

N° 586

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

Enregistré à la Présidence du Sénat le 29 avril 2026

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi,  
adoptée par l'Assemblée nationale en deuxième lecture,  
relative au **droit à l'aide à mourir**,*

Par Mme Christine BONFANTI-DOSSAT et M. Alain MILON,

Sénateurs

*La version complète de ce rapport sera publiée ultérieurement.*

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Mouiller, *président* ; Mme Élisabeth Doineau, *rapporteuse générale* ; Mme Pascale Gruny, M. Jean Sol, Mme Annie Le Houerou, MM. Bernard Jomier, Olivier Henno, Dominique Théophile, Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Viviane Malet, Annick Petrus, Corinne Imbert, Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; M. Alain Milon, Mme Marie-Do Aeschlimann, M. Pierre Boileau, Mmes Christine Bonfanti-Dossat, Corinne Bourcier, Brigitte Bourguignon, Céline Brulin, M. Laurent Burgoa, Mmes Marion Canalès, Maryse Carrère, Catherine Conconne, Patricia Demas, Chantal Deseyne, Brigitte Devésa, M. Jean-Luc Fichet, Mme Frédérique Gerbaud, MM. Xavier Iacovelli, Khalifé Khalifé, Mmes Florence Lassarade, Marie-Claude Lermytte, M. Martin Lévrier, Mmes Monique Lubin, Brigitte Micouveau, Laurence Muller-Bronn, Solanges Nadille, Anne-Marie Nédélec, Guylène Pantel, Émilienne Poumirol, Frédérique Puissat, Marie-Pierre Richer, Anne-Sophie Romagny, Laurence Rossignol, Silvana Silvani, Nadia Sollogoub, Anne Souyris.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (17<sup>ème</sup> législ.) : Première lecture : **1100, 1364** et T.A. **122**  
Deuxième lecture : **2401, 2453** et T.A. **243**

Sénat : Première lecture : **661** (2024-2025), **256, 264, 265** et T.A. **43** (2025-2026)  
Deuxième lecture : **440** et **587** (2025-2026)

## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	5
<b>I. L'AIDE À MOURIR : UNE PRATIQUE NON RECONNUE EN FRANCE, SOURCE DE DÉRIVES À L'ÉTRANGER.....</b>	<b>5</b>
A. EN FRANCE, UN SOCLE LÉGISLATIF QUI RÉPOND À L'ESSENTIEL DES SITUATIONS DE FIN DE VIE.....	5
B. DES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES QUI INCITENT À UNE GRANDE PRUDENCE DANS L'ÉVOLUTION DU CADRE LÉGISLATIF .....	7
<b>II. UNE PROPOSITION DE LOI MARQUÉE PAR UNE CONCEPTION EXTENSIVE DE L'AIDE À MOURIR, EXCÉDANT LE CADRE DE LA FIN DE VIE.....</b>	<b>10</b>
A. UN TEXTE QUI AUTORISE UN LARGE RECOURS AU SUICIDE ASSISTÉ ET À L'EUTHANASIE .....	10
B. UN DISPOSITIF RECENTRÉ PAR LA COMMISSION, DANS LE PROLONGEMENT DE LA LOI CLAEYS-LEONETTI.....	12
<b>III. UNE PROCÉDURE PERMISSIVE, SANS CONTRÔLE EFFECTIF ASSOCIÉ.....</b>	<b>14</b>
A. UNE PROCÉDURE PARTICULIÈREMENT SOUPLE, QUI NE PERMETTRAIT PAS UNE INSTRUCTION SUFFISAMMENT APPROFONDIE DES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ.....	14
B. LA PROPOSITION DE LA COMMISSION : SÉCURISER LA PROCÉDURE SANS LA VERROUILLER POUR TENIR COMPTE DU RESSERREMENT DES CRITÈRES ..	16
<b>EXAMEN DES ARTICLES .....</b>	<b>19</b>
<b>CHAPITRE I<sup>ER</sup> DÉFINITION .....</b>	<b>19</b>
• <b>Article 1<sup>er</sup> Modification de l'intitulé du chapitre ayant vocation à accueillir les dispositions codifiées relatives au droit à l'aide à mourir.....</b>	<b>19</b>
• <b>Articles 2 et 3 Création d'un droit à l'aide à mourir .....</b>	<b>25</b>
<b>CHAPITRE II CONDITIONS D'ACCÈS .....</b>	<b>53</b>
• <b>Article 4 Conditions d'éligibilité à l'aide à mourir.....</b>	<b>53</b>
<b>CHAPITRE III PROCÉDURE .....</b>	<b>73</b>
• <b>Article 5 Procédure de demande de l'aide active à mourir.....</b>	<b>73</b>
• <b>Article 6 Évaluation de l'éligibilité du demandeur à l'aide à mourir .....</b>	<b>85</b>
• <b>Articles 7, 8, 9 Préparation, mise à disposition et administration de la substance létale .....</b>	<b>102</b>
• <b>Article 10 Fin de la procédure d'aide à mourir .....</b>	<b>117</b>

