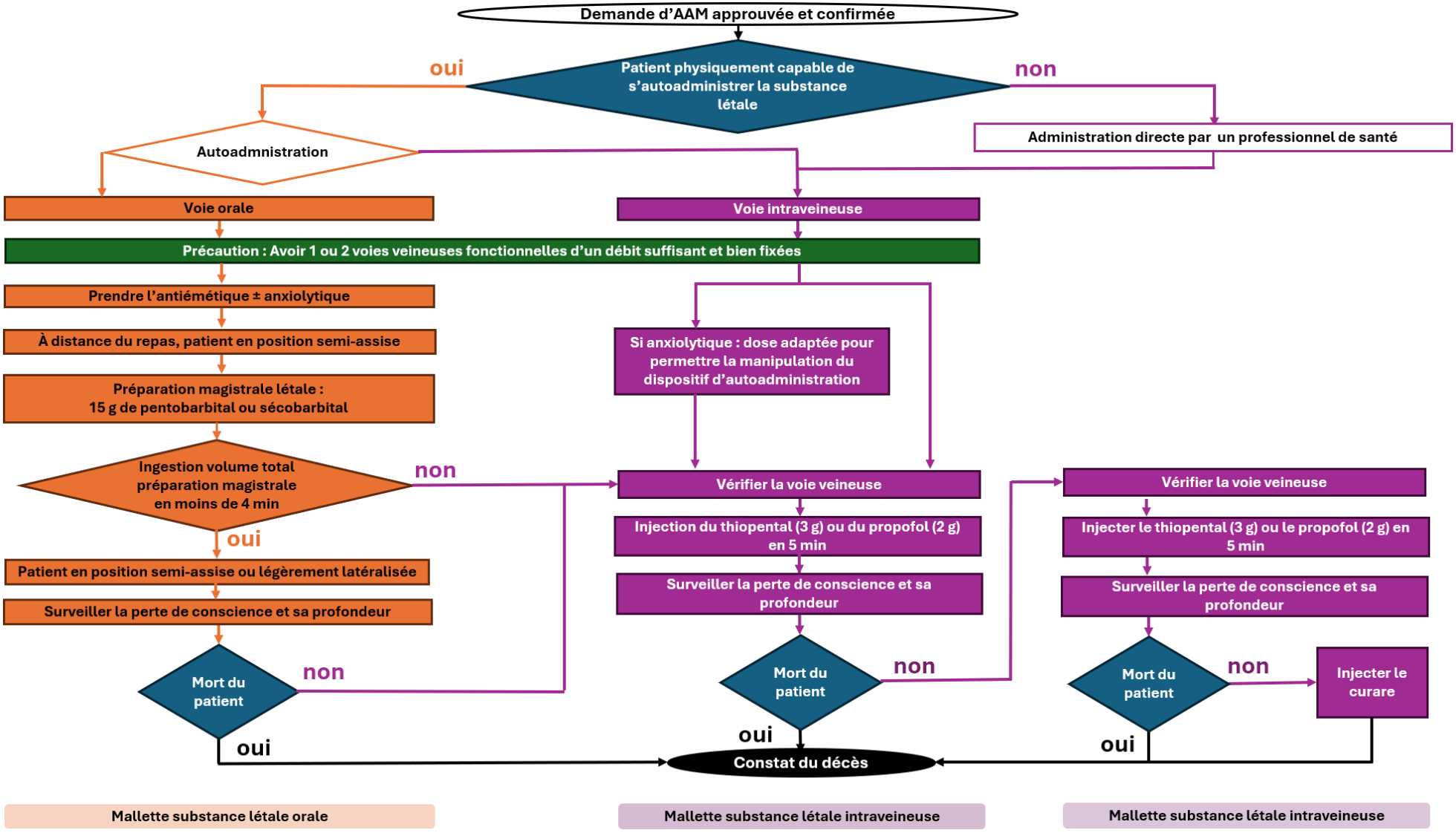
Le traitement des données est nécessaire à la gestion de la demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), l'intervenant peut exercer ses droits à l'adresse ddc-sgpd-cabi@ddc.social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies, https://sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies, https://solidarites.gouv.fr/donnees-personnelles-et-cookies

Dans la perspective d'une adoption définitive de la loi avant la fin de l'année 2026, et afin que ce nouveau droit des patients puisse être effectif rapidement, je souhaite que vous finalisiez ces travaux selon ce même calendrier.

Les services de la DGS sont à disposition des vôtres pour échanger sur cette nouvelle mission confiée à la HAS.

Stéphanie RIST

Annexe 2. Arbre décisionnel relatif à la mise en œuvre de l'aide à mourir pour une personne dont la demande a été approuvée et confirmée



Annexe 3. Composition des mallettes en dispositifs médicaux

Caractéristiques communes à la mallette substance létale voie orale et à la mallette substance létale intraveineuse

- Une mallette = une personne.
- Il est délivré par la PUI : composé, scellé et étiqueté par la pharmacie à usage intérieur (PUI), avec traçabilité des numéros de lot (DM et médicaments) et retour tracé des éléments non utilisés.
- Hors mallettes : les antiémétiques et les anxiolytiques de prémédication.
- Ils sont prescrits et délivrés à part, et pris en amont, parfois plusieurs heures avant la procédure. Les DM nécessaires à leur éventuelle administration IV (seringues de 5 ml) restent dans la mallette.
- Connectique Luer-lock exclusive sur toute la ligne IV, et connectique entérale ENFit distincte pour la sonde : aucune erreur de voie ni déconnexion possible.
- DM sécurisés (cathéters, aiguilles) pour prévenir les accidents d'exposition au sang (AES), et collecteur OPCT systématique.
- Doublement systématique de la mallette IV : une seconde mallette complete est disponible à chaque intervention, pouvoir pallier un dysfonctionnement
- Utilisable à domicile comme en établissement : la mallette contient ce qui manque habituellement au domicile (collecteur, sac à déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI), champs).
- Hygiène et élimination des déchets :
- Solution hydroalcoolique, gants non stériles à usage unique.

Les quantités sont des propositions. Les médicaments, leurs doses et leurs volumes relèvent de la liste « substances » de l'argumentaire et ne sont pas repris ici, sauf quand ils conditionnent le choix d'un dispositif (taille de seringue, diluant).

Mallette substance létale voie orale

Dispositif / matériel	Quantité	Précision – justification
O1. Prise de la solution par voie orale		
Flacon de la solution, opaque (à l'abri de la lumière), fermé, étiqueté	1	Délivrée par la PUI. Conservation à température ambiante, ni au réfrigérateur ni au congélateur
Gobelet gradué	2	La personne peut aussi boire directement au flacon (AADM). Un 2e gobelet pour une boisson d'accompagnement (goût amer).
Paille	1 (optionnelle)	Proposition : ne pas l'inclure par défaut, la réserver à la personne qui ne peut pas porter le gobelet.
Protections absorbantes (alèse, serviettes), mouchoirs	2 + 1 boîte	Vomissements, régurgitations, hypersalivation.
Haricots ou sacs à vomissements	2	Le vomissement est la première cause de recours à la voie IV.
O2. Personne porteuse d'une sonde d'alimentation - à prévoir seulement si cette modalité est retenue.		

Seringues entérales à embout ENFit (ou compatibles avec la sonde) 60 ml	2	Connectique entérale distincte de la connectique IV (norme ISO 80369-3) : pas d'erreur de voie possible. Sondes habituellement de 16 à 18 Ch.
Seringues entérales ENFit 20 ml	2	Contrôle de perméabilité et rinçage.
Adaptateur ou raccord pour sonde non ENFit	1	À vérifier lors de la visite préalable (type et calibre de la sonde).
Eau pour rinçage + gobelet	1	Rinçage avant administration pour vérifier la perméabilité et après pour administrer la quantité totale de substance (2 à 3 ml restent dans la sonde).
NB : le débit d'une pompe entérale est insuffisant dans le cadre d'une aide à mourir.		

Mallette substance létale intraveineuse

Dispositif / matériel	Quantité	Précision – justification
I1. Hygiène et préparation du soin		
Champs de soin / protections absorbantes	2	Plan de travail propre au domicile, protection de la literie.
Plateau de soin ou haricot	1	
Compresses stériles	4 sachets	
Antiseptique alcoolique, en unidose ou applicateur	2	
I2. Pose de 1 ou 2 voie(s) veineuse(s) périphérique(s) (VVP) à l'appréciation des équipes présentes		
Garrot	1	
Cathéters courts périphériques sécurisés 18 gauges	3	Une ou deux voies de gros calibre sont recommandées (au minimum 20G, 18G préférable)
Cathéters courts périphériques sécurisés 20 gauges	3	Soit 4 à 6 cathéters au total, en cas d'échec de ponction. Proscrire les 24 gauges et les aiguilles épicrâniennes.
Pansements transparents semi-perméables stériles pour cathéter	4	Permettent de surveiller visuellement le point de ponction pendant toute la procédure (risque d'extravasation).
Bande cohésive ou bande 10 cm	2	Maintien complémentaire contre l'arrachement (mouvements, myoclonies). Ne pas recouvrir le point de ponction, qui doit rester visible.
Sparadrap non tissé polyester extensible	1 rouleau	Plutôt non tissé papier microporeux. Pour une meilleure tenue (fixation du prolongateur, boucle de sécurité).
I3. Ligne de garde-veine et connectique (pour chaque VVP)		
Prolongateurs courts avec robinet 3 voies (ou rampe)	2	Rallonge courte et raccord à trois voies : on injecte sans manipuler le cathéter
Valves antireflux (unidirectionnelles), sur la tubulure de garde-veine	2	Empêchent les produits injectés de refluer vers la poche.
Bouchons obturateurs stériles Luer-lock	4	Pour la voie non perfusée et les robinets.

Tubulures de perfusion par gravité	2	Une par VVP, pour pouvoir basculer sur la 2e voie sans délai.
Poche de NaCl 0,9 % de 500 ml	1	Garde-veine et test de fonctionnalité de la voie veineuse
Seringues préremplies de NaCl 0,9 % 10 ml	4	Vérification de la fonctionnalité de la 2e voie veineuse périphérique ou Midline ou chambre implantable, etc. Prévoir une marge pour la 2e voie.
Aiguille de Huber 20 gauges	2	

I4. Préparation et identification des seringues

Le Luer-lock est impératif : pas de déconnexion pendant l'injection.

En fonction des médicaments utilisés, le nombre et le volume des seringues seront adaptés.

Seringues Luer-lock de 20 ml	4	Selon la molécule retenue
Seringue Luer-lock de 60 ml	1	
Seringues Luer-lock de 10 ml	3 + 1 de réserve	Anxiolytique Curare
Seringues Luer-lock de 20 ml		
Aiguilles de prélèvement 18G (trocart)	6	Une par médicament
Aiguille ou prise d'air (mini-spike avec filtre)	1 par flacon de poudre	Pour la préparation du thiopental (reconstitution, une aiguille supplémentaire évite les variations de pression dans le flacon).
20 ml d'eau pour préparation injectable	4	Pour diluer le thiopental
Poche de NaCl 0,9 % de 100 ml	1	Pour permettre l'autoadministration du thiopental dilué dans du NaCl QSP 100 ml
Étiquettes de seringues pré-imprimées	En fonction du protocole	1 étiquette par médicament avec sa DCI
Bouchons Luer-lock pour seringues préparées	6	Pour les seringues préparées à l'avance et transportées.

Contributeurs

Ce document a été élaboré par la HAS, avec la contribution des personnes citées ci-dessous qu'elle remercie. Il a été adopté par les instances de validation de la HAS.

Les déclarations publiques d'intérêts des personnes soumises aux obligations de déclaration en application des articles L. 1451-1 et R. 1451-1 du code de la santé publique sont consultables sur le site Internet : https://dpi.sante.gouv.fr.

1 - Équipe projet HAS

Muriel Dhénain, chef de projet, service bonnes pratiques

Nadia Mhedbi, chef de projet, service bonnes pratiques

Sophie Despeyroux, documentaliste, service documentation et veille

Maud Lefèvre, assistante documentaliste, service documentation et veille

2 - Contributeurs externes

La HAS fait appel à des contributeurs externes en tenant compte des expertises recherchées. Elle peut procéder à des appels à candidatures ou les solliciter directement ou indirectement par l'intermédiaire, d'organismes ou d'associations particulièrement concernés par le sujet traité.

Groupe de travail

Marie Aires, infirmière anesthésiste, 75

Françoise Charret, anesthésiste réanimateur, 69

Yves Decore, usager du système de santé

Virginie Dessus-Chevrel, médecin de soins palliatifs, 44

Milou Daniel Drici, pharmacologue, 06

Éric Fossier, médecin département informatique médicale, 56 (jusqu'au 28/10/2026)

Jean-Pierre Jacquet, médecin généraliste, 73

Hélène Jantzem, pharmacien, 29

Marie Klem, infirmière, 67

Jean-Philippe Rigaud, anesthésiste réanimateur, 76

Cécile Thomas, pharmacien d'officine, 63

Jean Wils, usager du système de santé

Experts sollicités ponctuellement

François Damas, anesthésiste réanimateur, Belgique

3 - Relecteurs

Francis Abramovici, médecin généraliste, 77

David Alapini, pharmacien d'officine, 59

Valérie Amouroux-Gorsse, infirmière, 38

Christian Barth, pharmacien d'officine, 67

François Blot, usager du système de santé

Cecilia Bonnet, neurologue, 78

Laurence Bot, infirmière en pratique avancée, 35

Cyril Breucker, pharmacien hospitalier, 34

Laurent Calvel, médecin de soins palliatifs, 67

Aurélien Culver, anesthésiste-réanimateur, 13

Marie Claude Daydé, infirmière, 31

Albane de Chastenet, infirmière de coordination, 02

Michel Delcey, usager du système de santé

Manon Demay, infirmière en pratique avancée, 06

Pierre François Dequin, pharmacologue, 37

Alain Derniaux, médecin généraliste, 05

Adeline Duflot-Boukobza, infirmière en pratique avancée, 94

Catherine Duroc, médecin généraliste, 05

Adrien Évin, médecin de soins palliatifs, 44

Romain Fouchard, usager du système de santé

Marco Achille Gambirasio, médecin de soins palliatifs, 76

Marion Gire, infirmière en pratique avancée, 42

François Xavier Goudot, cardiologue, 92

Yves Grégoire, usager du système de santé

François Guillemot, gastro-entérologue, 59

Soraya Haddad, infirmière en pratique avancée, 31

Gilberte Hue, infirmière, 75

Denis Labayle, usager du système du système de santé

Bruno Lamothe, usager du système de santé

Laetitia Lanet, infirmière en pratique avancée, 95

Mathilde Ledoux, médecin de soins palliatifs, 44

Laura Lévèque, usager du système de santé

Evelyne Malaquin-Pavant, infirmière, 76

Huguette Mauss, usager du système de santé

Valérie Mesnage, neurologue, 75

Pierre Mora, anesthésiste-réanimateur, 13

Marie Line Opineau-Vialettes, usager du système de santé

Jacques Orvain, usager du système de santé

Gregory Pape, pharmacien d'officine, 78

Stéphane Pasquet, infirmier, 35

Stéphanie Pierre, usager du système de santé

Pascal Poncelet, cardiologue, 59

Martin Rabot, cardiologue, 26

Marie Pierre Racouet, infirmière en pratique avancée, 75

Christine Raynaud Donzel, pneumologue, 95

René Robert, réanimation médicale, 86

Chloé Rousselière, pharmacien hospitalier, 59

Lucille Saillard, infirmière en pratique avancée, 79

Mauricette Salque, usager du système de santé

Vincent Sanchez, médecin de soins palliatifs, 51

Sandrine Sarma, infirmière en pratique avancée, 94

Simrandeep Singh, pharmacien hospitalier, 93

Anaïs Varlet Becu, infirmière, 88

Vincent Viel, pharmacien d'officine, 73

Michel Villiers-Moriamé, 78

Claire Vince, pharmacien hospitalier, 44

Nicolas Weiss, médecine intensive-réanimation, 75

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – novembre 2026