

PROPOSITION DE LOI DROIT À L'AIDE À MOURIR

Première 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'abréger 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.

- **une culture palliative peu développée chez les soignants** ;
- une législation relative à l'accompagnement de la fin de vie **mal connue des patients**.



des situations de phase palliative terminale donnent lieu à une SPCJD

La SPCJD demeure pratiquée de façon exceptionnelle au sein des structures de soins palliatifs, **dans 0,9 % des situations de phase palliative terminale¹**. 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'abréger 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'euthanasie²**, 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 légitimer 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.

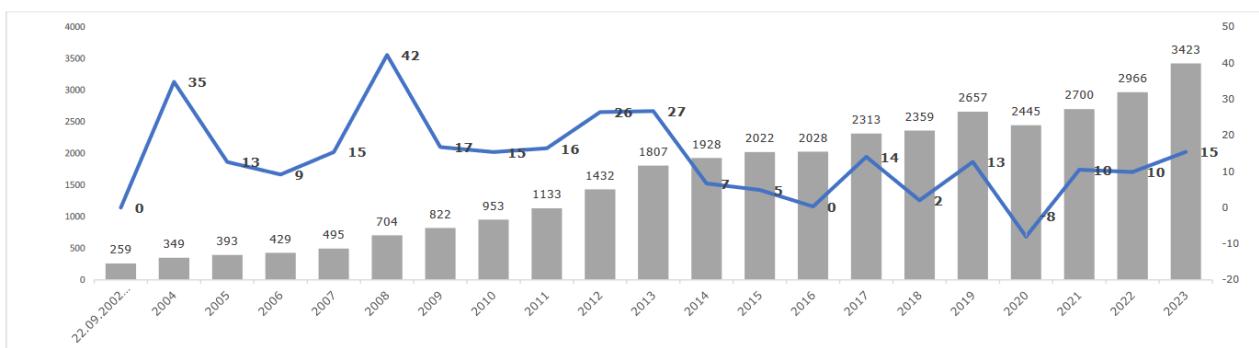
Le critère du pronostic vital persiste néanmoins dans certaines législations : en **Oregon**, seules les personnes dont l'espérance de vie n'excède pas **six mois** peuvent recourir au suicide assisté. C'est aussi l'option vers laquelle semble s'orienter le Royaume-Uni.

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 continument 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.

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

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 métastasiques 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 intérieurisée doit, elle aussi, être prise en compte.

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**.



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

- 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 Claeys-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 réécrit 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'abréger 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 **pharmacien**s, 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 inexiste 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, justifiaient 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 concerne 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.**



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

Consulter le dossier législatif : <https://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl24-661.html>

...la proposition de loi relative au

DROIT À L'AIDE À MOURIR

La commission des lois s'est saisie pour avis de trois des vingt articles de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale le 27 mai 2025, *relative au droit à l'aide à mourir*.

Les articles 2 et 4 de la proposition de loi instaurent **un droit à une aide à mourir, conditionné au respect de cinq critères cumulatifs**. Cette aide à mourir prendrait la forme d'**une assistance au suicide** ou, si le patient n'est pas en mesure de s'administrer lui-même la substance létale, d'**une euthanasie**. Ces articles introduisent ainsi **une double rupture par rapport à l'état du droit**, qui n'autorise qu'une sédation profonde et continue, associée à une analgésie, maintenue jusqu'au décès. En premier lieu, ils inscrivent la fin de vie dans **un horizon temporel plus large** que la sédation profonde et continue jusqu'au décès, **qui n'est plus celui de la mort imminente**. En second lieu, **ils autorisent, pour la première fois, un acte létal per se**, le décès ne pouvant plus être considéré comme naturel.

L'article 17 crée, sur le modèle du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse, **un délit d'entrave à l'aide à mourir**, qui pourrait être puni d'une peine de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

Sur proposition de son rapporteur, **Agnès Canayer**, la commission a considéré que **ces articles ne pouvaient pas être adoptés dans l'état issu des travaux de l'Assemblée nationale**. Elle a émis **un avis de sagesse** au bénéfice d'une réécriture du texte qui sera portée par les rapporteurs de la commission des affaires sociales, saisie au fond.

