

N° 256

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

Enregistré à la Présidence du Sénat le 6 janvier 2026

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale (1) sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, relative au droit à l'aide à mourir,

Par Mme Agnès CANAYER,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : Mme Muriel Jourda, présidente ; M. Christophe-André Frassa, Mme Marie-Pierre de La Gontrie, M. Marc-Philippe Daubresse, Mmes Laurence Harribey, Isabelle Florennes, Patricia Schillinger, Cécile Cukierman, MM. Dany Watbled, Guy Benarroche, Michel Masset, vice-présidents ; Mmes Marie Mercier, Jacqueline Eustache-Brinio, Lauriane Josende, M. Olivier Bitz, secrétaires ; M. Jean-Michel Arnaud, Mme Nadine Bellurot, MM. Jean-Baptiste Blanc, François Bonhomme, Hussein Bourgi, Mme Sophie Briante Guillemont, M. Ian Brossat, Mme Agnès Canayer, MM. Christophe Chaillou, Mathieu Darnaud, Mmes Catherine Di Folco, Françoise Dumont, MM. Patrick Kanner, Eric Kerrouche, Henri Leroy, Stéphane Le Rudulier, Mme Audrey Linkenheld, MM. Alain Marc, David Margueritte, Hervé Marseille, Thani Mohamed Soilihi, Mme Corinne Narassiguin, M. Paul Toussaint Parigi, Mme Anne-Sophie Patru, M. Hervé Reynaud, Mme Olivia Richard, MM. Teva Rohfritsch, Pierre-Alain Roiron, Mme Elsa Schalck, M. Francis Szpiner, Mmes Lana Tetuanui, Dominique Vérien, M. Louis Vogel, Mme Mélanie Vogel.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (17^{ème} législ.) : 1100, 1364 et T.A. 122

Sénat : 661 (2024-2025)

S O M M A I R E

| | <u>Pages</u> |
|--|--------------|
| L'ESSENTIEL..... | 5 |
| 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 | 5 |
| A. UN ÉQUILIBRE TROUVÉ APRÈS TROIS DÉCENNIES, QUI REPOSE SUR LE CRITÈRE DU PRONOSTIC VITAL ENGAGÉ À BRÈVE ÉCHÉANCE..... | 5 |
| B. L'INTERDICTION DE TOUTE FORME D'EUTHANASIE OU DE SUICIDE ASSISTÉ..... | 7 |
| II. L'INSTAURATION D'UN DROIT À UNE AIDE À MOURIR CONDITIONNÉ AU RESPECT DE CINQ CRITÈRES CUMULATIFS, UN BASCULEMENT TANT PRINCIPIEL QUE JURIDIQUE..... | 8 |
| III. LA LÉGALISATION D'UN ACTE LÉTAL CONSTITUE UNE RUPTURE JURIDIQUE MAJEURE JUSTIFIANT UNE RÉÉCRITURE DU TEXTE TRANSMIS PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE | 10 |
| EXAMEN DES ARTICLES | 15 |
| • <i>Articles 2 et 4 Instauration d'un droit, conditionné, à une aide à mourir</i> | 15 |
| • <i>Article 17 Crédit d'un délit d'entrave à l'aide à mourir.....</i> | 40 |
| EXAMEN EN COMMISSION..... | 49 |
| LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES | 59 |
| LA LOI EN CONSTRUCTION | 61 |

L'ESSENTIEL

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.

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.*



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

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 Sénat¹. Cela représente donc, **sur une année complète, entre 3 000 et 4 000 sédations profondes et continues maintenues jusqu'au décès**.

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

¹ 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

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.

II. 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 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 sédatrices 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**.

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

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.

III. 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 létal, et non plus de laisser le patient mourir naturellement, comme c'est le cas avec la sédation 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 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 craire, 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'érite 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. 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

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, 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 ».

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 **écartier 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**.

*

* * *

La commission a émis **un avis de sagesse sur l'adoption des articles 2, 4 et 17** de la proposition de loi.

EXAMEN DES ARTICLES

Articles 2 et 4 Instauration d'un droit, conditionné, à une 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.

Sur proposition de son rapporteur, 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 de ces articles portée par les rapporteurs de la commission des affaires sociales, saisie au fond.

1. L'état du droit interdit toute aide à mourir s'apparentant à un suicide assisté ou à une euthanasie, mais autorise depuis 2016 le recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès lorsque le pronostic vital est engagé à très brève échéance

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** dont les dispositions ont été codifiées au sein du code de la santé publique :

- 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 », de « sauvegarder leur dignité » et de « soutenir l'entourage » du malade**. Toutefois, ce droit d'accès est parfois entravé par l'incomplète couverture du territoire national : selon le plus récent recensement effectué en 2023 par

le centre national des soins palliatifs et de la fin de vie¹, si, fin 2021, l'ensemble des départements français disposait de structures hospitalières dédiées à la prise en charge palliative, **21 départements**, principalement les départements ruraux, **demeuraient privés d'unités de soins palliatifs²**, c'est-à-dire d'unités dont les lits sont entièrement dédiés à la prise en charge palliative et à l'accompagnement de la fin de vie ;

- la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, laquelle, outre un rappel du « *droit* » du patient « *au respect de sa dignité* » et du devoir des professionnels de santé de mettre en œuvre « *tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort* », **permet audit 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 vie ou permettraient de le guérir³ ;

- 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 de traitements par « obstination déraisonnable »**, en particulier pour les patients en fin de vie dont le médecin doit « *sauvegarder la dignité* ». Trois situations possibles d'obstination déraisonnable sont définies par la loi : lorsque ces actes apparaissent inutiles, lorsqu'ils apparaissent disproportionnés ou, enfin, lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. Depuis 2016, la nutrition et l'hydratation artificielles sont expressément définies comme constituant des traitements qui peuvent être arrêtés au titre du refus de l'obstination raisonnable. Cette loi a également **institué les directives anticipées**, qui permettent à une personne de préciser par avance ses souhaits, dans l'hypothèse où elle ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté. Ces **directives anticipées souffrent néanmoins d'une faible appropriation par la population**, d'après les résultats d'une enquête publiée en 2019 par le centre national de la fin de vie et des soins palliatifs. Cette enquête démontrait que si 59 % des Français âgés de plus de 50 ans connaissaient – en 2019 – l'existence légale de ces directives, **seuls 12 % d'entre eux en avaient rédigé**, cette proportion atteignant 21 % pour les personnes âgées de plus de 75 ans⁴ ;

¹ *Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France, troisième édition (2023), centre national des soins palliatifs et de la fin de vie.*

² Il s'agissait des Ardennes, du Cher, de la Corrèze, de la Creuse, de l'Eure-et-Loir, du Gers, de l'Indre, du Jura, du Lot, de la Lozère, de la Haute Marne, de la Mayenne, de la Meuse, de l'Orne, des Pyrénées-Orientales, de la Haute-Saône, de la Sarthe, du Tarn et Garonne, des Vosges, de la Guyane et de Mayotte.

³ Ces dispositions sont codifiées à l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, qui dispose que « toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement ».

⁴ Les directives anticipées en mai 2019 : situation générale et dans les EHPAD en particulier, enquête publiée par le centre national de la fin de vie et des soins palliatifs le 10 mai 2019.

- 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 jusqu'au décès lorsqu'une décision d'arrêt des soins est prise. 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. 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* »¹. La demande de sédation profonde et continue 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* ». La même loi a également précisé que l'arrêt des traitements pour éviter toute « *obstination déraisonnable* » doit se faire « **conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale** ». Le médecin ne peut donc pas aller contre la volonté d'un patient en état de l'exprimer.

Bien que la pratique de la sédation profonde et continue jusqu'au décès ne soit pas exempte de limites médicales², elle permet, en théorie, de répondre aux cas de figure dans lesquels le pronostic vital est engagé à brève échéance. Ainsi, dans son avis du 27 juin 2023 sur la fin de vie, 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 (notamment la loi dite Claeys et Leonetti du 2 février 2016) est satisfaisant* »³.

Le ministère de la santé a tardé à se doter d'outils permettant d'appréhender avec précision le nombre de personnes décédant à la suite d'une sédation profonde et continue, ce qu'avait d'ailleurs souligné la commission des affaires sociales dans un rapport publié en 2023⁴, qui mettait en exergue « *un défaut de suivi de l'application de la loi Claeys-Leonetti* », dans la mesure où il apparaissait « *impossible de dénombrer les actes réalisés par les médecins, encore moins d'en identifier le contexte pathologique ou préciser le profil*

¹ Ces critères sont définis à l'article L. 1110-5-2 du code de la santé publique.

² Le décès peut notamment avoir lieu plus tard qu'escompté, les patients pouvant alors présenter des signes de réveil associés à une dégradation de leur état physique.

³ 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.

⁴ 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.

des patients ». Il était toutefois entendu, par contraste avec le cadre « satisfaisant » établi par le législateur, que la sédation profonde et continue jusqu'au décès était « très peu appliquée » et « peu utilisée », comme l'ont d'ailleurs reconnu les deux concepteurs de la loi du 2 février 2016, MM. Alain Claeys et Jean Leonetti, lors de leur audition¹. Le rapporteur général de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, M. Olivier Falorni, avait quant à lui estimé que le recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès était « faible »².

Reconnaissant l'importance de disposer de données chiffrées consolidées sur le recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès, *a fortiori* pour éclairer le législateur à l'occasion de l'examen de la présente proposition de loi, le ministère de la santé a toutefois enfin été en mesure de communiquer au rapporteur des chiffres précis. D'après les éléments transmis par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), **1 762 sédations profondes et continues jusqu'au décès ont été effectuées entre mars 2025 et juillet 2025**, le décompte n'ayant débuté qu'au mois de mars. Ces chiffres récents relativisent donc la « faible » application dont ferait l'objet la loi Claeys-Leonetti. Ils sont toutefois à mettre en perspective avec le nombre annuel de décès hospitalier, qui s'est élevé à 330 000 en 2024 d'après l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee)³.

b) L'interdiction de toute forme « d'euthanasie » ou « de suicide assisté »

Aucune des lois précitées n'a en revanche ouvert la pratique de l'euthanasie consistant à interrompre la vie de manière volontaire et avec effet immédiat par un soignant (médecin ou infirmier) à l'aide d'une substance létale, ou la pratique du 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, en l'état, absolu, malgré le consentement de la personne qui souhaite mourir ou une éventuelle « bonne intention » ou « compassion » du commettant, qu'il appartienne au corps médical ou non : 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 en tant que tel, 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 spécifique de l'acte d'euthanasie qui est donc susceptible de faire l'objet de sanctions pénales sur le fondement des incriminations suivantes :

¹ Auditions des 12 et 24 juin 2025.

² Rapport n° 1364 fait par Olivier Falorni, rapporteur général, au nom de la commission des affaires sociales, sur la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir, déposé le 2 mai 2025.

³ Plus précisément, 52 % des 643 200 décès enregistrés en France en 2024 ont eu lieu à dans un établissement de santé. Source : Insee.

- crime de meurtre, au sens de l'article 221-1 du code pénal selon lequel « le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle » ;

- crime d'assassinat (crime de meurtre commis avec prémeditation), au sens de l'article 221-3 du même code selon lequel « *le meurtre commis avec prémeditation [...] constitue un assassinat. Il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité* » ;

- crime d'empoisonnement, au sens de l'article 221-5 dudit code selon lequel « le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort constitue un empoisonnement. L'empoisonnement est puni de trente ans de réclusion criminelle » ;

- délit de non-assistance à personne en danger, au sens de l'article 223-6 du même code, dans le cas d'une personne qui aide autrui à se suicider, selon lequel « *quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* ».

La complicité dans la commission de tels actes **est également possible de sanctions pénales** sur le fondement des articles 121-6 et 121-7 du code pénal. Le complice de l'infraction est alors puni comme auteur, sauf exceptions de nature légale ou jurisprudentielle. Il encourt les mêmes peines que s'il avait commis personnellement l'infraction.

En outre, **les règles de déontologie médicale prohibent le fait pour un médecin de « provoquer délibérément la mort**»¹. Un médecin qui méconnaîtrait cet interdit encourrait, outre les sanctions pénales précédemment évoquées, des sanctions disciplinaires, prononcées par le conseil national de l'ordre des médecins et pouvant aller jusqu'à la radiation du tableau de l'ordre des médecins, en application de l'article L. 4124-6 du code de la santé publique.

La pratique judiciaire en matière de suicide assisté et d'euthanasie est toutefois nuancée, l'échelle des peines prononcées pouvant fortement varier selon les cas d'espèce. Ainsi, la médiatique « affaire Vincent Humbert », faisant suite à l'euthanasie de cette personne devenue tétraplégique, aveugle et muette après un accident de la route, s'est clôturée par une ordonnance de non-lieu en faveur du médecin ayant effectué l'euthanasie et de la mère du patient. De façon générale, la jurisprudence estime depuis le milieu du XIX^e siècle que « *la circonstance qu'une tentative de meurtre a été le résultat du désir manifesté par celui sur lequel cette tentative a eu lieu ne constitue pas une excuse, mais peut seulement être considérée comme une circonstance*

¹ Article R. 4127-38 du code de la santé publique.

atténuante »¹. Ainsi, en dépit de jugements parfois cléments comme dans l'affaire Humbert, les cas d'euthanasie et de suicide assisté sont généralement caractérisés comme des homicides volontaires. À titre d'exemple, la cour d'appel de Toulouse a statué, dans un arrêt ayant fait date, que « *si le suicide n'est pas punissable, le fait de donner la mort à un tiers sur sa demande constitue en droit un homicide volontaire* »². La justice peut ainsi se montrer sévère à l'égard de professionnels de santé ayant pratiqué des euthanasies en dépit de leur interdiction légale, comme ce fut le cas pour une infirmière condamnée à douze ans de réclusion criminelle au début des années 2000³.

La jurisprudence administrative sanctionne également les cas d'euthanasie dont elle est saisie, notamment au titre des recours contre les décisions disciplinaires des ordres professionnels. Ainsi, le Conseil d'État donne raison au conseil national de l'ordre des médecins, lorsque celui-ci interdit à l'un de ses membres d'exercer la médecine pendant un an après que ce dernier a pratiqué une euthanasie sur une patiente atteinte de « *graves pathologies* »⁴. Récemment⁵, le Conseil d'État a en outre rappelé qu'il résulte du droit en vigueur que « *le médecin ne dispose pas du droit de provoquer délibérément la mort* », que les traités signés par la France « *n'impliquent pas [...] l'exercice d'un droit au suicide assisté et à l'euthanasie* » et qu'à ce titre le pouvoir réglementaire n'était pas tenu d'abroger les dispositions⁶ interdisant de telles pratiques. En revanche, bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler d'une euthanasie, le Conseil d'État a autorisé l'arrêt des soins prodigués à Vincent Lambert qui était, à la suite d'un accident de la route, en état végétatif et hors d'état d'exprimer sa volonté, et a dédouané le médecin en charge de l'arrêt des soins, en considérant « *que la décision [...] de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles [du patient] ne p[ouvait] être tenue pour illégale* »⁷.

c) *Ni le Conseil constitutionnel, ni la Cour européenne des droits de l'homme ne reconnaissent un « droit à la mort »*

Comme l'écrivit le Conseil d'État dans son arrêt précité en réponse à un recours intenté par une association militant pour l'instauration d'une aide à mourir, l'état du droit ne reconnaît pas « *l'exercice d'un droit au suicide assisté et à l'euthanasie* ». **Cette absence de reconnaissance n'est en contradiction avec aucun principe constitutionnel ni conventionnel**, dans la mesure où **ni le Conseil constitutionnel, ni la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) n'ont consacré dans leur jurisprudence un « droit à la mort ».**

¹ *Cour de cassation, chambre criminelle, 21 août 1851, DP 1851. 5. 237.*

² *Cour d'appel de Toulouse, 9 août 1973, D. 1974.452.*

³ *Cour d'assises d'appel de Paris, 15 octobre 2003.*

⁴ *Conseil d'État, 29 décembre 2000, n° 212813.*

⁵ *Conseil d'État, 9 mars 2023, n° 453481.*

⁶ *Le Conseil d'État était saisi d'une demande d'annulation pour excès de pouvoir des décisions par lesquelles le Premier ministre et le ministre des solidarités et de la santé ont refusé d'abroger le second alinéa de l'article R. 4127-38 du code de la santé publique, mentionné précédemment.*

⁷ *Conseil d'État, 24 juin 2014, n° 375081.*

Pour ce qui concerne le Conseil constitutionnel, ce dernier ne s'est jamais prononcé sur l'assistance au suicide en fin de vie ni sur l'euthanasie. Il existe en revanche une jurisprudence relativement fournie concernant l'arrêt des traitements d'une personne en fin de vie, commentée *infra*, mais celle-ci ne mentionne aucunement un droit à la vie ni un droit à l'aide à mourir. En l'état de la jurisprudence, **aucun principe constitutionnel ne permet donc de se prévaloir d'un droit d'être aidé à mourir.**

À la suite de la création de procédures d'aide à mourir dans plusieurs états signataires de la convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales¹, la CEDH s'est, quant à elle, prononcée explicitement, à plusieurs reprises, sur le respect de la pratique de l'euthanasie ou de l'arrêt des soins aux droits définis par ladite convention, en particulier le droit à la vie consacré à l'article 2. Comme le rappelle la Cour dans son arrêt du 4 octobre 2022 *Mortier c. Belgique*² en citant plusieurs arrêts plus anciens³, « *la Cour a estimé qu'il n'est pas possible de déduire de l'article 2 un droit à mourir, que ce soit de la main d'un tiers ou avec l'assistance d'une autorité publique* ».

d) *Aucun principe constitutionnel ou conventionnel ne s'oppose toutefois à la création d'une aide à mourir encadrée*

L'absence de reconnaissance constitutionnelle ou conventionnelle explicite d'un « droit à mourir » ne signifie pour autant pas qu'une aide à mourir serait contraire à des règles ou des principes constitutionnels ou conventionnels.

En ce qui concerne l'arrêt des traitements d'une personne en fin de vie, **le Conseil constitutionnel a développé une jurisprudence fondée sur le principe de valeur constitutionnelle de sauvegarde de la dignité de la personne humaine⁴**, résultant du préambule de la Constitution de 1946, et **sur la liberté personnelle⁵** résultant des articles 1^{er}, 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen (DDHC). Le Conseil constitutionnel a ainsi considéré que la sédation profonde et continue jusqu'au décès ne porte pas « *d'atteinte inconstitutionnelle au principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine et à la liberté personnelle* »⁶, dès lors que la procédure d'arrêt des soins est « *assorti[e] de garanties suffisantes* ». Cette appréciation du Conseil constitutionnel s'applique également lorsque le médecin écarte les directives anticipées du patient lorsqu'elles sont manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient⁷.

¹ Décrites en partie 1.4 du présent commentaire d'article.

² Cour européenne des droits de l'homme, 4 octobre 2022, n° 78017/17, *Mortier c. Belgique*.

³ Notamment les arrêts n° 2346/02 *Pretty c. Royaume-Uni* et n° 15136/20 *Lings c. Danemark*.

⁴ Voir la décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994.

⁵ *Ibid.*

⁶ Décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017.

⁷ Décision n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022.

Bien que cette jurisprudence ne concerne pas explicitement l'euthanasie ou le suicide assisté, **tant le Conseil d'État**, dans son avis sur le projet de loi initial *relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie*, **que le Gouvernement**, dans l'étude d'impact annexée audit projet de loi, en concluent « *qu'aucune règle ou aucun principe constitutionnel ne fait obstacle à un dispositif instaurant, en fin de vie, une assistance au suicide et une euthanasie à la demande de la personne* »¹.

Si la CEDH n'a pas consacré un droit à mourir qui découlerait du droit à la vie mentionné à l'article 2 de la convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, **elle a en revanche jugé conforme à ladite convention la pratique de l'euthanasie**, sous réserve qu'elle soit assortie de garanties permettant de s'assurer de l'accord du patient. La Cour opère ainsi un équilibre puisqu'elle considère que le droit à la vie « *impose à l'État l'obligation non seulement de s'abstenir de donner la mort intentionnellement (obligation négative), mais aussi de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction (obligation positive)* ». En parallèle, **elle a identifié un « droit » des individus « de décider de quelle manière et à quel moment [leur] vie doit prendre fin »**, en le rattachant non pas au droit à la vie, mais **au droit au respect de la vie privée**, garantie par l'article 8 de la convention. Ce droit n'est toutefois conforme à la convention que sous réserve que « *les autorités internes empêche[nt] un individu de mettre fin à ses jours si sa décision n'[a] pas été prise librement et en toute connaissance de cause* » et que l'euthanasie soit « *encadrée par la mise en place de garanties adéquates et suffisantes visant à éviter les abus et, ainsi, à assurer le respect du droit à la vie* ». En résumé, sans pour autant reconnaître une obligation, pour les États, de légiférer pour autoriser une forme d'euthanasie, la Cour a jugé que « *le droit à la vie consacré par [l'article 2 de la convention] ne saurait être interprété comme interdisant en soi la dépénalisation conditionnelle de l'euthanasie* »².

Le Conseil d'État comme le Gouvernement³ déduisent tous deux de cette jurisprudence qu'il n'est pas contraire à nos engagements internationaux de créer une procédure d'aide à mourir, si elle est entourée d'un certain nombre de garanties.

¹ Avis du Conseil d'État du 4 avril 2024 sur le projet de loi relative à l'accompagnement des malades et de la fin de vie.

² Toutes ces citations de ce paragraphe sont issues de l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme du 4 octobre 2022, n° 78017/17, Mortier c. Belgique

³ Voir l'avis du Conseil d'État et l'étude d'impact précités sur le projet de loi initial.

e) *Une aide à mourir autorisée dans une quinzaine d'États mais qui ne couvre pas le même périmètre que le texte transmis par l'Assemblée nationale*

La CEDH a été conduite à se prononcer sur la fin de vie de façon plus explicite que le Conseil constitutionnel, notamment parce que plusieurs États européens ont dé penalisé, au cours des vingt dernières années, la pratique de l'euthanasie ou du suicide assisté.

En effet, plusieurs pays occidentaux - ou États au sein de fédérations - autorisent, sous diverses formes, l'euthanasie ou le suicide assisté. Les principaux modèles sont résumés dans le tableau ci-dessous. Depuis la rédaction de l'étude d'impact annexée au projet de loi sur la fin de vie déposé initialement par le Gouvernement, il faut ajouter à la liste de ces États le Royaume-Uni, dernier pays à avoir autorisé une forme de suicide assisté, par l'adoption, le 20 juin 2025, du *Terminal ill adults bill* (loi sur la fin de vie pour les adultes malades en phase terminale). Le texte légalise l'aide à mourir pour les personnes majeures (plus de 18 ans), atteintes d'une maladie en phase terminale avec une espérance de vie de six mois ou moins. Les patients doivent être pleinement conscients et capables de s'administrer la dose létale eux-mêmes. Leur choix doit être validé par deux médecins indépendants puis par un panel de trois experts - médical, légal et social.

Dans l'étude d'impact annexée au projet de loi initial, le Gouvernement avait revendiqué « *de n'avoir retenu aucun de ces modèles, en l'absence d'une conformité absolue avec la philosophie et les principes français devant encadrer la fin de vie* ». En particulier, « *le modèle belge n'a pas été privilégié, dans la mesure où il fait peser une grande responsabilité sur les soignants et intègre une ouverture de l'aide à mourir aux mineurs. Le modèle suisse n'a par ailleurs pas été envisagé car, s'il permet de responsabiliser les patients éligibles et de les laisser libres de leur choix ultimement, il ne couvre pas les situations dans lesquelles la personne n'a pas la capacité physique de s'auto-administrer le produit létal* ».

Présentation de cinq modèles étrangers d'aide à mourir

| Pays | Conditions d'accès |
|----------|---|
| Belgique | <ul style="list-style-type: none">- La loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie dé penalise l'euthanasie et donne le cadre dans lequel le médecin peut la pratiquer. Le suicide assisté n'est pas dé penalisé dans la loi mais est une pratique tolérée dans les mêmes conditions que l'euthanasie avec un médecin présent lors de l'auto-administration de la substance.- Le patient doit être capable de discernement.→ S'il est inconscient et dans une situation irréversible, il peut bénéficier de l'euthanasie s'il a rédigé une déclaration anticipée (d'une durée indéterminée) contenant la demande.- Le patient doit exprimer sa demande de manière volontaire, réfléchie et répétée par écrit. |

| Pays | Conditions d'accès |
|------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Le patient doit être dans une situation médicale sans issue, grave et incurable. - Le patient doit faire état de souffrance physique ou psychique constante, insupportable et qui ne peut être apaisée du fait de la situation médicale. - La loi ne précise pas à quel terme le pronostic vital doit être engagé. - Les mineurs ont le droit à ce dispositif aux mêmes conditions, hormis le critère de la souffrance psychique qui n'est pas admis pour eux, et le critère du pronostic vital qui doit être engagé à brève échéance pour les mineurs. |
| Espagne | <ul style="list-style-type: none"> - La loi du 24 mars 2021 réglementant l'euthanasie autorise l'euthanasie et le suicide assisté en les rassemblant sous un même terme « euthanasie ». Cette loi ouvre un droit à toute personne de solliciter et recevoir une « aide au décès ». - Le patient doit avoir la nationalité espagnole ou résider sur le territoire depuis au moins 12 mois et être âgé de 18 ans ou plus. - Le patient doit être capable de discernement : il doit être capable et conscient au moment de la demande. → Si le patient est considéré comme en incapacité de fait, il peut bénéficier du dispositif s'il a rédigé des directives anticipées en ce sens. - Le patient doit formuler sa demande de manière autonome, authentique et libre, par écrit. - Le patient doit être atteint d'une maladie grave et incurable ou être dans un état grave, chronique et invalidant. - Le patient doit subir des souffrances physiques ou mentales constantes et insupportables du fait de sa situation médicale. - La loi ne précise pas à quel terme le pronostic vital doit être engagé. |
| Oregon (États-Unis) | <ul style="list-style-type: none"> - Premier État américain à avoir légalisé, en 1997, le suicide assisté. - Le patient doit habiter l'Oregon et avoir plus de 18 ans. - Le patient doit être capable de discernement ; les patients souffrant d'une maladie psychique ou d'une dépression ne sont pas éligibles. - Le patient doit avoir été diagnostiqué par le médecin responsable et un médecin consultant d'une maladie incurable en phase terminale (le pronostic vital doit être engagé dans un horizon de 6 mois). - Le patient doit avoir exprimé volontairement son souhait de mourir par écrit. |

| Pays | Conditions d'accès |
|-----------------|---|
| Pays-Bas | <ul style="list-style-type: none"> - La loi du 12 avril 2001 autorise l'aide au suicide et l'interruption de la vie par un médecin sur demande. - Le patient doit être âgé de 12 ans ou plus. Pour les mineurs âgés de 12 à 16 ans, le consentement des représentants légaux est nécessaire, et pour les mineurs de 16 à 18 ans, les parents ou représentants légaux doivent être associés à la prise de décision. - Le patient doit être capable de discernement. - Le patient doit exprimer sa demande de manière volontaire et mûrement réfléchie. <p>→ Les patients âgés de 16 ans ou plus peuvent bénéficier de l'aide active à mourir, même s'ils n'ont plus la capacité d'exprimer leur volonté, dès lors qu'ils ont rédigé une déclaration contenant une demande d'euthanasie lorsqu'ils étaient encore considérés comme capables de faire une évaluation raisonnable de leurs intérêts vis-à-vis de l'aide active à mourir.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le patient doit être atteint d'une maladie incurable. - Le patient doit subir une souffrance physique ou psychique insupportable et sans perspective d'amélioration du fait de sa maladie. - La loi ne précise pas à quel terme le pronostic vital doit être engagé. |
| Suisse | <ul style="list-style-type: none"> - L'assistance au suicide dans un but altruiste ou désintéressé n'est pas interdite. - Aucun critère de nationalité n'est requis. - Le patient doit disposer d'une capacité de discernement. - La volonté du patient doit être indépendante. - Le patient doit endurer une souffrance insupportable due à des symptômes de la maladie ou à des limitations fonctionnelles. - La fin de vie ne doit pas être nécessairement proche (depuis 2021). - L'examen d'autres alternatives est obligatoire : options thérapeutiques, autres offres d'aides et de soutien. |

Source : étude d'impact annexée au projet de loi initial

Outre ces six pays¹, peuvent également être cités l'Autriche, l'État de Victoria en Australie, le Portugal, le Luxembourg et la Nouvelle-Zélande.

¹ En comptant le Royaume-Uni, dont le modèle d'aide à mourir est présenté dans le corps du développement.

2. Les articles 2 et 4 instaurent un droit à une aide à mourir conditionné au respect de cinq critères cumulatifs

Pour mémoire, le texte transmis au Sénat est issu d'une proposition de loi, présentée par le député Olivier Falorni et adoptée par l'Assemblée nationale le 27 mai 2025. Cette proposition de loi, lorsqu'elle a été déposée à l'Assemblée nationale, reprenait à l'identique le dispositif examiné en séance publique du projet de loi *relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie* déposé par le Gouvernement le 10 avril 2024 et dont l'examen avait été suspendu en conséquence de la dissolution de l'Assemblée nationale prononcée par le Président de la République en juin 2024.

Le texte transmis au Sénat est inspiré, selon l'étude d'impact de l'ancien projet de loi et le rapport d'Olivier Falorni¹, de trois rapports ou avis, ayant tous pris position en faveur de la création d'une aide à mourir :

- l'avis n° 139 du comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, publié le 13 septembre 2022 ;

- le rapport de la convention citoyenne sur la fin de vie, publié en avril 2023 ;

- l'avis du Conseil économique, social et environnemental, intitulé *Fin de vie : faire évoluer la loi ?*, publié en mai 2023.

Ces trois rapports ne représentent toutefois pas, à eux-seuls, l'exhaustivité de la littérature institutionnelle et scientifique sur le sujet de l'accompagnement de la fin de vie, le débat ouvert ces dernières années ayant été nourri par de nombreuses autres contributions, telles que celle de l'Académie de médecine, du Conseil national des barreaux ou encore de la Haute autorité de santé².

La commission des affaires sociales du Sénat a également pris position récemment, dans un rapport adopté le 28 juin 2023, en jugeant que « *l'aide active à mourir* » était « *une réponse inappropriée et dangereuse à une demande diffuse et équivoque* »³.

Le texte transmis au Sénat est proche du projet de loi initialement déposé par le Gouvernement en 2024. **Les articles 2 et 4** de la proposition de loi – anciennement 5 et 6 du projet de loi initial – 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.

¹ Rapport n° 1364 (XVII^e législature) fait par Olivier Falorni au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative à l'aide à mourir, déposé le 2 mai 2025.

² Ces contributions sont citées et référencées ultérieurement dans le rapport.

³ 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.

À titre liminaire, le texte introduit une double rupture par rapport à l'état du droit, présenté *supra*. En premier lieu, parce qu'il inscrit 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, parce qu'il autorise, pour la première fois, un acte létal *per se*, le décès ne pouvant plus être considéré comme naturel.

a) *Une aide à mourir pouvant prendre la forme d'un suicide assisté ou d'une euthanasie, érigée en « droit » lors de l'examen du texte à l'Assemblée nationale*

Tel qu'adopté en séance publique par l'Assemblée nationale, l'article 2 de la proposition de loi insère une nouvelle section au sein du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la santé publique¹, relatif à aux droits des personnes malades et des usagers du système de santé, dédiée au « droit à l'aide à mourir ». Cette nouvelle section s'insérerait à la suite des articles L. 1111-11 et L. 1111-12 du même code, qui définissent le cadre légal des directives anticipées et du recueil de l'expression, par ces directives anticipées ou le témoignage des personnes de confiance ou des proches, de la volonté des patients en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable hors d'état d'exprimer leur volonté.

Le droit à l'aide à mourir est défini par un nouvel article L. 1111-12-1 dudit code 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 le Gouvernement réfute ces termes², l'aide à mourir telle que proposée par le présent texte prend donc la forme d'une euthanasie³ ou d'un suicide assisté⁴. 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, même lorsque le pronostic vital est engagé et que la personne a exprimé son consentement (voir *supra*). Conformément au II du nouvel article L. 1111-12-1,

¹ Le texte initial présenté par le Gouvernement ne prévoyait pas de codification.

² Voir, par exemple, l'intervention de Catherine Vautrin, devant la commission spéciale de l'Assemblée nationale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, prononcée le 22 avril 2022. Compte rendu accessible [en ligne](#).

³ Ce terme est défini par le Gouvernement, dans l'étude d'impact annexée au projet de loi initial, comme « un acte destiné à mettre délibérément fin à la vie d'une personne atteinte d'une maladie grave et incurable, à sa demande, afin de faire cesser une situation qu'elle juge insupportable. La substance létale est administrée à la personne par un tiers ».

⁴ Ce terme est défini par le Gouvernement, dans l'étude d'impact annexée au projet de loi initial, comme « un acte par lequel une personne se donne intentionnellement la mort par le biais, en général, d'une substance létale qui lui est fournie par une personne tierce ».

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 par la pharmacie à usage intérieur ou la pharmacie d'officine, 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 dé penalisation 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 (âge du patient, pronostic vital engagé, etc.) ou des conditions procédurales (avis collégial, délai de réflexion du patient, etc.). Autrement dit, l'euthanasie et le suicide assisté demeurerait assimilés à un homicide et donc punis par la loi, dès lors qu'ils seraient pratiqués dans un autre cadre que celui prévu par le présent texte.

Article 122-4 du code pénal

« N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires.

N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte commandé par l'autorité légitime, sauf si cet acte est manifestement illégal. »

Lors de l'examen du projet de loi en 2024, cet article avait substantiellement évolué, malgré un avis défavorable de la commission spéciale¹ et du Gouvernement, par l'adoption de six amendements identiques² **supprimant la possibilité, pour un tiers désigné par la personne sollicitant l'aide à mourir, d'administrer la substance létale** lorsque cette personne n'est pas en mesure physiquement d'y procéder, notamment en raison « *du traumatisme émotionnel et de la charge psychologique considérables* » que cet acte peut provoquer à long terme sur le tiers. Cette possibilité n'ayant pas été rétablie par l'Assemblée nationale en 2025, le texte transmis au Sénat n'autorise plus que les médecins ou les infirmiers à administrer la substance létale en sus de la personne sollicitant l'aide à mourir. Ainsi, si une personne n'appartenant pas au corps médical administre la substance létale à un patient ayant fait la demande d'une aide à mourir, même sur demande de ce patient et malgré d'éventuels liens familiaux, cette personne ne pourra se prévaloir d'avoir effectué un acte autorisé par la loi au sens de l'article 122-4 du code pénal. En conséquence, elle pourrait encourir les peines prévues par le code pénal pour homicide.

Lors de l'examen de la proposition de loi en 2025, le débat à l'Assemblée nationale a porté sur deux points principaux :

¹ L'Assemblée nationale avait constitué une commission spéciale pour l'examen du projet de loi en 2024, choix qui n'a pas été réitéré en 2025.

² Amendements identiques n° 555, n° 953, n° 986, n° 2308, n° 2788 et n° 3050.

- en premier lieu, à l'initiative du député Yannick Monnet¹, la commission des affaires sociales a, malgré un avis défavorable de la rapporteure², et du Gouvernement, modifié le texte afin qu'il ne fasse plus référence à une « *aide à mourir* », mais à un « *droit à l'aide à mourir* ». La référence à un « *droit* » à l'aide à mourir a été maintenue lors de la séance publique ;

- en second lieu, à l'initiative de la députée Élise Leboucher³, la commission des affaires sociales a supprimé, avec un avis de sagesse de la rapporteure et du Gouvernement, la restriction suivant laquelle l'administration de la substance létale par un tiers n'est possible qu'à la condition que la personne ne soit physiquement pas en mesure de se l'administrer elle-même. Douze amendements identiques⁴, dont un déposé par le Gouvernement, de rétablissement de cette disposition ont toutefois été adoptés en séance publique.

b) *Un droit soumis au respect de cinq conditions cumulatives*

L'article 4 complète la section additionnelle précitée afin de déterminer les conditions d'accès à l'aide à mourir, qui ne constituerait donc pas un droit inconditionnel. Plus précisément, l'aide à mourir définie par le texte s'apparente davantage à une levée encadrée de l'interdiction de tuer, malgré le terme de « droit » ajouté par les députés.

Cinq conditions cumulatives⁵ seraient imposées par le nouvel article L. 1111-12-2 du code de la santé publique. Comme le dispose l'article 6 de la proposition de loi, le respect de ces cinq conditions serait apprécié par le médecin auprès de qui la demande d'aide à mourir est formulée, après le recueil d'un avis collégial pluridisciplinaire.

Les principaux points de débat à l'Assemblée nationale ont porté, aussi bien en 2024 qu'en 2025, sur les troisième et quatrième conditions.

(1) Être âgé d'au moins dix-huit ans

Conformément au 1° du nouvel article L. 1111-12-1, seules pourraient être accordées les demandes d'accès à l'aide à mourir émanant de patients âgés d'au moins dix-huit ans.

Le texte, qui mentionne un âge et non pas l'état juridique de la majorité, ne prévoit aucune exception, aussi bien pour certaines affections particulièrement douloureuses que pour les mineurs émancipés, qui seraient donc exclus du dispositif. En effet, bien qu'ils soient juridiquement assimilés

¹ Amendement n° AS503.

² Brigitte Liso (Ensemble pour la République – Nord).

³ Amendement n° AS676.

⁴ Amendements n° 118, n° 201, n° 283, n° 498, n° 515, n° 863, n° 979, n° 1048, n° 1599, n° 1811, n° 2348 et n° 2650.

⁵ Le premier alinéa du nouvel article L. 1111-12-2 précise en effet que l'accès à l'aide à mourir est soumis au respect de « toutes » les conditions qu'il mentionne.

à un majeur pour « *tous les actes¹ de la vie civile* », les actes les plus importants, comme se marier, se donner en adoption ou devenir commerçant demeurent soumis à l'accord des parents ou du juge des tutelles².

Cette condition, qui figurait telle quelle dans le projet de loi initial, n'a pas fait l'objet de modifications par l'Assemblée nationale. Le Gouvernement a justifié le choix d'exclure tous les mineurs du dispositif d'une part pour **des raisons « scientifiques »**, les traitements actuels étant « *de plus en plus prometteurs pour les affections de jeunes personnes* », et d'autre part pour **des raisons « éthiques »**, pour ne pas « *favoriser le suicide chez les enfants* » alors que ceux-ci ne sont « *pas toujours capables de discernement* » et que le rôle des parents dans « *cette prise de décision* » peut être « *discutable* »³.

(2) Être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France

Le 2° du nouvel article L. 1111-12-2 impose que ne soient accordées les demandes d'aide à mourir qu'aux personnes de **nationalité française** ou **résidant de façon stable et régulière en France**. Cette condition se justifie pour des deux types de raisons. En premier lieu, **en raison de la prise en charge financière de l'aide à mourir par l'Assurance maladie**, prévue par l'article 18 de la proposition de loi. Cette couverture ne sera donc pas réservée aux seuls nationaux, ni même aux seuls citoyens européens. En second lieu, le critère de la résidence stable et régulière en France devrait **limiter fortement les craintes du développement d'un « tourisme de la mort »**, tel qu'il s'observerait notamment, outre les débats sémantiques autour du terme de « *tourisme* », en Suisse⁴.

Le Gouvernement s'est engagé à préciser, par voie réglementaire, les pièces justificatives qui devront être fournies par les patients ne possédant pas la nationalité française.

(3) Être atteint d'une affection grave et incurable qui engage le pronostic vital, en phase avancée ou en phase terminale

Aux deux premières conditions objectives précitées s'ajoutent trois autres conditions, qui relèvent de critères qu'il est moins aisés d'appréhender, du moins qui sont soumis à l'appréciation du patient et à l'analyse du médecin auprès duquel est formulée la demande d'aide à mourir. Des divergences d'interprétation au sein du corps médical semblent donc possibles, comme l'a, par exemple, relevé la présidente de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, Sérgolène Perruchio, lors de son audition par la commission des affaires sociales et le rapporteur pour avis de la commission des lois⁵, estimant « *[qu']avec les critères flous et larges*

¹ Cf. articles 413-6 et 413-8 du code civil.

² Conformément au premier alinéa de l'article 413-6 du code civil.

³ Voir l'étude d'impact du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, page 91.

⁴ Voir notamment le compte rendu de la première séance de l'Assemblée nationale du lundi 19 mai 2024.

⁵ Audition du 8 juillet 2025.

actuellement inscrits dans la proposition de loi, [la] souffrance [du patient] sera soumise à la subjectivité du médecin ; en réalité, chaque médecin aura à décider si les critères s'appliquent, ou pas ».

Ainsi, le 3° du nouvel article L. 1111-12-2 impose que le patient soit atteint d'**une affection grave et incurable**, 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 pour que lui soit accordée une aide à mourir. Pour que cette condition soit remplie, **quatre sous-conditions cumulatives doivent donc être satisfaites** : l'affection doit non seulement être grave, mais aussi incurable. Elle doit en parallèle engager le pronostic vital. Enfin, cette affection doit être en phase avancée ou terminale. Ainsi, une maladie grave mais pouvant encore être guérie (comme certains cancers en phase précoce) ou, à l'inverse, une affection à la gravité modérée mais incurable, comme l'arthrose, ne seraient pas éligibles à l'aide à mourir, notamment puisque pour que cette dernière soit accordée, le pronostic vital doit être engagé. La double sous-condition d'une affection « *grave et incurable* » correspond par ailleurs aux mêmes termes que ceux choisis par le législateur lors de l'adoption de la loi du 2 février 2026 dite Claeys-Leonetti¹ pour accéder à la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

Cette troisième condition a donné lieu à de riches débats à l'Assemblée nationale, aussi bien en 2024 qu'en 2025. Les débats en 2024 ont notamment porté sur la référence – dans le texte initial – à une affection grave et incurable engageant le pronostic vital à « *court ou moyen terme* ». Bien que la Haute autorité de santé ait indiqué à plusieurs reprises qu'il était impossible de borner avec précision un pronostic vital², il était entendu que ce moyen terme correspondait, dans l'esprit des rédacteurs du projet de loi initial, à une période comprise entre quelques semaines et quelques mois, et tout au plus douze mois. Dans son avis sur le projet de loi, le Conseil d'État avait ainsi souligné que ces termes ne pouvaient être compris « *que dans le sens employé par la pratique médicale, pour laquelle [il] correspond à un horizon temporel qui n'excède pas douze mois. [L]es modalités d'appréciation de l'horizon de "moyen terme" pourront être utilement éclairées, selon les pathologies en cause, par des recommandations formulées par la Haute Autorité de santé.* »

Le choix a finalement porté sur la mention d'une « *affection grave et incurable qui engage le pronostic vital en phase avancée ou terminale* »³, les députés estimant que l'engagement du pronostic vital à « *moyen* » terme était juridiquement et médicalement trop imprécis, d'une part, mais aussi que certaines affections en phase avancée mais pas terminale pouvaient entraîner

¹ Ces termes figurent désormais au 1° de l'article L. 1110-5-2 du code de la santé publique.

² Voir notamment le communiqué de presse publié par la Haute autorité de santé sur son site internet le 6 mai 2025, intitulé Fin de vie : pas de définition objective du pronostic temporel à l'échelle individuelle.

³ Amendements n° CS659 et n° CS1558.

des souffrances pouvant être considérées comme insupportables alors même que le pronostic vital ne serait pas engagé à brève échéance. Par cette modification, il s'agit donc, outre les considérations juridiques sur la précision des termes employés, d'une volonté assumée **d'élargissement des critères d'accès à l'aide à mourir**.

Les modifications apportées au texte en 2025 ont consisté à préciser que **cette affection peut avoir une origine accidentelle** et qu'elle n'est pas limitée aux seules pathologies – par l'ajout des termes « *quelle qu'en soit la cause* »¹ – et à définir, par l'adoption d'un amendement présenté par le Gouvernement², les termes de « *phase avancée* ». Ainsi, dans le texte transmis au Sénat, cette phase avancée de l'affection se caractérise « *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* ». L'objectif du Gouvernement était alors « *[d']éviter une application variable de l'aide à mourir, qui pourrait générer des inégalités d'accès ou exposer les médecins à des décisions isolées, sans fondement partagé* »³.

Ces précisions revêtent une importance qu'il convient de souligner, puisque, comme mentionné *supra*, **la dépénalisation de l'assistance au suicide ou de l'euthanasie que prévoit l'article 2 de la proposition de loi ne concerne que la procédure d'aide à mourir telle qu'elle est organisée dans le présent texte**. Ainsi, des divergences d'interprétation sur l'atteinte ou non d'une phase avancée de l'affection d'un patient ayant bénéficié d'une aide à mourir pourraient éventuellement donner lieu à de nombreux contentieux devant le juge pénal, comme le note d'ailleurs le Conseil national des Barreaux dans son rapport du 15 novembre 2024 sur la proposition de loi, soulignant que, faute de « *termes clairs* », « *les familles pourraient être enclines à avoir recours à la voie pénale pendant [ou après] la procédure de l'aide à mourir contre les personnes y participant* »⁴.

- (4) Présenter une souffrance physique, éventuellement accompagnée d'une souffrance psychologique constante, soit réfractaire aux traitements, soit insupportable

La quatrième condition, énoncée au 4° du nouvel article L. 1111-12-2, pour que soit accordée une aide à mourir repose sur la présentation « *[d']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* ».

Initialement, l'objectif était, selon le rapport du député Olivier Falorni, rapporteur général de la présente proposition de loi, de prendre en compte les souffrances psychologiques liées à l'affection, même isolées d'éventuelles souffrances physiques, mais « *d'exclure les souffrances liées à des troubles exclusivement psychiques ou psychologiques qui n'auraient pas*

¹ Amendements n° AS417, n° AS419 et n° AS683.

² Amendement n° 2676 du Gouvernement, et amendement identique n° 2691.

³ Selon l'exposé des motifs de l'amendement n° 2676 précité.

⁴ Rapport du Conseil national des Barreaux sur la proposition de loi relative à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, publié le 15 novembre 2024, pages 10 et 14.

de lien direct avec la pathologie qui engage le pronostic vital de la personne »¹. Le Conseil d'État avait, dans son avis sur le projet de loi initial, estimé également que les personnes atteintes de maladies psychiatriques auraient bien été exclues du dispositif, sauf à ce qu'elles présentent des souffrances liées à l'affection qui engage le pronostic vital.

Au demeurant, le Conseil d'État avait estimé que le texte, dans sa rédaction initiale, pouvait concerner des personnes, non atteintes d'une maladie psychiatriques, qui ne subiraient toutefois que des souffrances psychologiques, sans souffrances physiques, puisqu'il soulignait « [qu']une personne faisant état de souffrances psychologiques insupportables liées à l'annonce d'une affection grave et incurable engageant son pronostic vital à l'horizon de quelques mois, ce qui n'est pas rare à l'annonce d'un tel diagnostic, pourra remplir cette condition alors qu'elle ne subit pas encore de souffrances physiques et qu'elle aura refusé un traitement de nature à soulager ses souffrances présentes et à venir ».

Les députés ont cependant précisé, lors de l'examen du texte en séance publique en mai 2025, « [qu']une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir »², rendant ainsi obsolète cette interprétation du texte. En réalité, dans la mesure où le critère de la souffrance se cumule avec les autres critères précités, notamment l'engagement du pronostic vital, il semblerait peu probable, qu'une seule souffrance psychologique puisse donner accès à l'aide à mourir.

En conséquence, l'usage de la conjonction de coordination « ou » prête désormais inutilement à confusion : tel que le texte a été transmis au Sénat, la volonté du législateur de l'Assemblée nationale semblerait ainsi mieux retranscrite si le texte fixait comme condition **la présentation d'une souffrance physique, éventuellement accompagnée d'une souffrance psychologique constante, liée à cette affection.**

Les débats à l'Assemblée nationale sur cette quatrième condition ont en effet principalement porté **sur l'inclusion ou non de la souffrance psychologique** comme critère d'accès à l'aide à mourir. Dans le texte transmis au Sénat, cette souffrance est prise en compte pour l'accès à l'aide à mourir si elle est « **constante** », ce qui est un ajout de l'examen en séance publique de mai 2025³, « *liée à l'affection* » et, comme mentionné *supra*, si elle se manifeste parallèlement à des souffrances physiques.

La reconnaissance de la présence d'une souffrance physique, éventuellement accompagnée d'une souffrance psychologique, n'est cependant pas suffisante pour que l'aide à mourir soit accordée au patient qui en ferait la demande. En effet, le texte établit deux sous-critères alternatifs, à savoir soit **le caractère réfractaire aux traitements de la souffrance,**

¹ Rapport n° 1364 (XVII^e législature) fait par Olivier Falorni au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative à l'aide à mourir, déposé le 2 mai 2025.

² Amendement n° 1453.

³ Amendement n° 1455.

soit son caractère insupportable lorsque la personne a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter ce traitement. Comme l'écrit – dans un autre contexte – la Haute autorité de la santé dans son guide de parcours de soins pour la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, ces deux sous-critères revêtent une part substantielle de subjectivité. En effet, selon la Haute autorité, une souffrance est « *dite réfractaire si tous les moyens thérapeutiques et d'accompagnement disponibles et adaptés ont été proposés et/ou mis en œuvre sans obtenir le soulagement escompté par le patient, ou qu'ils entraînent des effets indésirables inacceptables ou que leurs effets thérapeutiques ne sont pas susceptibles d'agir dans un délai acceptable pour le patient.* Le patient est le seul à pouvoir apprécier le caractère insupportable de sa souffrance, des effets indésirables ou du délai d'action du traitement »¹. En outre, le texte transmis par l'Assemblée nationale ne précise pas si ces deux sous-critères s'appliquent de façon égale aux deux types de souffrances, physiques et psychologiques.

(5) Être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée

Enfin, le 5° du nouvel article L. 1111-12-2 dispose que le patient demandant à bénéficier d'une aide à mourir doit « être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée ». Les modalités selon lesquelles la volonté de la personne doit être manifestée n'étant pas définies, le malade pourrait donc y procéder par écrit ou par oral.

Cette cinquième condition n'a fait l'objet d'aucune modification à l'Assemblée nationale, ni en 2024, ni en 2025.

Le Gouvernement a, dans l'étude d'impact qui accompagnait le projet de loi initial, précisé que cette volonté libre et éclairée « *implique que la personne qui demande une aide à mourir prenne sa décision sans pression extérieure, en toute connaissance de cause, c'est-à-dire en ayant conscience de la portée et des conséquences de son choix.* [...] Le recours à la notion de volonté permet également d'exprimer le caractère central de la décision de la personne dans le processus d'aide à mourir, qui ne doit pas être subi par la personne malade ni imposé par les professionnels de santé »². Les termes de volonté « libre et éclairée », qui ont été préférés à celui de « discernement » ne sont par ailleurs pas une nouveauté juridique, puisque le code civil y fait référence, notamment en matière de divorce³, de modification de la mention du sexe à l'état civil⁴ ou d'adoption⁵, ainsi que le code de la santé publique, pour le consentement du patient à tout acte médical⁶. Ces notions se retrouvent également dans la jurisprudence de la CEDH laquelle exige que la décision du patient de

¹ Haute autorité de santé - Guide de parcours de soins : « comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès », publié en février 2018 et actualisé en janvier 2020.