• Article 11 Création d'un traitement de données relatif aux procédures d'aide à mourir.....	120
• Article 12 Recours contre la décision d'aide à mourir .....	130
• Article 13 Renvoi à un décret en Conseil d'État des mesures réglementaires d'application.....	151
<b>CHAPITRE IV CLAUSE DE CONSCIENCE .....</b>	<b>156</b>
• Article 14 Clause de conscience.....	156
<b>CHAPITRE V CONTRÔLE ET ÉVALUATION .....</b>	<b>167</b>
• Article 15 Création d'une commission de contrôle et d'évaluation <i>a posteriori</i> de la mise en œuvre des procédures d'aide à mourir .....	167
• Article 16 Définition des substances létales autorisées.....	182
<b>CHAPITRE VI DISPOSITIONS PÉNALES.....</b>	<b>190</b>
• Article 17 Délit d'entrave à l'aide à mourir.....	190
<b>CHAPITRE VII DISPOSITIONS DIVERSES .....</b>	<b>206</b>
• Article 18 Conditions financières de prise en charge de l'aide à mourir.....	206
• Article 19 Non-applicabilité aux personnes recourant à l'aide à mourir des conditions particulières liées au suicide dans les contrats d'assurance décès .....	220
• Article 19 bis Habilitation à légiférer par ordonnance pour l'extension et l'adaptation des dispositions de la présente loi aux collectivités de Saint-Pierre-et-Miquelon, Mayotte, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française et Wallis-et-Futuna .....	230
• Article 20 ( <i>supprimé</i> ) Gage financier de la proposition de loi .....	232
<b>EXAMEN EN COMMISSION.....</b>	<b>235</b>
<b>RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3, DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »).....</b>	<b>237</b>
<b>LA LOI EN CONSTRUCTION .....</b>	<b>239</b>

## L'ESSENTIEL

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

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

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

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

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

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

- La **loi n° 2005-370 du 22 avril 2005** (loi Leonetti) a permis deux avancées :

- d'une part, l'interdiction de **l'obstination thérapeutique déraisonnable**, qui permet d'interrompre les traitements ou de s'abstenir de pratiquer des actes « *inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie* » ;

- d'autre part, l'obligation faite au médecin de pratiquer tous les traitements analgésiques et sédatifs permettant de répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, **même s'ils ont pour effet d'abrèger la vie**.

- Depuis la **loi n° 2016-87 du 2 février 2016** (loi Claeys-Leonetti), il est en outre permis de recourir à une sédation profonde et continue jusqu'au décès associée à une analgésie (SPCJD), provoquant une altération de la conscience et un état de sommeil résistant aux stimulations, lorsque le pronostic vital est engagé à court terme.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **les carences de l'offre de soins palliatifs ;**

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

- **une culture palliative peu développée chez les soignants ;**

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



**des situations de phase palliative terminale donnent lieu à une SPCJD**

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

### **3. Des demandes exceptionnelles d'abrèger sa vie en cas de souffrances réfractaires**

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

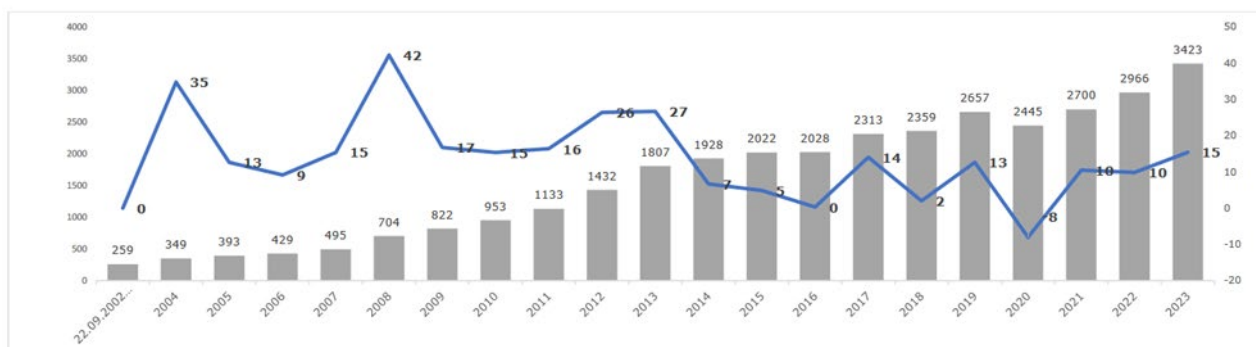
Le critère du pronostic vital persiste néanmoins dans certaines législations : en **Oregon**, seules les personnes dont l'espérance de vie n'excède pas **six mois** peuvent recourir au suicide assisté. C'est aussi l'option vers laquelle semble s'orienter le Royaume-Uni.

## **2. Des taux de recours à la hausse non maîtrisés et des contrôles défailants**

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

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

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



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

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

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

En 2022, la **Belgique a été condamnée** en raison du manque de garanties procédurales que présente sa commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie<sup>1</sup>.

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

### Proportion des euthanasies et suicides assistés pratiqués à l'étranger

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

- faisant peser sur les professionnels de santé la responsabilité de l'admission à l'aide à mourir ainsi qu'une obligation d'information sur l'aide à mourir des patients en fin de vie (article 3) ;

- autorisant une pratique extensive de l'aide à mourir auprès d'un grand nombre de malades.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ayant jugé indispensable de recentrer le débat sur les situations relevant de la fin de vie, **la commission a fortement resserré le dispositif** en se référant aux critères fixés pour la SPCJD (*cf. supra*). Seules les personnes **dont le pronostic vital est engagé à court terme** pourraient être concernées par l'assistance médicale à mourir. Ce dispositif, protecteur des patients et des soignants, constituerait **un prolongement de la loi Claeys-Leonetti**.

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

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

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

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

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

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

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

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

### III. UNE PROCÉDURE PERMISSIVE, SANS CONTRