

# SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1979-1980

Annexe au procès-verbal de la séance du 23 avril 1980.

## AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur :

- 1° la proposition de loi de M. Henri CAILLAVET, relative au droit de vivre sa mort ;
- 2° la proposition de loi de MM. Henri CAILLAVET et Jean MÉZARD, tendant à compléter le deuxième alinéa de l'article 63 du Code pénal.

Par M. Jean MÉZARD,

Sénateur.

---

(1) Cette Commission est composée de MM. Robert Schwint, *président*; René Touzet, Jacques Henriot, Bernard Lemaire, Hector Viron, *vice-présidents*; Hubert d'Andigné, Roland du Luart, Jean Mézard, André Rabincau, *secrétaires*; Jean Amelin, Hamadou Barkat Gourat, Mme Marie-Claude Beaudou, MM. Jean Beranger, Noël Berrier, Jacques Bialski, André Bohl, Louis Boyer, Jean-Pierre Cantegrit, Jean Chérioux, Michel Crucis, Georges Dagoma, Jean Desmarests, Guy Durbec, Charles Ferrant, Pierre Gamboa, Marcel Gargar, Mme Cécile Goldet, MM. Jean Gravier, André Jouany, Michel Labèguerie, Edouard Le Jeune, Roger Lise, Pierre Louvot, André Méric, Henri Moreau, Michel Moreigne, Jean Natali, Bernard Pellarin, Guy Robert, Victor Robini, Pierre Salenave, Albert Sirgue, Marcel Souquet, Bernard Talon, Georges Truille, Jean Varlet, Jacques Verneuil.

Voir les numéros :

Sénat : 301 (1977-1978) et 29 (1978-1979).

---

Libertés individuelles. — Euthanasie - Médecins - Mort.

## SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION .....	3
A. — Le problème posé par les propositions de M. Caillavet est un problème réel et grave .....	5
B. — Un problème que la règle de droit ne peut résoudre... ..	9
C. — ...car il relève de l'éthique individuelle et médicale .....	13
TRAVAUX DE LA COMMISSION ET CONCLUSION .....	15

---

MESDAMES, MESSIEURS,

Les progrès de la technologie médicale et de la biologie humaine entraînent, pour la médecine et la société, des problèmes nouveaux et difficiles, surtout quand s'accroissent la connaissance et la sensibilisation de l'opinion. S'ils atteignent un certain degré d'acuité, ils se posent en termes d'éthique individuelle et collective, souvent en termes juridiques, depuis qu'est mise de plus en plus fréquemment en jeu la responsabilité médicale et souhaitée souvent l'intervention de la loi.

Il n'est jamais aisé de résoudre ces problèmes graves, quelquefois dramatiques. Mais l'important est de ne pas les éluder, même si l'on doit renvoyer chacun à sa conscience et décider de s'abstenir de poser des règles générales et absolues.

Quelques débats récents témoignent d'un intérêt croissant du législateur pour ces questions.

Nous avons ainsi traité des prélèvements d'organes et voté une loi à ce sujet (loi du 22 décembre 1976). Nous avons récemment abordé, très indirectement, lors du débat sur l'interruption volontaire de grossesse, certains aspects du problème des expérimentations. Nous aurons à y revenir un jour.

Il nous faudra sans doute bientôt débattre des modalités et conséquences juridiques de l'insémination artificielle qui tend actuellement à se développer.

**De plus en plus, donc, le Parlement est interpellé sur ces problèmes nouveaux nés du progrès des sciences de la vie.**

S'agissant de l'insémination artificielle, la question est délicate ; elle n'est pas tragique car c'est de vies naissantes qu'il s'agit. Les problèmes à résoudre sont surtout d'ordre juridique et technique.

Nous avons à débattre aujourd'hui sur deux propositions de loi déposées par M. Caillavet, la première relative au « droit de vivre sa mort », la seconde complétant un article du Code pénal ; votre Rapporteur y avait ajouté son nom, car elle lui semblait nécessaire pour l'exercice de la médecine si la première était adoptée.

Lorsqu'il déposait ces textes, au printemps de 1978, M. Caillavet posait donc à nouveau et avec courage le problème, depuis quelques années débattu de l'« acharnement thérapeutique ».