1. EN L'ÉTAT DU DROIT, LA FIN DE VIE NE PEUT ÊTRE AVANCÉE QUE PAR L'ARRÊT DES TRAITEMENTS, ÉVENTUELLEMENT ACCOMPAGNÉ D'UNE SÉDATION PROFONDE ET CONTINUE MAINTENUE JUSQU'AU DÉCÈS

A. UN ÉQUILIBRE TROUVÉ APRÈS TROIS DÉCENNIES, QUI REPOSE SUR LE CRITÈRE DU PRONOSTIC VITAL ENGAGÉ À BRÈVE ÉCHÉANCE

Le législateur s'est emparé, depuis la fin des années 1990, du sujet de la fin de vie, conscient des enjeux considérables soulevés par la hausse de l'espérance de vie, du vieillissement de la population qui en suit et de la forte demande d'accompagnement des malades fondée sur la notion de « *dignité* ». Actuellement, la législation relative aux droits des personnes malades ou en fin de vie est principalement issue de **quatre lois** :

- la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. Comme l'indique son intitulé, elle garantit formellement un « **droit d'accès** » de tous les patients à des soins palliatifs en fin de vie, lesquels ont pour fonction « de soulager la douleur », « d'apaiser la souffrance physique » et de « sauvegarder leur dignité » ;
- la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, laquelle permet au patient de refuser les soins qui lui sont proposés, même si ce refus met sa vie en danger. Autrement dit, bien que l'état du droit n'autorise pas le suicide assisté, un patient peut formellement se laisser mourir en refusant les soins qui le maintiendraient en vie ou permettraient de le guérir ;
- la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi « Leonetti », qui interdit la poursuite par « **obstination déraisonnable** » de traitements – y compris la nutrition et l'hydratation artificielles. Trois situations d'obstination

déraisonnable sont définies par la loi : lorsque ces actes apparaissent inutiles ou disproportionnés ou, enfin, lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. Cette loi a également institué **les directives anticipées**, qui permettent à une personne de préciser par avance ses souhaits de fin de vie, dans l'hypothèse où elle ne pourrait plus exprimer sa volonté ;

- enfin, la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 *créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie*, dite **loi « Claeys-Leonetti »**, qui a autorisé le recours à **la sédation profonde et continue, assortie à une analgésie, maintenue jusqu'au décès**. Il ne s'agit alors pas d'une assistance au suicide ni d'une euthanasie, dans la mesure où le patient décède des suites naturelles de l'évolution de son affection en raison de l'arrêt des traitements. Cette sédation est toutefois, à l'instar de ce que prévoit la présente proposition de loi, conditionnée au respect de certains critères. Elle n'est ainsi accessible qu'aux patients atteints d'une « *affection grave et incurable* », dont le pronostic vital est engagé « *à court terme* », et qui présentent « *une souffrance réfractaire aux traitements* » ou aux patients « *atteints d'une affection grave et incurable* » dont la décision « *d'arrêter un traitement engage [leur] pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable* ». La demande de sédation doit obligatoirement émaner du patient s'il est en mesure d'exprimer sa volonté. Dans le cas contraire, le médecin peut appliquer une sédation profonde et continue jusqu'au décès, au titre « *du refus de l'obstination déraisonnable* », à l'issue toutefois d'une procédure collégiale.

Bien que la sédation profonde et continue jusqu'au décès ne soit pas exempte de limites médicales, elle permet, en théorie, de **répondre aux cas dans lesquels le pronostic vital est engagé à brève échéance**. Ainsi, dans son avis du 27 juin 2023, l'Académie de médecine a-t-elle estimé que « *lorsque le pronostic vital est engagé à court terme en raison d'une pathologie grave et incurable, le cadre juridique actuel est satisfaisant* »¹.

D'après les données transmises au rapporteur par le ministère de la santé, **1 762 sédations profondes et continues jusqu'au décès ont été effectuées entre mars 2025 et juillet 2025**, le décompte n'ayant débuté qu'en 2025, après plusieurs demandes de statistiques formulées notamment par le Sénat². Cela représente donc, **sur une année complète, entre 3 000 et 4 000 sédations** profondes et continues maintenues jusqu'au décès.



Sédations profondes et continues maintenues jusqu'au décès, effectuées entre mars et juillet 2025

B. L'INTERDICTION DE TOUTE FORME D'EUTHANASIE OU DE SUICIDE ASSISTÉ

Aucune des lois précitées n'a en revanche autorisé l'euthanasie, qui consiste à interrompre la vie de manière volontaire et avec effet immédiat par un soignant à l'aide d'une substance létale, **ou le suicide assisté** s'il s'agit d'aider une personne à mettre fin à ses jours en lui procurant ladite substance létale. En termes juridiques, **l'interdit de tuer est donc absolu**, malgré le consentement de la personne demanderesse ou une éventuelle « bonne intention » ou « compassion » du commettant, même s'il appartient au corps médical : le droit français ne reconnaît pas d'exception d'euthanasie. En effet, la sédation profonde et continue jusqu'au décès n'est pas considérée comme un acte létal, mais comme un accompagnement de l'arrêt des soins, qui lui-même entraîne naturellement le décès.

Il n'existe pas, en droit français, de définition juridique de l'acte d'euthanasie qui est donc susceptible de faire l'objet de sanctions pénales sur le fondement d'un **crime de meurtre**,

¹ Avis du 27 juin 2023 de l'Académie de médecine, intitulé *Favoriser une fin de vie digne et apaisée : Répondre à la souffrance inhumaine et protéger les personnes les plus vulnérables*.

² Voir à ce titre le [rapport d'information n° 795](#) (2022–2023) fait par Christine Bonfanti-Dossat, Corinne Imbert et Michelle Meunier au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, *Fin de vie : privilégier une éthique du soin*, déposé le 28 juin 2023.

d'un crime d'assassinat, d'un crime d'empoisonnement ou encore d'un délit de non-assistance à personne en danger.

En outre, les règles de déontologie médicale prohibent le fait pour un médecin de « provoquer délibérément la mort ». Un médecin qui méconnaîtrait cet interdit encourrait, outre les sanctions pénales susmentionnées, des sanctions disciplinaires, prononcées par le conseil national de l'ordre des médecins et pouvant aller jusqu'à la radiation professionnelle.

2. L'INSTAURATION D'UN DROIT À UNE AIDE À MOURIR CONDITIONNÉ AU RESPECT DE CINQ CRITÈRES CUMULATIFS, UN BASCULEMENT TANT PRINCIPIEL QUE JURIDIQUE

Les articles 2 et 4 de la proposition de loi en constituent la clef de voûte : l'article 2 définit le droit à l'aide à mourir, tandis que l'article 4 établit cinq conditions cumulatives pour que ce droit puisse être accordé au patient qui en ferait la demande.

L'aide à mourir, qui a été érigée en « droit » lors de l'examen du texte à l'Assemblée nationale, est définie comme le fait « *d'autoriser et d'accompagner une personne qui en a exprimé la demande à recourir à une substance létale [...] afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est pas en mesure physiquement d'y procéder, se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier.* » Bien que ces termes ne fassent pas consensus, l'aide à mourir telle que proposée par le présent texte prend donc la forme d'une euthanasie ou d'un suicide assisté. Le Conseil d'État a d'ailleurs relevé, dans son avis sur le projet de loi initial, que « *sous cette expression [d'aide à mourir], le projet de loi crée une procédure autorisant l'assistance au suicide et l'euthanasie à la demande de la personne* ».

Il s'agit ainsi d'une modification majeure du droit en vigueur, qui n'autorise pas, en l'état, l'administration d'une substance létale (voir *supra*). Le texte prévoit que tous les actes médicaux entourant cette aide à mourir, depuis l'autorisation donnée par le médecin jusqu'à l'administration de la substance létale en passant par sa préparation et sa mise à disposition en pharmacie, constituerait un acte autorisé par la loi au sens de l'article 122-4 du code pénal et ne seraient donc pas assimilés à un homicide. Il s'agit donc d'une dépénalisation partielle de l'euthanasie et du suicide assisté, l'irresponsabilité pénale n'étant admise que dans le respect des conditions fixées par le texte, qu'il s'agisse des conditions d'accès ou des conditions procédurales.

L'article 4 détermine les critères d'accès à l'aide à mourir, qui ne serait donc pas un droit inconditionnel. Cinq conditions cumulatives sont imposées :

- être majeur, les mineurs émancipés étant par ailleurs exclus du dispositif ;
- être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France ;
- être atteint d'une affection grave et incurable – la conjonction de coordination « et » ayant son importance –, quelle qu'en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée, caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie, ou en phase terminale ;
- présenter une souffrance physique ou psychologique constante liée à cette affection, qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement. Le texte précise en outre qu'une souffrance psychologique seule ne peut pas permettre de bénéficier de l'aide à mourir ;
- être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée, les majeurs protégés n'étant par ailleurs pas exclus du dispositif dans la mesure où l'aide à mourir serait considérée comme un acte personnel au sens du droit civil.

Lors de l'examen du projet de loi initial en 2024, la ministre de la santé, alors Mme Catherine Vautrin, a estimé « *[qu']environ 4 000 personnes par an, majoritairement atteintes de cancer ou de fibrose pulmonaire en phase terminale, ou de maladies neurodégénératives graves à une phase très avancée, pouvant entraîner une paralysie*

des muscles impliquant la motricité ou la déglutition » pourraient accéder à l'aide à mourir. Cela correspondrait donc approximativement au nombre annuel actuel de sédations profondes et continues maintenues jusqu'au décès. **Les estimations** du Gouvernement, dont la méthode de calcul n'a pas été précisée, ne font toutefois pas consensus. À titre d'exemple, la société française d'accompagnement et de soins palliatifs a considéré lors de son audition que « *cette loi pourrait concerner des centaines de milliers de patients, voire davantage* ». Entre ces deux estimations fort éloignées, le recours potentiel à l'aide à mourir peut toutefois s'apprécier, sous de multiples réserves, au regard de la pratique suivie en Belgique. Outre-Quiévrain, 3,6 % des décès ont résulté d'une euthanasie en 2024¹. Tout en précisant que les critères d'accès à l'euthanasie sont relativement plus larges en Belgique que ce que prévoit le présent texte, en appliquant ce pourcentage au nombre annuel de décès en France, l'aide à mourir pourrait, sans certitude mais à titre d'ordre de grandeur, concerner approximativement 18 000 personnes par an.

Estimation du nombre annuel de procédures d'aide à mourir qui pourraient être effectuées en France...



... selon le Gouvernement



... au regard de la pratique de l'aide à mourir en Belgique

Enfin, l'**article 17** de la proposition de loi s'inspire du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) pour créer un délit d'entrave à l'aide à mourir, qui pourrait être puni d'une peine de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. Ce délit pourrait être caractérisé par la commission d'une entrave matérielle, par exemple par la perturbation de l'accès à un établissement qui pratiquerait l'aide à mourir, ou d'une entrave psychologique et morale, en exerçant des pressions, en formulant des menaces ou en intimidant une personne intéressée par l'aide à mourir.

3. LA LÉGALISATION D'UN ACTE LÉTAL CONSTITUE UNE RUPTURE JURIDIQUE MAJEURE JUSTIFIANT UNE RÉÉCRITURE DU TEXTE TRANSMIS PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission s'est prononcée sur les trois articles dont elle s'est saisie en s'appuyant sur des considérations principalement juridiques, exposées par son rapporteur.

Tout d'abord, les travaux du rapporteur ont démontré l'**absence d'unanimité autour du principe d'ouverture d'une aide à mourir**, voire la vive inquiétude exprimée par un nombre significatif de professionnels de la santé, d'une part, mais aussi par de nombreux intervenants extérieurs au domaine de la santé, d'autre part.

Sur le plan juridique, l'adoption du texte représenterait une profonde rupture quant au rapport de notre société à la mort. Pour la première fois depuis l'abrogation de la peine de mort, notre droit reconnaîtrait explicitement à autrui la possibilité de pratiquer un acte léthal, et non plus de laisser le patient mourir naturellement, comme c'est le cas avec la sédatrice profonde et continue jusqu'au décès.

L'instauration d'une aide à mourir créerait en outre une incitation à la mort qu'aucun intervenant n'a niée, y compris ceux en faveur du texte, la seule existence de cette procédure conduisant nécessairement les personnes en fin de vie à s'interroger sur l'éventualité ou non

¹ Source : service public fédéral de la santé publique du Royaume de Belgique.

de s'en saisir. Il est à craindre que l'**accompagnement de la fin de vie**, en particulier par le biais des soins palliatifs, et le soulagement de la souffrance **ne soient délaissés au profit d'une accélération de la fin de vie**, à mesure que les chances de rémission s'amenuiseraient.

Plusieurs des critères fixés par le texte pour accéder à une aide à mourir relèvent de l'appréciation difficilement objectivable, malgré tous les progrès de la médecine, du médecin ou du patient, notamment sur le caractère insupportable des souffrances. **Le domaine d'application de la loi paraît donc extensible**, et dépendra notamment de la pratique individuelle de chaque médecin.

Les expériences étrangères ont en outre démontré que tant la jurisprudence que la législation ont rapidement étendu le périmètre des aides à mourir, une fois que le principe en a été adopté : le législateur de 2026 doit donc avoir en tête **le risque que ce texte serve de « pied dans la porte »** vers une extension future du champ couvert par ce droit à mourir, malgré toutes les garanties mises en avant par les promoteurs du texte.

Les garanties établies par le texte paraissent d'ailleurs insuffisantes au regard du public particulièrement vulnérable auquel le texte s'adresse. Outre le « flou » des critères d'accès à l'aide à mourir, dénoncé par de nombreuses personnes auditionnées, la volonté explicite de mise à l'écart du juge, avec l'ouverture du droit au recours au seul demandeur de l'aide à mourir, laisse craindre, dans l'intimité des familles, des situations difficiles, tant pour le patient qui risque de faire l'objet d'abus de faiblesse, que pour les proches qui estimeraient que les critères ne sont pas remplis, et n'auraient d'autres moyens d'accès au juge qu'une plainte pour homicide ou tentative d'homicide, dont les délais d'examen seraient incompatibles avec la temporalité d'une demande d'aide à mourir.

En effet, **le texte**, malgré l'irresponsabilité pénale découlant du II de l'article 2, n'est pas **exempt d'un risque de contentieux** réel, mais vraisemblablement mal ciblé ou, du moins, instrumentalisé. Le texte part du présupposé que les désaccords parmi les proches seraient infondés, au motif que l'aide à mourir est pensée comme un acte strictement personnel. Sans remettre en cause le caractère personnel de la décision de recourir à cet acte, la pertinence de ne laisser aux proches d'autre accès au juge qu'une plainte au pénal peut être interrogée. Cette inquiétude est d'autant plus fondée que le Conseil d'État a reconnu, dans son avis sur le projet de loi de 2024, qu'il « *ne peut être exclu que des manquements dans la mise en œuvre de la procédure [...] puissent donner lieu à des poursuites, notamment pour le délit d'homicide involontaire* ». Il est probable, compte tenu de la sensibilité des questions de fin de vie au sein des familles, mais également du caractère subjectif des critères d'accès, **qu'un contentieux volumineux émerge en cas d'adoption du texte**.

Au-delà de l'opportunité ou non d'ouvrir une aide à mourir, **il est non seulement juridiquement inutile mais surtout dommageable pour les patients de consacrer cette aide à mourir en « droit »**. En effet, et comme l'ont reconnu l'ensemble des professionnels du droit interrogés par le rapporteur, y compris le ministère de la justice, le terme de droit serait ici uniquement déclaratoire, *a fortiori* alors que l'aide à mourir prévue par le texte serait conditionnée à des critères cumulatifs contrôlés par le corps médical. En réalité, le texte lève, sous conditions, une interdiction – celle de tuer – plutôt qu'il n'érigé un droit. Or, ce terme risque d'induire en erreur les justiciables, et surtout les patients, en laissant penser qu'il s'agirait d'une obligation de l'État (et donc d'ouvrir des contentieux vraisemblablement vains devant la juridiction administrative), d'une part, et que ce droit serait inconditionnel, d'autre part.

Surtout, le terme de droit à l'aide à mourir constituerait **un premier pas sémantique vers un droit inconditionnel à choisir sa mort**, auquel la commission s'est opposée.

Enfin, **la reprise presque identique à l'article 17 du dispositif du délit d'entrave à l'IVG pour l'aide à mourir soulève certaines fragilités juridiques qui soulignent son absence d'utilité sociale**. La commission a en premier lieu constaté que les auteurs de cet article souhaitent qu'il bénéficie des réserves d'interprétation énoncées par le Conseil constitutionnel au sujet du délit d'entrave à l'IVG, dans une décision n° 2017-747 DC du 16 mars 2017¹.

¹ Le Conseil constitutionnel a énoncé dans cette décision deux réserves d'interprétation significatives, pour assurer le respect de la liberté d'expression et de communication. La première prévient l'assimilation à une entrave de la diffusion d'informations à un public indéterminé, notamment en ligne. La seconde précise la signification qu'il convient d'attacher aux termes « *cherchant à s'informer* ». Lorsqu'une personne cherche à s'informer sur l'IVG,

Or, au-delà du fait que ces réserves auraient gagné à être intégrées à la rédaction de l'infraction, il apparaît qu'elles ne couvrent pas l'hypothèse dans laquelle des proches exerceraient une pression sur la personne indépendamment de toute sollicitation de cette dernière.

L'éventualité d'un tel cas de figure conduit à souligner **l'imprécision juridique des « pressions morales et psychologiques »** auxquelles renvoient le délit d'entrave à l'IVG et le dispositif de l'article 17. La qualification juridique d'un tel élément matériel apparaît en effet malaisée, tant la distinction entre la demande, la supplique, le chantage affectif et la pression morale et psychologique est incertaine. Il est ainsi à craindre qu'un tel délit ne soit détourné ou ne vienne sanctionner des conflits familiaux douloureux.

Enfin, le rapporteur a fait observer à la commission que le délit d'entrave à l'IVG résulte, quant à lui, d'une succession de réformes adoptées en réponse à des mouvements d'obstruction avérés. Or, elle constate que l'introduction d'une telle infraction n'a pas été jugée nécessaire pour l'engagement d'une personne dans le protocole de la fin de vie actuellement en vigueur.

L'ensemble de ces considérations a conduit le rapporteur à **éarter la proposition d'émission d'un avis favorable au texte transmis par l'Assemblée nationale**, tant en opportunité qu'au regard des nombreuses lacunes juridiques qu'il contient. Constatant qu'un important travail de réécriture tenant compte des réserves ainsi énoncées a été entrepris par les rapporteurs de la commission des affaires sociales, saisie au fond sur l'ensemble du texte, la commission a, sur proposition de son rapporteur, **émis un avis de sagesse au bénéfice d'une amélioration du texte en commission des affaires sociales et lors des débats en séance publique**.

Réunie le mardi 6 janvier 2026, la commission a émis un avis de sagesse sur l'adoption des articles 2, 4 et 17 de la proposition de loi.

Le texte sera examiné en séance publique à compter du mardi 20 janvier 2026.

POUR EN SAVOIR +

- Rapport d'information n° 795 (2022–2023) de la commission des affaires sociales du Sénat, Fin de vie : privilégier une éthique du soin, déposé le 28 juin 2023 ;
- Avis du 27 juin 2023 de l'Académie de médecine, intitulé : « *Favoriser une fin de vie digne et apaisée : Répondre à la souffrance inhumaine et protéger les personnes les plus vulnérables* ».



Muriel Jourda

Présidente
de la commission

Sénateur
(Les Républicains)
du Morbihan



Agnès Canayer

Rapporteur
pour avis

Sénateur
(Les Républicains)
de la Seine-Maritime

Commission des lois
constitutionnelles,
de législation, du suffrage universel,
du Règlement
et d'administration générale

Téléphone : 01.42.34.23.37

Consulter le [dossier législatif](#)



un tel délit ne saurait être constitué que si cette dernière sollicite une information, et non une opinion et que celle-ci porte sur les conditions dans lesquelles l'IVG est pratiquée et qu'elle est donnée par « une personne détenant ou prétendant détenir une compétence en la matière ».