² Étude d'impact du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, page 95.

³ Article 232 du code civil.

⁴ Article 61-6 du code civil.

⁵ Article 348-3 du code civil.

⁶ Article L. 1111-4 du code civil.

demandeur qu'il soit mis fin à ses jours soit prise « *librement* » et en toute connaissance de cause¹.

Dans les faits, l'**appréciation de cette volonté libre et éclairée reposera principalement sur le médecin** auprès duquel la demande d'aide à mourir est formulée. Toutefois, la **proposition de loi prévoit**, dans les articles suivants, **plusieurs garde-fous** afin de limiter les risques de dérives et de s'assurer que le patient formulant une telle demande en comprend la portée.

Premièrement, afin que le patient puisse prendre une décision « *éclairée* », l'article 5 dispose que le médecin auprès duquel est formulée la demande d'aide à mourir apporte des informations sur son état de santé et ses perspectives, sur son droit à renoncer à tout moment à sa demande ainsi que sur les modalités de mise en œuvre de la demande. Ce médecin doit également lui proposer des soins palliatifs.

Deuxièmement, l'article 6 de la proposition de loi **exclut explicitement du dispositif toute « personne dont une maladie altère gravement le discernement lors de la démarche de demande d'aide à mourir »**, cette personne ne pouvant « *pas être regardée comme manifestant une volonté libre et éclairée* ». Cette exclusion concerne notamment les maladies neurodégénératives en phase avancée, telles que la maladie d'Alzheimer.

Troisièmement, l'article 5 précité exige que **la demande d'aide à mourir ne puisse être formulée, de façon « expresse » que par le patient**, à un médecin « *en activité qui n'est ni son parent, ni son allié, ni son conjoint, ni son concubin, ni le partenaire auquel elle est liée par un pacte civil de solidarité, ni son ayant droit* » . Cette demande expresse ne peut par ailleurs pas être formulée à l'occasion d'une téléconsultation et ne peut, non plus, résulter d'une directive anticipée. Ainsi, aucun proche, même la personne de confiance désignée par le patient, ne pourrait formuler la demande en son nom.

Enfin, outre que la demande ne peut être formulée que par le patient, **elle doit être réitérée, après un délai de réflexion minimal de quarante-huit heures suivant la réponse favorable du médecin**, lequel dispose quant à lui d'un délai de quinze jours pour se prononcer sur la demande initiale d'aide à mourir. Si le patient met plus de trois mois à confirmer sa volonté² ou que la date d'administration de la substance létale choisie par le patient est postérieure de plus de trois mois à la décision favorable du médecin³, celui-ci doit à nouveau évaluer le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté du patient. Enfin, conformément à l'article 9 de la proposition de loi, la volonté du patient doit une nouvelle fois être vérifiée par le médecin le jour de l'administration de la substance létale.

Ainsi, **la volonté du patient d'accéder à une aide à mourir doit être exprimée au moins à trois reprises. Un patient ayant perdu connaissance ou**

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

² Article 6 de la proposition de loi.

³ Article 7 de la proposition de loi.

n'étant pas en mesure de manifester une volonté libre et éclairée le jour de l'administration de la substance létale, par exemple en raison d'une dégradation brutale de sa santé, **ne pourra donc pas se voir administrer la substance létale**, même s'il avait confirmé à plusieurs reprises sa volonté d'accéder à une aide à mourir.

Il convient en outre de préciser, bien que ce sujet soit traité principalement aux articles 5, 6 et 10¹, que **les majeurs protégés ne sont pas exclus de l'accès à l'aide à mourir**, cette dernière étant implicitement entendue comme « *un acte dont la nature implique un consentement strictement personnel* », au sens de l'article 458 du code civil². Ils ne sont pas donc considérés, par défaut, comme étant inaptes à manifester leur volonté libre et éclairée et doivent, comme les autres patients, formuler la demande d'aide à mourir eux-mêmes, sans intermédiaires. Des conditions supplémentaires sont toutefois fixées par la proposition de loi, telles que la vérification, par le médecin, de l'existence d'une mesure de protection concernant son patient ou l'information de la personne chargée de la mesure de protection, laquelle peut formuler des observations auprès du médecin et dispose d'un droit au recours spécifique lorsqu'elle estime qu'il existe des doutes sur l'aptitude du majeur protégé ayant formé la demande d'aide à mourir à manifester sa volonté de façon libre et éclairée.

(6) Une estimation incertaine du nombre de personnes pouvant bénéficier du droit à l'aide à mourir

Lors de l'examen du projet de loi initial en 2024, la ministre de la santé, 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 bénéficier de l'aide à mourir**³. Cela correspond donc approximativement au nombre annuel actuel de sédatrices profondes et continues maintenues jusqu'au décès. La ministre n'a pas présenté de nouvelle estimation tenant compte des modifications effectuées par l'Assemblée nationale en 2025.

Ces estimations, dont la méthode de calcul n'a pas été précisée, ne font toutefois pas consensus. À titre d'exemple, la présidente de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs, Ségolène Perruchio, a quant à elle estimé que, compte tenu de ses critères « *extrêmement larges et*

¹ Voir le rapport de Mme Christine Bonfanti-Dossat et M. Alain Milon fait au nom de la commission des affaires sociales sur la présente proposition de loi.

² Le premier alinéa de l'article 458 dispose que « sous réserve des dispositions particulières prévues par la loi, l'accomplissement des actes dont la nature implique un consentement strictement personnel ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée ». Sont qualifiés d'actes strictement personnels la déclaration de naissance d'un enfant, sa reconnaissance, les actes de l'autorité parentale relatifs à la personne d'un enfant, la déclaration du choix ou du changement du nom d'un enfant et le consentement donné à sa propre adoption ou à celle de son enfant sont des actes strictement personnels.

³ Assemblée nationale, compte rendu de la première séance du lundi 27 mai 2024 (XVI^e législature).

flous », « cette loi pourrait concerner des centaines de patients, voire davantage »¹. 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 2024². 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 France³, l'aide à mourir pourrait, sans certitude mais à titre d'ordre de grandeur, concerner approximativement 18 000 personnes par an.

3. La commission, inquiète de la rupture juridique majeure que constitue la légalisation d'un acte létal, a émis un avis un avis de sagesse au bénéfice d'une réécriture du texte

Les travaux du rapporteur ont démontré, en premier lieu, 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.

Sans que cela ne constitue, en soi, un argument pour ou contre le texte, cette absence d'unanimité et l'émotion que suscite le sujet de la fin de vie chez les parties prenantes **ont convaincu le rapporteur d'adopter une position de réelle humilité dans l'étude de ce texte.**

La position que le rapporteur a proposée à ses collègues commissaires est donc **exempte de considérations éthiques, morales ou religieuses**, qui relèvent, sur ce sujet en particulier, de l'intimité de chacun.

À titre personnel, le rapporteur a toutefois tenu à exprimer sa désapprobation face à l'ouverture de ce qui s'apparente, malgré toutes les contorsions sémantiques effectuées par les députés et le Gouvernement, à un droit à la mort.

Ces réserves étant exprimées, le rapporteur a souhaité mettre en exergue, sur le plan juridique, la profonde rupture que représenterait l'**adoption du texte 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 létal⁴, et non plus de laisser le décès arriver naturellement, comme c'est le cas avec la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

¹ Audition du 8 juillet 2025.

² Source : service public fédéral de la santé publique du Royaume de Belgique. [Accessible en ligne](#).

³ 646 000 décès ont été enregistrés en France en 2024, d'après l'Insee.

⁴ Hors les cas de mises à mort liées à la défense nationale et de légitime défense.

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 de s'en saisir. Le rapporteur, à l'instar de nombre d'experts auditionnés, craint par conséquent 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 (sans pourtant être nulles).

Le rapporteur souligne à ce titre que **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. Il est à craindre, d'ailleurs, que certains praticiens ne se spécialisent dans la pratique de l'aide à mourir.

Outre l'application extensible de la loi dans sa version initiale, les expériences étrangères ont 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**. En premier lieu, 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, le rapporteur s'interroge toutefois, comme mentionné *supra*, sur la pertinence de ne laisser aux proches d'autre accès au juge qu'une plainte au pénal. 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 prévue pour l'accès à l'aide à mourir 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.**

De même, bien que la commission ne fût pas saisie des articles traitant de la procédure applicable aux **majeurs protégés**, le rapporteur a alerté ses collègues commissaires sur **les réserves émises par les magistrats qu'il a interrogés**, qui considèrent unanimement d'une part, que le délai de deux jours dont disposerait le juge des contentieux de la protection pour se prononcer en cas de recours serait insuffisant pour apprécier la situation, d'autre part que le juge ne pourrait être en mesure d'évaluer le caractère libre et éclairé de la volonté du patient, cette évaluation relevant en réalité du corps médical.

Enfin, au-delà de l'opportunité ou non d'ouvrir une aide à mourir, **le rapporteur a jugé 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'érige 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 le rapporteur s'oppose.

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.

La commission a émis **un avis de sagesse** sur l'adoption
des articles 2 et 4.

Article 17
Création d'un délit d'entrave à l'aide à mourir

L'article 17 de la proposition de loi instaure **un délit d'entrave à l'aide à mourir, qui a été rédigé d'après le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse (IVG)**. Ce délit punirait de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une personne de recourir à l'aide à mourir ou de s'informer à son sujet.

L'élément matériel de ce délit pourrait être constitué soit par une entrave matérielle, par exemple par la perturbation de l'accès à un établissement qui pratiquerait l'aide à mourir, **soit par une entrave psychologique et morale**, en exerçant des pressions, en formulant des menaces ou en intimidant une personne intéressée par l'aide à mourir.

Le rapporteur a constaté que le délit d'entrave à l'IVG résulte d'évolutions législatives successives qui ont entendu répondre à certaines manifestations d'hostilité à l'égard de cet acte médical. Or, les diverses législations françaises qui traitent déjà de la fin de vie n'ont pas suscité de tels phénomènes d'obstruction. **L'utilité sociale de l'instauration d'un tel délit n'est donc pas établie.**

En outre, **du fait de ses fragilités juridiques, un tel dispositif pourrait attiser les conflits personnels qui ne manqueront pas de s'élever en la matière.**

La commission a en conséquence, sur proposition de son rapporteur, Agnès Canayer, rejeté l'article 17.

1. Le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse, qui a fait l'objet de plusieurs modifications législatives et saisines du Conseil constitutionnel, a servi de modèle au délit d'entrave à l'aide à mourir

Il existe plusieurs délits d'entrave en droit français, qui sanctionnent le fait, pour une personne physique ou morale, d'empêcher le fonctionnement régulier d'une institution ou l'exercice, par d'autres individus, d'une de leurs libertés ou d'un de leurs droits :

- le code du travail prévoit ainsi en son article L. 2146-1 que « *le fait d'apporter une entrave à l'exercice du droit syndical [...] est puni d'un emprisonnement d'un an et d'une amende de 3 750 euros* ». Son article L. 2317-1 prévoit une infraction similaire pour les entraves à « *la constitution d'un comité social et économique, d'un comité social et économique d'établissement ou d'un comité social et économique central, soit à la libre désignation de leurs membres* » ;

- l'article L. 173-4 du code de l'environnement punit « *le fait de faire obstacle* » à l'accomplissement des fonctions des fonctionnaires et agents habilités à constater les infractions prévues au sein dudit code de six mois d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ;

- l'article 313-6 du code pénal sanctionne quant à lui l'entrave à la liberté des enchères lors d'une adjudication publique de six mois d'emprisonnement et de 22 500 euros d'amende.

L'examen de l'article 17 invite toutefois à analyser en détail **le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse** (IVG), qui a été instauré à l'ancien article L. 162-15 du code de la santé publique (CSP) par la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 *portant diverses mesures d'ordre social*, dans la mesure où il a servi de modèle à la rédaction de ce dispositif.

Le délit d'entrave à l'IVG fut introduit pour **apporter une réponse pénale spécifique à certaines actions violentes d'opposition à l'interruption volontaire de grossesse, qui se traduisaient notamment par le blocage de l'accès aux établissements de santé ou par l'intimidation du personnel médical**.

Ancien article L. 162-15 du code de la santé publique¹

« *Sera puni d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 30 000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une interruption volontaire de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L. 162-3 à L. 162-8 :*

- soit en perturbant l'accès aux établissements visés à l'article L. 162-2 ou la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces établissements ;

- soit en exerçant des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans ces établissements ou des femmes venues y subir une interruption volontaire de grossesse. »

Ce délit repose depuis son adoption sur un élément matériel qui peut être caractérisé de deux manières différentes, lorsque l'entrave à l'IVG ou sa tentative repose sur :

- une entrave matérielle directe : la perturbation de l'accès aux établissements de santé ou de la libre circulation des personnes en leur sein ;

- une entrave psychologique et morale violente : la menace ou l'intimidation des personnels de ces établissements ou des femmes qui viennent y subir une interruption volontaire de grossesse.

La loi du 27 janvier 1993 précitée avait en outre déjà attribué, à l'ancien article L. 162-15-1 du code de la santé publique, la qualité pour agir à « *toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits, dont l'objet statutaire comporte la défense des droits des femmes à accéder à la contraception et à l'avortement* ».

Dans sa décision n° 92-317 DC du 21 janvier 1993, le Conseil constitutionnel ne s'est pas explicitement prononcé sur la conformité à la Constitution de ce délit d'entrave.

¹ Cet article a été en vigueur jusqu'au 22 juin 2000.

L'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 *relative à la partie législative du code la santé publique* a par la suite transféré les anciens articles L. 162-15 et L. 162-15-1 du code de la santé publique aux nouveaux articles, respectivement, L. 2223-2 et L. 2223-1 du même code.

Si l'article L. 2223-1 du CSP n'a depuis lors pas fait l'objet de la moindre modification, l'article L. 2223-2 du même code, qui régit le délit d'entrave à l'IVG, a quant à lui été modifié à plusieurs reprises.

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 *relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraction* a étayé la caractérisation du délit d'entrave à l'IVG, en prévoyant désormais qu'il est constitué (les ajouts sont en gras) :

« - soit en perturbant **de quelque manière que ce soit** l'accès aux établissements mentionnés à l'article L. 2212-3, la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces établissements **ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux** ;

- soit en exerçant **des pressions morales ou psychologiques**, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans ces établissements, des femmes venues y subir une interruption volontaire de grossesse **ou de l'entourage de ces dernières.** »

Le législateur, qui a inséré les propositions mises en exergue, a donc élargi le champ des faits susceptibles d'être qualifiés de délit d'entrave à l'IVG. Cette démarche a été poursuivie par la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, qui a étendu ce délit aux cas dans lesquels une personne physique ou morale empêche, ou tente d'empêcher, un individu « de s'informer » sur une IVG ou ses actes préalables.

Enfin, la loi n° 2017-347 du 20 mars 2017 *relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse* a adapté cette infraction au développement d'une entrave à l'IVG numérique, comme en témoigne la volonté exprimée dans l'exposé des motifs par les auteurs du texte dont elle est issue¹ :

« Une opinion explicitement exprimée relève des principes de liberté d'expression et d'opinion qu'il ne s'agit pas de remettre en cause. En revanche, induire délibérément en erreur, intimider et/ou exercer des pressions psychologiques ou morales afin de dissuader de recourir à l'IVG, comme le font certains sites internet, se situe sur un tout autre terrain. »

¹ Proposition de loi relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse, présentée par Bruno Le Roux, Catherine Coutelle, Catherine Lemorton, Maud Olivier et plusieurs de leurs collègues, députés, et enregistrée à la présidence de l'Assemblée nationale le 12 octobre 2016.

Article L. 2223-2 du code de santé publique¹

« Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur une interruption volontaire de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8 par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne, notamment par la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales d'une interruption volontaire de grossesse :

1° Soit en perturbant l'accès aux établissements mentionnés à l'article L. 2212-2, la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces établissements ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ;

2° Soit en exerçant des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnes cherchant à s'informer sur une interruption volontaire de grossesse, des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans les établissements mentionnés au même article L. 2212-2, des femmes venues recourir à une interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de ces dernières. »

La loi du 20 mars 2017 a fait l'objet avant sa promulgation de deux saisines *a priori* du Conseil constitutionnel par plus de soixante députés et par plus de soixante sénateurs, sur le fondement du deuxième alinéa de l'article 61 de la Constitution et au sujet desquelles les Sages se sont prononcés dans une décision n° 2017-747 DC du 16 mars 2017.

Le Conseil constitutionnel a fait à cette occasion application de sa jurisprudence dite *État d'urgence en Nouvelle-Calédonie*², c'est-à-dire qu'il a procédé au contrôle du dispositif de l'article L. 2223-2 du CSP dans son ensemble, et non seulement aux modifications que lui apporte la loi du 20 mars 2017.

Parmi les différents griefs soulevés par les députés et sénateurs requérants³, celui tiré de la méconnaissance de la liberté d'expression et de communication a suscité les développements les plus fournis des Sages.

¹ Les éléments soulignés ont été insérés par la loi n° 2017-347 du 20 mars 2017 relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse.

² Conseil constitutionnel, décision n° 85-187 DC du 25 janvier 1985, Loi relative à l'état d'urgence en Nouvelle-Calédonie et dépendances, considérant n° 10 : « Considérant que, si la régularité au regard de la Constitution des termes d'une loi promulguée peut être utilement contestée à l'occasion de l'examen des dispositions législatives qui la modifient, la complètent ou affectent son domaine, il ne saurait en être de même lorsqu'il s'agit de la simple mise en application d'une telle loi ».

³ Les requérants arguaient que le présent texte méconnaissait la liberté d'opinion, d'expression et de communication, l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi et le principe de proportionnalité des délits et des peines.

Après avoir constaté laconiquement que le premier cas prévu à l'article L. 2223-2 du CSP ne porte pas une atteinte disproportionnée à cette liberté, le Conseil s'est concentré sur le second cas, soit lorsque le délit d'entrave résulte de pressions morales et psychologiques, de menaces ou d'actes d'intimidation. Il a à cette fin opéré une distinction en fonction des personnes ciblées par ces pressions et du cadre dans lequel elles s'exercent.

Lorsque ces pressions sont exercées « *à l'encontre des personnels des établissements habilités, des femmes venues y recourir à une interruption volontaire de grossesse ou de leur entourage, ainsi que des personnes venues s'y informer* », le Conseil considère que la répression de ces actes « *commis dans les établissements pratiquant l'interruption volontaire de grossesse ou à l'encontre de leur personnel* » ne porte pas à cette liberté une atteinte disproportionnée à l'objectif poursuivi de « *garantir la liberté de la femme qui découle de l'article 2 de la Déclaration de 1789* ».

En revanche, les Sages exigent de retenir une interprétation spécifique du dispositif lorsqu'il s'agit de réprimer les pressions exercées « *à l'encontre de toute personne cherchant à s'informer sur une interruption volontaire de grossesse, quels que soient l'interlocuteur sollicité, le lieu de délivrance de cette information et son support* », pour qu'il ne porte pas à la liberté d'expression et de communication une atteinte disproportionnée à l'objectif poursuivi.

Le Conseil constitutionnel a ainsi formulé deux réserves d'interprétation pour ce cas spécifique, suivant lesquelles :

- « *la seule diffusion d'informations à destination d'un public indéterminé sur tout support, notamment sur un site de communication au public en ligne, ne saurait être regardée comme constitutive de pressions, menaces ou actes d'intimidation au sens des dispositions contestées, sauf à méconnaître la liberté d'expression et de communication. Ces dispositions ne peuvent donc permettre que la répression d'actes ayant pour but d'empêcher ou de tenter d'empêcher une ou plusieurs personnes déterminées de s'informer sur une interruption volontaire de grossesse ou d'y recourir* » ;

- « *le délit d'entrave, lorsqu'il réprime des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnes cherchant à s'informer sur une interruption volontaire de grossesse, ne saurait être constitué qu'à deux conditions : que soit sollicitée une information, et non une opinion ; que cette information porte sur les conditions dans lesquelles une interruption volontaire de grossesse est pratiquée ou sur ses conséquences et qu'elle soit donnée par une personne détenant ou prétendant détenir une compétence en la matière* ».

La première réserve d'interprétation prévient l'assimilation de la diffusion d'informations à une entrave. Le maître de conférences Marc Cottreau observait à ce titre qu'une solution contraire aurait été paradoxale, « *dans la mesure où une telle incrimination aurait pu [...] empêcher toute possibilité d'information* » et soulever la question de la conformité

du dispositif à la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme¹.

La seconde réserve d'interprétation précise la signification que le Conseil constitutionnel attache aux termes « cherchant à s'informer », pour éviter que « les propos tenus dans un cercle familial, amical ou privé » ne soient qualifiés de « pressions », suivant le commentaire officiel de la décision.

La direction des affaires criminelles et des grâces (DACG) a indiqué au rapporteur que les services statistiques de la Chancellerie dénombrent entre 2016 et 2022 moins de cinq personnes accusées d'avoir commis un délit d'entrave à l'IVG par an entre 2016 et 2022. La DACG a par ailleurs précisé que les accusés ne pouvaient en majorité pas faire l'objet de poursuites et qu'aucune condamnation n'a été prononcée au visa de cet article sur la période considérée.

Dans son rapport pour avis sur la proposition de loi *relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse*, Michel Mercier constatait déjà le **nombre limité de condamnations recensées, entre 1995 et 2014, pour un délit d'entrave à l'IVG**. Le ministère de la justice comptabilisait alors 150 condamnations définitives pour la perturbation de l'accès, de la circulation ou des conditions de travail dans un établissement de santé autorisé et 16 pour les pressions, menaces ou intimidations exercées à l'égard du personnel, d'une patiente ou de son entourage.

2. Le délit d'entrave à l'aide à mourir introduit par l'article 17 n'a été que marginalement amendé en première lecture à l'Assemblée nationale

L'article 17 de la proposition de loi instaure donc à l'article L. 1115-4 du code de la santé publique **un délit d'entrave à l'aide à mourir presque identique à l'infraction prévue pour l'IVG**.

Rédaction actuelle du délit d'entrave à l'aide à mourir

« I. – Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur l'aide à mourir par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne, notamment par la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales de l'aide à mourir :

1° Soit en perturbant l'accès aux établissements où est pratiquée l'aide à mourir ou à tout lieu où elle peut régulièrement être pratiquée, en entravant la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces lieux ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ou en perturbant le lieu choisi par une personne pour l'administration de la substance létale ;

¹ Cottreau, Marc, « Entrave à l'IVG et liberté d'expression », *Constitutions*, 2017, p. 285.

2° Soit en exerçant des pressions morales ou psychologiques, en formulant des menaces ou en se livrant à tout acte d'intimidation à l'encontre des personnes cherchant à s'informer sur l'aide à mourir, des personnels participant à la mise en œuvre de l'aide à mourir, des patients souhaitant recourir à l'aide à mourir ou de l'entourage de ces derniers ou des professionnels de santé volontaires mentionnés au III de l'article L. 1111-12-12 et enregistrés sur le registre de la commission mentionné au 3° du I de l'article L. 1111-12-13.

II. – Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits dont l'objet statutaire comporte la défense des droits des personnes à accéder à l'aide à mourir peut exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne les infractions prévues au I du présent article lorsque les faits ont été commis en vue d'empêcher ou de tenter d'empêcher l'aide à mourir ou les actes préalables prévus à la section 2 bis du chapitre Ier du présent titre. »

Le dispositif introduirait donc au sein du chapitre V du titre Ier du livre Ier de la première partie du CSP un article L. 1115-4, dont le I correspondrait à l'article L. 2223-2 du même code et le II, à son article L. 2223-1.

La formulation de l'infraction a tout au plus été adaptée aux modalités actuellement retenues de l'aide à mourir, qui pourrait être pratiquée en dehors des établissements de santé. La perturbation de l'accès « à tout lieu où elle peut régulièrement être pratiquée » constituerait donc une entrave à l'aide à mourir.

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, qui a rejeté plusieurs amendements de suppression de l'article 17, n'a adopté que les amendements déposés par sa rapporteure, Élise Leboucher.

Ils ont essentiellement apporté des modifications rédactionnelles, outre un changement relatif à la codification du dispositif et l'extension de la caractérisation du délit d'entrave aux actes commis à l'égard des professionnels de santé volontaires enregistrés au registre de la commission de contrôle et d'évaluation¹.

En séance, l'Assemblée nationale a adopté les amendements identiques déposés par des députés des groupes Socialistes et apparentés, Écogiste et Social et La France insoumise, **qui ont doublé les peines encourues en cas de délit d'entrave au droit à mourir, pour les aligner sur celles retenues pour l'IVG**. Les peines prévues sont donc désormais de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

¹ Amendement n° AS770.

3. La transposition à l'aide à mourir du délit d'entrave instauré pour l'IVG soulève des difficultés juridiques significatives, qui ont convaincu la commission d'émettre un avis défavorable à l'adoption de cet article

Le rapporteur a constaté au cours de ses travaux que **la reprise presque identique du dispositif du délit d'entrave à l'IVG pour l'aide à mourir présente certaines fragilités juridiques qui traduisent son inopportunité politique.**

Elle remarque en premier lieu que la rédaction du dispositif, telle qu'elle résulte des différentes révisions législatives précédées, soulève des difficultés juridiques significatives, qui avaient été identifiées durant la navette parlementaire par le rapporteur pour avis de la commission des lois, Michel Mercier¹. **Le respect de la liberté d'expression et de communication a en conséquence justifié l'adoption par le Conseil constitutionnel de réserves d'interprétation strictes, qui s'apparentent à une réécriture du dispositif.**

La transposition de ce délit au cas de l'aide à mourir aurait gagné en intelligibilité si ces réserves avaient été intégrées à sa rédaction.

Surtout, le rapporteur constate qu'elles ne portent en toute hypothèse pas sur la question d'une pression des proches qui serait indépendante de toute sollicitation de la personne concernée.

Le Conseil constitutionnel a en effet précisé que « *le délit d'entrave, lorsqu'il réprime des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnes cherchant à s'informer sur une interruption volontaire de grossesse, ne saurait être constitué qu'à deux conditions* », qui tiennent à la demande d'une information et au fait que cette dernière « *porte sur les conditions dans lesquelles une interruption volontaire de grossesse est pratiquée ou ses conséquences et qu'elle soit donnée par une personne détenant ou prétendant détenir une compétence en la matière* ».

On peut penser à un proche, un fils, une fille, qui refuserait d'accepter le choix de son parent de recourir à l'aide à mourir, et exprimerait son opposition avec véhémence ou en faisant du chantage affectif.

Aussi, cette réserve d'interprétation ne cible expressément que les « *personnes cherchant à s'informer* » sur l'acte en question. L'interprétation littérale de cette réserve du Conseil constitutionnel conduit donc à constater qu'elle ne couvre pas l'hypothèse des pressions qui seraient exercées, au sein du cercle familial, à l'égard d'une personne « *souhaitant recourir à l'aide à mourir* », sans qu'elle ne « *[cherche] à s'informer* » à ce sujet.

¹ *Avis n°195 (2016–2017) sur la proposition de loi relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse, présenté par Michel Mercier, sénateur, au nom de la commission des lois.*

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.

Le rapporteur redoute ainsi qu'un tel délit ne soit détourné ou ne vienne sanctionner des conflits familiaux douloureux, quand bien même l'action publique ne serait pas ensuite mise en mouvement par le procureur. **Les actes médicaux qui entraînent la mort suscitent en effet une immense sensibilité, dont les contentieux qui se sont élevés ces dernières années sur les décisions relatives à l'arrêt des soins fournissent une triste illustration.**

Enfin, le rapporteur juge paradoxal que l'on introduise un délit d'entrave à l'aide à mourir sans que sa nécessité n'ait été établie pour l'engagement d'une personne dans le protocole de la fin de vie actuellement régi par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 *créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.*

Il apparaît en effet que le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse résulte d'une succession de réformes adoptées en réponse à des mouvements d'obstruction avérés qui témoignaient d'une hostilité à l'interruption volontaire de grossesse. Or, **rien ne permet à l'heure actuelle de penser que de tels phénomènes d'obstruction, qui sont inconnus à l'égard des modalités actuelles de la fin de vie, se développeront si l'aide à mourir devait être instaurée en droit français.**

L'adoption progressive par la France d'une législation relative à la fin de vie n'a en effet pas suscité des mouvements de contestation similaires à ceux qu'a engendrés l'IVG. **L'utilité sociale du délit d'entrave à l'aide à mourir semble donc contestable.**

Le rapporteur considère ainsi que le délit d'entrave à l'aide à mourir n'est justifié par aucune autre raison qu'un parallélisme artificiel avec l'IVG et redoute par ailleurs qu'il ne soit parfois instrumentalisé lors des conflits familiaux ou personnels.

Au regard du défaut d'opportunité politique de ce dispositif et des difficultés juridiques qu'il soulève, la commission a émis un avis défavorable à l'adoption de l'article 17.

La commission a émis un avis défavorable à l'adoption de l'article 17.

EXAMEN EN COMMISSION

Mme Muriel Jourda, présidente. – Nous examinons cet après-midi le rapport pour avis de notre collègue Agnès Canayer sur la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir.

Mme Agnès Canayer, rapporteur. – Sans conteste, c'est un sujet difficile et sensible qui nous réunit aujourd'hui. Il appelle, nonobstant les convictions politiques de chacun, une réelle humilité et une prudence dans la prise de position. C'est dans cet état d'esprit, sans *a priori* partisan, que j'ai conduit mes travaux. Je précise d'emblée que je les ai principalement centrés sur les considérations juridiques soulevées par l'instauration d'un droit à l'aide à mourir, en tentant autant que possible de mettre de côté toute dimension émotive, éthique, morale ou religieuse.

Cette importante précision étant faite, je serai relativement succincte sur la présentation de l'état du droit, qui s'articule autour de deux principes cardinaux : la prohibition absolue que la mort soit donnée activement et intentionnellement ; le respect, dans ce cadre, de la volonté de la personne.

Actuellement, quatre principales lois régissent le droit de la fin de vie, toutes ayant pour boussole la sauvegarde de la dignité du patient.

La première loi du 9 juin 1999, dite Kouchner, garantit un droit d'accès de tous les patients à des soins palliatifs en fin de vie, lesquels ont pour fonction d'apaiser la souffrance physique.

La deuxième loi Kouchner du 4 mars 2002 permet au patient de refuser les soins qui lui sont proposés, même si ce refus met sa vie en danger. C'est donc une forme de suicide non pas « assisté », mais plutôt « naturel », puisque le patient décède des suites de sa maladie, sans intervention extérieure.

La loi du 22 avril 2005, dite Leonetti, interdit la poursuite de traitements par obstination déraisonnable et institue les directives anticipées, qui permettent à une personne de préciser par avance ses souhaits, dans l'hypothèse où elle ne pourrait plus exprimer sa volonté.

Enfin, la loi du 2 février 2016, dite Claeys-Leonetti, autorise le recours à la sédation profonde et continue, assortie d'une analgésie, maintenue jusqu'au décès. À nouveau, il ne s'agit pas d'une assistance au suicide ni d'une euthanasie, dans la mesure où le patient décède des suites naturelles de son affection. 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 accessible que lorsque le pronostic vital est engagé à brève échéance, c'est-à-dire dans un horizon maximal de quelques jours. La demande de sédation doit obligatoirement émaner du patient s'il est en mesure d'exprimer sa volonté. Dans le cas contraire, elle peut être décidée par le médecin, au titre du refus de l'obstination déraisonnable, à l'issue toutefois d'une procédure collégiale.

Lors de mes auditions et des débats à l'Assemblée nationale, il a été répété, y compris de la part de MM. Claeys et Leonetti, que la sédation profonde et continue était malheureusement peu utilisée. En réalité, cette assertion était fondée sur une absence de données que le ministère a fini par combler, sur notre demande. Ainsi, d'après les chiffres qu'il nous a transmis, 1 762 sédations profondes et continues maintenues jusqu'au décès ont été réalisées entre mars et juillet 2025, soit, sur une année complète, entre 3 000 et 4 000 de ces sédations. C'est autant que l'estimation, réalisée par la ministre Catherine Vautrin, du nombre de personnes qui pourraient recourir à l'aide à mourir. Je vous laisse en tirer les conclusions que vous souhaitez, mes chers collègues.

En revanche, aucune des lois que je viens de mentionner n'autorise, sous quelque forme que ce soit, 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 entendu comme le fait d'aider une personne à mettre fin à ses jours en lui procurant ladite substance. 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, y compris s'il appartient au corps médical.

Par ailleurs, 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, d'assassinat ou 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.

C'est dire la rupture que représenterait le texte qui nous est transmis, puisque nous mettrions un terme, pour la première fois depuis l'abolition de la peine de mort, à cet interdit de tuer.

Mes travaux ont porté plus particulièrement sur les trois articles dont notre commission s'est saisie.

L'aide à mourir, qui a été érigée en « droit » lors de l'examen du texte à l'Assemblée nationale, est définie par l'article 2 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 qu'elle est proposée par le présent texte prend donc la forme d'une euthanasie ou d'un suicide assisté, comme l'a d'ailleurs explicitement reconnu le Conseil d'État dans son avis sur le texte.

Le texte prévoit que tout acte médical entourant cette aide à mourir constituerait un acte autorisé par la loi au sens du code pénal et ne serait donc pas assimilé à un homicide. Il s'agit donc d'une dé penalisation partielle de l'euthanasie et du suicide assisté, l'irresponsabilité pénale n'étant toutefois 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 fameux critères d'accès à l'aide à mourir, qui ne serait donc pas un droit inconditionnel. Cinq conditions cumulatives sont ainsi imposées.

Il faut être majeur – les mineurs émancipés sont exclus du dispositif.

Il faut être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France.

Il faut être atteint d'une affection grave et incurable – j'insiste sur l'importance de la conjonction de coordination –, quelle qu'en soit la cause. Cette maladie doit engager le pronostic vital, être en phase avancée – c'est-à-dire 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.

Il faut présenter une souffrance physique ou psychologique constante liée à cette affection, que celle-ci soit réfractaire aux traitements ou insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement. Le texte précise cependant de façon assez contradictoire qu'une souffrance psychologique seule ne peut pas permettre de bénéficier de l'aide à mourir.

Il faut enfin être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. Les majeurs protégés ne sont pas exclus du dispositif dans la mesure où l'aide à mourir serait considérée comme un acte personnel au sens du droit civil.

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 serait 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.

J'en viens désormais à la position que je vous propose d'adopter, mes chers collègues. La tâche ne fut pas aisée, car j'ai bien conscience des enjeux considérables qui entourent ce texte et de la dimension éminemment sensible qu'il revêt.

À titre personnel, et par honnêteté à votre égard, je vous informe que je désapprouve l'ouverture de ce qui s'apparente, malgré toutes les contorsions sémantiques effectuées par les députés et le Gouvernement, à un droit à la mort.

En tant que rapporteur toutefois, je ferai miens les mots prononcés par Robert Badinter à la tribune de l'Assemblée nationale en 1981 lors de l'examen du projet de loi abolissant la peine de mort : « *Je sais que dans nos lois, tout dépend de votre volonté et de votre conscience.* » Sur ce sujet qui touche à l'intimité de chacun, je me bornerai donc, sans avoir la prétention de me placer sur le plan de l'affect ou de la conscience, à des considérations principalement juridiques qui, je l'espère, aiguilleront votre choix sans heurter vos convictions.

Je veux tout d'abord porter à votre connaissance l'absence d'unanimité sur le principe même de l'ouverture d'une aide à mourir, voire la vive inquiétude exprimée par un nombre significatif de professionnels de santé et d'intervenants extérieurs au domaine de la santé. Il serait donc faux de laisser entendre que l'ouverture d'une aide à mourir est un sujet presque clos tant il serait dans l'air du temps.

Ensuite, sur le plan strictement juridique, l'adoption du texte représenterait une profonde rupture quant au rapport de notre société à la mort. Pour la première fois depuis 1981, notre droit reconnaîtrait explicitement à autrui la possibilité de pratiquer un acte létal. Il ne s'agirait plus de laisser le patient mourir naturellement, comme c'est le cas avec la sédation profonde et continue maintenue 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 qui sont favorables au texte, la seule existence de cette procédure conduisant nécessairement les personnes en fin de vie à s'interroger sur l'éventualité ou non de s'en saisir. Je crains 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 d'une appréciation difficilement objectivable, malgré tous les progrès de la médecine, en particulier 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 démontrent que la loi et la jurisprudence 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.

Ces garanties 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, autant 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 qui 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. Les quelques affaires ayant fait l'objet d'une forte médiatisation nous montrent que les familles sont généralement en proie à de grandes tensions dans ces périodes extrêmement douloureuses.

En dépit de l'irresponsabilité pénale découlant de l'article 2, le risque qu'un contentieux important et mal ciblé ne se développe est élevé. 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, je m'interroge sur la pertinence de ne laisser aux proches d'autre accès au juge qu'une plainte au pénal. 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 prévue pour l'accès à l'aide à mourir puissent donner lieu à des poursuites, notamment pour le délit d'homicide involontaire ». Mon interrogation est d'autant plus vive que les majeurs protégés auront accès à l'aide à mourir, avec un contrôle juridictionnel minimal et non systématique.

Au-delà de l'opportunité ou non d'ouvrir une aide à mourir, il m'est apparu juridiquement inutile, mais surtout dommageable pour les patients d'ériger cette aide à mourir en « droit ». En effet, et comme l'ont reconnu les représentants du ministère de la justice et l'ensemble des professionnels du droit que j'ai interrogés, le terme « droit » serait en l'occurrence exclusivement déclaratoire, dès lors que l'aide à mourir prévue par le texte est 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'érige un droit. Ce terme risque donc d'induire en erreur les justiciables et les patients, en laissant penser qu'il s'agirait d'un droit inconditionnel et d'une obligation de l'État. Surtout, l'expression « droit à l'aide à mourir » constituerait un premier pas sémantique vers un droit inconditionnel à choisir sa mort, auquel je m'oppose à titre personnel.

Enfin, la reprise à l'article 17 du délit d'entrave à l'IVG pour l'aide à mourir soulève certaines fragilités juridiques qui soulignent selon moi son absence d'utilité sociale. 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 du 16 mars 2017. Or ces réserves, qui auraient par ailleurs gagné à être intégrées à la rédaction de l'infraction, ne couvrent pas l'hypothèse dans laquelle des proches exerceraient une pression sur la personne souffrante, indépendamment de toute sollicitation de cette dernière.

L'éventualité d'un tel cas de figure souligne l'imprécision juridique des « pressions morales et psychologiques » auxquelles renvoient le délit d'entrave à l'IVG et le dispositif prévu à 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. Je crains ainsi qu'un tel délit ne soit détourné ou ne vienne sanctionner des conflits familiaux douloureux.

Pour toutes ces raisons, il ne m'apparaît pas possible de vous proposer d'émettre un avis favorable sur le texte qui nous a été transmis par l'Assemblée nationale, autant pour une question d'opportunité qu'au regard des lacunes juridiques ainsi identifiées. Naturellement, j'ai beaucoup échangé avec nos collègues de la commission des affaires sociales ces derniers mois et je leur ai fait part des nombreuses limites juridiques que le texte dans son ensemble, et les trois articles dont nous sommes saisis en particulier, me semble présenter. Les rapporteurs de la commission des affaires sociales ont tenu compte de la majorité de ces alertes, notamment au travers du dépôt d'un amendement visant à aligner les critères retenus par le texte sur ceux de la loi Claeys-Leonetti et d'un amendement de suppression de l'article 17 sur le délit d'entrave.

Je soutiens ces amendements et vous propose d'émettre un avis de sagesse, signe que nous sommes défavorables au texte transmis par l'Assemblée nationale, mais que, dans une démarche constructive, nous faisons confiance à nos collègues de la commission des affaires sociales saisis au fond et aux débats en séance publique pour améliorer celui-ci.

Mme Marie-Pierre de La Gontrie. – Le débat sur l'aide à mourir a été maintes fois reporté et, puisqu'il s'agit d'une proposition de loi sur laquelle la procédure accélérée n'a pas été engagée, celle-ci fera l'objet d'au moins deux lectures dans chaque assemblée. C'est dire que nos travaux ne font que commencer.

En 2005, la première loi Leonetti interdisait l'obstination déraisonnable et instaurait les directives anticipées. Onze ans plus tard, la loi Claeys-Leonetti de 2016 instaurait la possibilité d'une sédation profonde et tentait de renforcer les directives anticipées. Il est malheureusement facile de constater aujourd'hui les carences des soins palliatifs en France : un grand nombre de départements ne bénéficient toujours d'aucune unité et le plan de développement a par ailleurs été interrompu.

Aujourd’hui, la démarche proposée est intéressante, puisque nous discutons simultanément de deux propositions de loi, l’une sur les soins palliatifs, l’autre sur l’aide à mourir. Je regrette toutefois qu’aucun de ces deux textes n’ait été renvoyé au fond à la commission des lois. Les trois articles que nous examinons ne nous ayant même pas été délégués au fond, notre débat sera certainement intéressant et courtois, mais il n’aura aucune portée législative.

Au-delà du manque de structures de soins palliatifs et de financements, les évolutions législatives que j’ai évoquées ne recouvrent pas toutes les situations de fin de vie. Au gré d’épisodes assez dramatiques et médiatisés, comme de cas moins connus, nous avons acquis la certitude qu’il existait un problème d’accès à l’aide à mourir dans notre pays.

Je veux aussi rappeler qu’il s’agit d’une attente exprimée depuis longtemps par les Français. Selon les sondages réalisés année après année, entre 80 % et 90 % de nos concitoyens sont favorables à une évolution de la législation, tous engagements politiques et convictions religieuses confondus.

Nous disposons aussi d’un grand nombre d’exemples étrangers qui nous éclairent sur la catégorie des personnes réellement concernées.

La position de notre groupe s’est exprimée dans le cadre de la proposition de loi visant à établir le droit à mourir dans la dignité, que nous avions déposée en 2021, et que j’avais défendue dans l’hémicycle. Elle n’a pas changé depuis lors. Nous proposons d’instaurer un droit effectif à l’aide à mourir en cas d’affections au caractère grave et incurable avéré, infligeant une souffrance physique ou psychique, sans notion de pronostic vital engagé, et sans établir de hiérarchie entre auto-administration et administration par un tiers des substances létales. Nous fixions également un cadre procédural avec la prise en compte des directives anticipées par la désignation d’une personne de confiance et la réaffirmation d’un droit de conscience pour le personnel médical.

Pour autant, nous sommes aujourd’hui saisis d’un texte qui résulte d’un compromis assez solide passé à l’Assemblée nationale le 27 mai 2025 ; si l’on analyse les votes, on s’aperçoit d’ailleurs que des divisions ont émergé dans chacun des groupes, ce qui s’explique à la fois par la grande difficulté du sujet et par la liberté de vote accordée sur ce type de sujets.

Nous avons donc historiquement porté les positions que j’ai précédemment rappelées, mais nous choisissons aujourd’hui de nous concentrer sur l’équilibre et le consensus qui ont été trouvés à l’Assemblée nationale.

Nous ne sommes saisis que de trois articles, dont l’article 2, qui établit une hiérarchisation des modes d’administration, l’auto-administration étant le principe et l’administration par un tiers l’exception. Cela ne correspond pas à notre position de départ, mais nous ne proposerons pas d’amendement sur

ce point afin de rejoindre le consensus qui s'est dégagé à l'Assemblée nationale.

L'article 4, quant à lui, détermine les conditions cumulatives d'accès : là aussi, nous aurons des précisions à apporter, notamment sur le critère de souffrance, mais nous ne remettons pas radicalement en cause ces dispositions.

Pour ce qui est de l'article 17, que nous soutenons, il est intéressant d'avoir repris la notion de délit d'entrave, qui avait suscité de difficiles débats au sujet de l'accès à l'IVG : c'est pourquoi nous ne déposerons pas non plus d'amendement sur cette partie.

Notre attitude consiste donc à rechercher une forme de consensus sur ce sujet très délicat, nos collègues de la commission des affaires sociales devant apporter des améliorations rédactionnelles au texte.

Plus globalement, la question posée au Sénat consiste à déterminer si notre assemblée entend freiner ce texte à tout prix. Je vous apprécie beaucoup, madame la rapporteure, mais, au-delà du fait que vous avez indiqué y être défavorable à titre personnel, les formulations que vous avez employées ont laissé entendre que le problème posé par la proposition de loi est juridique, et non pas d'une autre nature.

Or le problème se situe manifestement sur un autre plan, car des difficultés juridiques peuvent être corrigées : je préférerais donc que nous ayons un véritable débat, sans nous retrancher derrière des prétextes, et que vous nous proposiez des amendements sur les points juridiques qui vous semblent problématiques. Je note, d'ailleurs, que vous n'avez pas déposé d'amendements.

Soyons clairs : les amendements de la commission des affaires sociales que j'ai rapidement parcourus ont une seule vocation, à savoir vider la proposition de loi de sa substance et en réduire très fortement la portée.

Il est possible que la majorité sénatoriale souhaite faire semblant de débattre d'un texte qu'elle entend combattre absolument. Agir ainsi serait une erreur, alors que nous avions eu un débat fort intéressant en 2021. Je rappelle d'ailleurs que le texte alors discuté avait été rejeté à une faible majorité, ce qui montre bien que le sujet divise au sein des différents groupes politiques, y compris au sein de la majorité.

En conclusion, nous ne sommes pas favorables à un avis de sagesse, car nous souhaitons voter en faveur de ce texte. J'espère que les membres de la majorité auront une attitude constructive dans ce débat, mais je crains que ce ne soit pas le cas.

M. Francis Szpiner. – J'attire votre attention sur l'article 4, qui énumère les conditions cumulatives pour bénéficier du « droit à mourir ». Il faut ainsi être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France, notion qui va soulever un problème juridique de taille. En effet,

la France est compétente pour connaître d'un crime commis à l'étranger sur des citoyens français, disposition juridique qu'ont également adoptée d'autres pays. Par conséquent, si un étranger demande à bénéficier de l'aide à mourir qui n'existe pas dans son pays, les personnes qui participeront à l'opération seront considérées comme coupables d'homicide au regard de cette disposition, ce qui peut concerner des médecins français. Je doute donc qu'il s'agisse d'une bonne chose.

Par ailleurs, s'agissant de l'article 17 et du délit d'entrave, il n'y a rien de scandaleux à prévoir des sanctions pour un individu qui s'introduirait dans un hôpital pour empêcher la réalisation de certains actes. En revanche, la rédaction retenue, qui prévoit de sanctionner « la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales de l'aide à mourir », me laisse d'autant plus rêveur que vous n'avez pas aboli l'article 223-13 du code pénal, qui sanctionne l'incitation au suicide. Si nous votons l'article 17 de la proposition de loi, ces deux articles seront en totale contradiction.

Pour ces différentes raisons, l'avis de sagesse me paraît être le plus raisonnable en l'état.

Mme Cécile Cukierman. – Ce débat doit pouvoir se dérouler dans les meilleures conditions. Des positions diverses s'expriment au sein des groupes, y compris au sein du nôtre – j'y adopterai très certainement une position singulière dans ce débat.

Nous ne pouvons pas réduire ce débat à de simples enjeux juridiques, car le droit est le produit d'une société : il nous appartient aujourd'hui de trancher un débat de société, avant de construire ensuite l'édifice juridique approprié.

En bonne marxiste-léniniste, j'ai toujours combattu l'individualisme et je pense qu'une société doit permettre aux individus de s'émanciper, ce qui implique qu'elle ne peut pas accepter que l'on souhaite la quitter avant que la nature en ait décidé.

À la manière de Jean-Paul Sartre, je crois en effet que ce qui forge l'engagement de chacun, c'est le fait de ne pas savoir quand nous allons mourir : c'est justement cette peur de mourir qui nous pousse à nous engager et parfois à nous révolter.

Enfin, il me semble que l'avis de sagesse s'entend afin de favoriser un débat en séance : je rappelle que nous avons eu des discussions de même nature concernant le mariage des personnes de même sexe, ce qui nous avait permis de construire le droit après de longs débats. J'entends également que certains s'opposent à l'avis de sagesse, mais il me paraît opportun de l'appuyer s'il permet de mener un débat approfondi.

Mme Muriel Jourda, présidente. – Notre débat dépasse bien évidemment le seul plan juridique, mais je rappelle que nous sommes saisis pour avis et que nous n'aurons pas à nous prononcer sur les amendements qui seront examinés par la commission des affaires sociales. Pour autant, je crois qu'il était utile d'avoir un débat juridique en rappelant le droit existant et les grands principes, ce qui nous permettra d'avoir ensuite le débat de fond auquel nous aspirons tous.

La commission s'en remet à la sagesse du Sénat sur l'adoption des articles 2, 4 et 17 de la proposition de loi.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES

Ministère de la justice

Direction des affaires criminelles et des grâces (DAGC)

Mme Sophie Macquart-Moulin, magistrate, adjointe à la directrice

Direction des affaires civiles et du sceau (DACS)

Mme Flavie Le Tallec, sous-directrice du droit civil

M. Clément Henry, chef du bureau du droit constitutionnel et du droit public général

Mme Manon Fauvernier, adjointe à la cheffe de bureau

Conseil national des barreaux (CNB)

Mme Anne-Sophie Lepinard, membre de la commission Libertés et droits de l'Homme

Mme Charlotte Robbe, vice-présidente de la commission Textes

Mme Mona Laaroussi, chargée de mission affaires publiques

Table ronde d'universitaires

Mme Martine Lombard, professeure émérite de droit public à l'Université Paris Panthéon-Assas

M. Guillaume Drago, professeur de droit public à l'Université Paris Panthéon-Assas et président de l'Institut Famille & République

M. Jean-Baptiste Thierry, professeur de droit privé et sciences criminelles à l'Université de Lorraine

Maître Geoffroy de Vries, avocat au Barreau de Paris et délégué général de l'Institut Famille & République

M. Laurent Frémont, enseignant de droit constitutionnel à Sciences Po

Table ronde des représentants syndicaux des magistrats

Syndicat unité magistrats SNM-FO

Mme Valérie Dervieux, déléguée générale, présidente de chambre de l'instruction à la Cour d'appel de Paris

Mme Delphine Blot, déléguée générale adjointe, vice-présidente chargée des fonctions de juge des libertés et de la détention au tribunal judiciaire de Versailles

Union syndicale des magistrats

Mme Stéphanie Caprin, vice-présidente

Mme Rachel Beck, secrétaire nationale

Personnes qualifiées

Dr Jean-Louis Samzun, médecin généraliste à Lorient

CONTRIBUTION ÉCRITE

M. Didier Guérin, président honoraire à la chambre criminelle de la Cour de cassation

LA LOI EN CONSTRUCTION

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, visualiser les apports de chaque assemblée, comprendre les impacts sur le droit en vigueur, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

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