Il relançait dans l'opinion un débat passionné que n'avaient apaisé ni les colloques ni les conférences ni les études et publications sur le même thème et que des exemples touchant d'éminentes personnalités ont ranimé ces jours mêmes.

Il s'inspirait d'une législation récemment adoptée en Californie, en liaison avec le drame bien connu de la jeune Karen Quinlan.

Pour l'essentiel, la première proposition pose le principe du **droit, reconnu à toute personne saine d'esprit de s'opposer à la prolongation artificielle de sa vie, si elle est atteinte d'une affection accidentelle ou pathologique incurable**. C'est la reconnaissance légale du droit à la mort **naturelle**.

Le texte prévoit la procédure juridique selon laquelle cette faculté peut être mise en œuvre, à savoir une *déclaration* sous forme d'*acte authentique* dressée devant deux témoins. Sauf renouvellement, la déclaration cesse d'avoir effet après cinq ans ; elle peut être **révoquée à tout moment**.

Le droit consacré par la proposition de s'opposer à toute prolongation de vie artificielle est assorti en corollaire de *l'obligation faite au médecin de donner au déclarant toutes informations sur son état*.

Aucune sanction, ni civile, ni pénale, ni déontologique ne saurait être encourue par ceux qui se seront conformés à la volonté du déclarant.

Dans un même esprit, la proposition n° 29, en complétant l'article 63 du Code pénal, préserve de poursuites judiciaires le médecin qui, à la demande consciente du malade atteint d'une affection estimée incurable, ou de sa propre initiative si le malade est inconscient, s'abstiendrait d'entreprendre ou de poursuivre une prolongation artificielle de sa vie.

\*  
\*\*

Votre commission des Affaires sociales n'est saisie que pour avis de ces deux initiatives, examinées au fond par la commission des Lois qui a présenté deux remarquables rapports.

Mais elle ne peut être absente d'un débat qui touche de si près à l'éthique médicale et aux droits de chacun face à l'appareillage technologique et scientifique qui influe de plus en plus aujourd'hui sur notre vie biologique.

Deux ans se sont écoulés depuis le dépôt des propositions de loi qui ont été très largement discutées dans l'opinion. Deux ans de débats. Deux ans de réflexions à tous les niveaux. Les réactions suscitées, globalement, ont été hostiles. Mais hostiles moins aux idées émises par M. Caillavet qu'au fait qu'elles soient traduites en termes de loi.

C'est qu'en la matière aucune règle abstraite ne paraît pouvoir être formulée. Comme l'écrivait déjà en 1962 le Père Riquet : « Il y a en chaque cas concret une telle complexité de facteurs techniques, biologiques, psychologiques, sociaux et moraux, qu'il est difficile de formuler des règles universellement valables. » (*Cahier Laennec*, mars 1962.)

## A. — LE PROBLÈME POSÉ EST UN PROBLÈME RÉEL...

*Le problème posé par les propositions de M. Caillavet est bien réel. Il est récent et il est grave. Il naît des possibilités extraordinaires qu'offre désormais la science, non seulement de prolonger la vie mais de maintenir celle-ci ou l'apparence de celle-ci grâce à des techniques de réanimation par soins intensifs, de plus ou moins longue durée, très perfectionnées.*

Ce n'est donc pas le problème ancien et débattu depuis toujours de l'euthanasie « active » au sens de « donner la mort par compassion à un être incurable condamné à souffrir cruellement », mais celui de l'abstention thérapeutique quand l'intervention médicale n'a d'autre effet que d'assurer une survie artificielle, sans espoir de guérison avec l'apparence et souvent la réalité de la souffrance, parfois d'une sorte de « mise en scène » terriblement impressionnante pour le malade, le moribond et aussi pour la famille quand ils n'ont pas de connaissances médicales : nombreux tuyaux pour amener les nutriments et évacuer les excréments, connexion électrique, appareils respiratoires plus ou moins bruyants reliés et enfouis dans bouche, nez et larynx.

« Sous prétexte de respecter la vie — a écrit Simone de Beauvoir, avec l'exagération de qui ignore l'acte et la déontologie médicale —, les médecins s'arrogent le droit d'infliger aux êtres humains n'importe quelle torture et toutes les déchéances. »

L'affirmation pêche toutefois par l'injustice, car depuis de nombreuses années, les médecins s'interrogent, et avec eux les familles et tous ceux dont la vocation est d'accompagner la mort.

Alors que l'éthique médicale a toujours imposé au médecin le respect de la vie, lui faisant un devoir de maintenir celle-ci dans toute la mesure de ses moyens, *peut-elle encore lui imposer de maintenir artificiellement une vie qui n'est plus que végétative ?*

Est-ce vraiment respecter le malade que d'employer des techniques dans toutes les situations où elles permettent de prolonger la vie ? L'attitude la plus humaine est parfois de s'abstenir. C'est d'ailleurs l'attitude de la majorité du corps médical, même si ce comportement a longtemps eu du mal à se dire ouvertement car il peut sembler contraire à l'éthique traditionnelle. Cette dernière, en effet, a sans cesse besoin d'être reformulée au fur et à mesure qu'évoluent les techniques. Elle l'a été récemment. Après que le Conseil de l'Europe se soit penché sur le droit des mourants, la Conférence internationale des ordres des médecins, en mars 1976, a admis que « **A partir du moment où l'état du malade est vérita-**

blement désespéré, il est licite de s'abstenir de traitements inutiles comme de gestes de réanimation superflus ; il est tout aussi licite de mettre fin à des traitements qui ne feraient que prolonger l'agonie ou entretenir un coma dépassé (mort du cerveau attestée par un électro-encéphalogramme nul observé pendant un délai suffisant). Seules la conscience du médecin et son appréciation du pronostic lui dictent sa conduite. »

Le nouveau code de déontologie et les déclarations récentes des représentants de l'Ordre des médecins traduisent cette prise de conscience. L'Ordre des médecins admet que *l'obstination thérapeutique*, qui entretient une survie artificielle sans espoir de récupérer un cerveau mort, n'est pas toujours nécessaire.

Le professeur Lortat-Jacob, devant l'Académie de médecine, en mars 1979, déclarait à cet égard : « Ne pas prolonger des manœuvres pénibles de réanimation sur un malade manifestement irrécupérable n'est que refuser une obstination thérapeutique inutile et dérisoire. »

Abordant la question de la « thérapeutique de l'agonie », il rappelle que le médecin peut être amené à manier des drogues à doses croissantes, sédatives mais toxiques, et précise : « La marge est parfois étroite entre la dose apaisante et la dose toxique des médicaments, mais seules la compétence et la conscience du médecin peuvent permettre d'apprécier ce qui peut être fait. »

Il distingue d'ailleurs cette « *obstination* » de l'« *acharnement thérapeutique* » qui peut, lui, être fondé, compte tenu notamment de la difficulté de certains diagnostics et de la fragilité des pronostics dans le domaine des maladies incurables.

Tant qu'il existe un espoir de guérison et d'amélioration, le médecin doit certes agir dans le but de guérir. Mais, est-ce toujours si tranché ? Entre le pronostic probable de guérison et la certitude de l'échec, restent tous les cas intermédiaires pour lesquels aucune généralisation n'est possible.

Et la vie personnelle subsiste-t-elle lorsque réanimation cardiaque et respiratoire, épuration rénale, oxygène sont, en permanence nécessaires pour maintenir la vie métabolique ? La réponse ne peut être simple. Chaque cas pose un problème pour soi et doit être envisagé comme tel.

C'est dans ce contexte que se situent les propositions de M. Caillavet. Elles méritent d'être examinées avec attention.

Si elles ne visent que le respect de la volonté du malade, déjà reconnu par le droit, ou l'obstination thérapeutique, dont l'Ordre même des médecins reconnaît l'inutilité, elles n'ajoutent guère au droit ni à la réalité présente, ni ne résolvent aucun des problèmes douloureux qui se posent. Si elles vont au-delà — et la généralité des termes

permet cette interprétation —, en admettant l'abstention médicale hors les cas de survie artificielle et désespérée, non seulement elles rencontrent de fortes réticences mais encore elles semblent inapplicables. Car le problème très réel qu'elles prétendent résoudre est irréductible au droit et doit demeurer du ressort de l'éthique médicale individuelle.

## B. — UN PROBLÈME QUE LA RÈGLE DE DROIT NE PEUT RÉSOUDRE...

C'est un élément que souligne à maintes reprises le rapport de M. Jean-Marie Girault, au nom de la commission des Lois, la proposition de M. Caillavet ne jette pas fondamentalement les bases d'un droit nouveau. Elle ne fait que rappeler un principe déjà admis dans le droit médical : **la liberté du malade de refuser des soins**, quelle que soit l'affection dont il est atteint, curable ou non, à combiner, certes, avec l'article 65 du Code pénal qui réprime la non-assistance à personne en danger.

Depuis près de cinquante ans et de manière continue, la Cour de cassation a en effet posé le principe de l'existence d'un contrat de soins entre le malade et son médecin. Ce contrat, comme tout autre, repose sur le consentement du malade à l'intervention médicale et sur son droit d'y mettre fin à tout moment.

Il s'y ajoute une autre règle : l'obligation pour le médecin d'obtenir un consentement éclairé et lucide avant toute intervention présentant un risque autre que bénin. Le défaut de consentement est un des cas les plus fréquents de mise en cause de la responsabilité médicale.

Sous cet angle, la proposition n° 301 de M. Caillavet n'innove donc pas puisqu'il existe déjà le droit individuel, reconnu, de refuser des soins et notamment la prolongation artificielle d'une vie qui n'est plus une vie.

Elle est, par contre, silencieuse sur les droits et obligations déontologiques du médecin, dont la vocation est d'exercer sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine et le premier devoir de porter assistance au malade en péril.

S'il doit respecter la volonté du malade, aucun de ses actes ne doit être justifié par le seul désir ou le seul consentement des individus. L'existence d'une **clause de conscience** est un élément fondamental de l'exercice libre de l'art médical.

En ce sens, la première proposition ne vise que le droit des malades, elle ne prend pas en compte les obligations du médecin.

Reste certes à rendre effectif, pour le malade, l'exercice de son droit reconnu à la non-intervention, voire à l'abstention thérapeutique, lorsqu'il n'a plus, pour des raisons pathologiques ou accidentelles, la possibilité de l'exprimer. Reste à permettre au médecin, pour se dispenser de sa responsabilité déontologique, d'obtenir le consentement lucide et éclairé du malade à son intervention ou à sa non-inter-

vention au cours d'une maladie mettant ses jours en péril, alors que la capacité du malade à décider peut être réduite par son état. C'est ce que voudrait résoudre la déclaration quinquennale, faite par acte authentique, devant témoins.

Or, en droit, et la jurisprudence comme de nombreuses analyses juridiques en témoignent, **cette déclaration établie lorsque la personne est en bonne santé, ne saurait rien apporter en ce qui concerne la connaissance de la volonté du malade à l'agonie.**

Il y a plusieurs années déjà qu'est évoquée cette éventuelle déclaration ; les médecins dans leur majorité en récusent la valeur, qu'elle soit formulée aux derniers moments, preuve d'épuisement, d'angoisse et désespoir en même temps qu'appel à la consolation ou qu'elle soit déterminée à l'avance. Car comment savoir, le moment venu, que le malade est resté dans les mêmes sentiments ?

Même si le texte était voté, aucun médecin digne de ce nom ne pourrait s'estimer en droit de se fonder sur un tel document pour guider son action. Aucun ne peut accepter d'être exonéré de sa responsabilité, même pénale. La preuve de la volonté même du malade, que le médecin se doit de respecter, doit se fonder nécessairement sur des éléments plus nombreux et convergents. Elle résulte de la connaissance, acquise par lui, de l'attitude du patient à l'égard de la vie et de la mort et des témoignages éventuels de ses proches.

Quelle pourrait par ailleurs être l'attitude du médecin placé brutalement, en cas d'accident, devant un malade inconnu et inconscient, en danger de mort ? Faute de la communication d'une déclaration notariée de moins de cinq ans sera-t-il obligé, sur le plan éthique, civil et pénal, de tout mettre en jeu pour prolonger un état sans espoir ?

- Beaucoup serait à dire, et beaucoup a été dit sur la notion de « moyen médical et chirurgical... utilisé pour prolonger artificiellement sa vie ».

L'excellent rapport de M. Girault montre les difficultés d'application que présente, dans le texte de la proposition de loi, le terme : « prolongation artificielle de la vie ». Nous ne pouvons qu'y renvoyer.

Il en est de même de la notion d' « incurabilité » ; elle est toute relative, dépendant à la fois de l'état des techniques médicales et des diagnostics et pronostics des médecins, nécessairement entachés de fragilité, comme le reconnaissait M. Lortat-Jacob en mars 1979.

- Laissant à la commission des Lois le soin d'examiner les données et la portée juridiques de la proposition, nous envisagerons quant à nous plus particulièrement ses répercussions sur l'éthique médicale.

Relevons, à cet égard, l'article 5 qui prévoit que le médecin doit informer le malade sur son état.

La disposition non seulement n'est pas conforme au code de déontologie mais elle est contraire à nos traditions, car se greffent là le problème si difficile et les habitudes absolument contradictoires entre Anglo-Saxons et Latins, concernant la façon de faire connaître au malade la vérité absolue sur son état.

La plupart des analyses et commentaires sur la proposition de M. Caillavet et ceux, notamment, si pertinents de la commission des Lois témoignent donc de *l'inapplicabilité en droit et en fait du texte* et des *risques de débordement* qu'il peut présenter.

Le droit reconnu existe déjà ; aucun pouvoir ne peut s'y opposer ; il n'est pas conforté par l'existence d'une déclaration écrite, sans force probante. Mais l'existence de ce droit, qui n'est pas contesté, n'a pas empêché que le problème continue de se poser. **Une loi en la matière n'aura pas plus d'effet et, sans doute, la question doit-elle rester dans une zone de « non-droit ».**

Les propositions de loi entraînent plus de questions que de réponses. C'est que la situation qu'elles visent est irréductible au droit et relève de l'éthique et de la responsabilité médicales.

### C. — ... CAR IL RELEVÉ DE L'ÉTHIQUE INDIVIDUELLE ET MÉDICALE

L'hostilité rencontrée par les textes qui nous sont soumis — particulièrement dans les milieux médicaux et tout particulièrement parmi les représentants de l'Ordre des médecins — porte moins sur le fond même que sur la généralité des termes et la procédure mise en place.

Un consensus, on l'a dit, s'est dégagé sur le bon emploi des techniques, mais aucune règle abstraite et générale, ne peut résoudre le problème du médecin placé devant un cas nécessairement unique. A moins de le dispenser de toute clause de conscience, de toute faculté de choix et d'en faire l'exécuteur de la volonté soit de ses patients soit du pouvoir.

Le médecin est et doit donc rester seul à disposer des éléments nécessaires à sa décision. Les déclarations établies à l'avance, une règle de droit, les recommandations d'un conseil de l'Ordre ne peuvent l'exonérer en droit et en fait de sa responsabilité et de ses obligations. Il décidera en fonction d'éléments nombreux et il doit assumer la charge de ses choix et encourir, le cas échéant, les sanctions qui en découlent.

L'éthique médicale et personnelle doit le guider, mais elle ne peut fournir de solutions toutes faites.

#### Que lui propose-t-elle ?

— d'abord le *respect de la vie et de la personne humaine*, dont chacun admet aujourd'hui qu'il ne se confond pas avec l'obstination thérapeutique et que le souci de la dignité humaine inclut le souci d'une mort humaine :

— le respect ensuite de la *volonté* du malade et, le cas échéant, de sa volonté de ne pas voir prolonger artificiellement et inutilement sa vie. Mais la preuve de l'expression de cette volonté ne se réduit pas à l'existence ou non d'une déclaration écrite. Elle implique toutefois un *devoir d'explication* au malade pour que puisse naître un consentement lucide et éclairé, mais on se heurte là encore au problème de la vérité à dire ou à cacher :

— le respect, d'autre part, de sa *liberté de prescription*, s'interdisant toutefois des actes non nécessaires ou ceux qui feraient courir au malade un risque injustifié.

Il s'y ajoute la faculté, rappelée par le Conseil de l'Europe en janvier 1976 et, à tout instant, par le conseil de l'Ordre, pour tout médecin de ne pas être contraint d'agir contre sa conscience. Car aucune règle même déontologique, ne supprimera la décision solitaire et responsable entachée d'angoisse et d'incertitude.

C'est à lui que revient la décision finale, non seulement en raison de sa capacité d'apprécier l'état réel du malade, mais aussi en raison de sa situation de tiers par rapport à ce dernier et à sa famille. Il en portera le poids lui-même en sachant respecter la volonté du malade, quand elle est vraiment exprimée, après un dialogue respectueux avec la famille.

C'est sur cette éthique médicale et individuelle que peut reposer la confiance du malade qui exige qu'il n'y ait *aucune ambiguïté* à ce sujet dans les règles professionnelles.

« Si le pouvoir médical, notait M. Lortat-Jacob, ne doit pas être abusif dans l'action de retarder la mort, il ne doit pas l'être non plus dans l'action de la hâter. »

Un sondage récent témoignait que les trois quarts des Français ont confiance dans la manière dont se comportent les médecins face aux malades « incurables ». Il faut préserver cette confiance.

Il n'en reste pas moins à formuler des souhaits. Les médecins en formation devraient mieux connaître les exigences de la jurisprudence civile et pénale sur le devoir d'explication au malade, sur l'exigence d'un consentement lucide et éclairé dans les relations malade-médecin, tout particulièrement en milieu hospitalier. N'auraient-elles servi qu'à cela, les initiatives de M. Caillavet auront été infiniment utiles.

Ne peut-on craindre aussi que si, aujourd'hui, le mythe dominant est celui du moribond, prolongé, « torturé » en quelque sorte par les techniques du jour, demain ne se répande la rumeur de l'hôpital où l'on achève et qu'un certain nombre de sujets craignent de faire confiance aux mains les plus expertes ?

## TRAVAUX DE LA COMMISSION ET CONCLUSION

En ce domaine tragique du passage de la vie à la mort, du droit de chacun à mourir d'une mort naturelle, loin des sophistications douloureuses d'une technique inutile, il faut savoir choisir l'abstention thérapeutique à l'euthanasie et il faut avant tout préserver l'espoir.

Le refus de légiférer n'est pas celui de réfléchir et, en ce sens, les propositions de M. Caillavet ont eu le mérite de poser en termes nouveaux un problème douloureux. Mais il peut être sage, suivant en cela le rapport de la commission des Lois, de ne pas retenir des textes qui angoissent plus qu'ils n'apaisent.

C'est la conclusion qu'a retenue votre commission des Affaires sociales après un large débat.



C'est dans sa réunion du 23 avril 1980 que la commission des Affaires sociales a examiné les propositions dont elle s'était saisie pour avis.

Après l'exposé du Rapporteur, Mme Cécile Goldet a salué comme il l'avait fait précédemment, le courage de M. Caillavet d'avoir osé aborder une telle question. Elle a exposé les difficultés techniques, psychologiques et morales que ressentent, de plus en plus, les médecins d'aujourd'hui, beaucoup plus qu'avant confrontés seuls au problème de la mort, qu'ils doivent assumer pour l'essentiel. Elle a exprimé son souhait qu'on ne légifère pas sur des situations qui doivent continuer d'être envisagées cas par cas.

M. Victor Robini a également conforté la position du Rapporteur et expliqué que, pour lui, il s'agissait d'un problème d'éthique. Il a, comme Mme Cécile Goldet, évoqué la question de l'information du malade et indiqué que l'acharnement thérapeutique pouvait être un moyen d'améliorer la recherche médicale.

M. Jean Chérioux, de même, a appuyé les conclusions du Rapporteur pour avis et manifesté sa crainte qu'une décision du législateur en ce domaine n'entraîne un effet de « cohorte ». Pour lui, il convient de ne pas se substituer à celui qui doit, pour finir, décider.

M. Pierre Gamboa a également exposé la nécessité de poursuivre le plus possible les soins susceptibles de sauver une vie humaine, et son souci de ne pas s'engager dans un processus susceptible de faire naître des entraves à la prolongation de la vie.

M. Bernard Lemarié a rappelé que le malade ne peut pas toujours apprécier la réalité de son état.

Quant à M. Jean Béranger, il s'est déclaré partisan des propositions de loi de M. Henri Caillavet, pour avoir assisté à des agonies qui dégradent la personne humaine.

M. Pierre Louvot, enfin, s'est rallié à la position de M. Jean Mézard, en estimant que la décision finale relevait de la conscience médicale et non du législateur.

C'est à l'unanimité, deux commissaires s'abstenant, que la Commission a décidé *de ne pas donner un avis favorable* à l'adoption des deux propositions de loi dont elle s'était saisie.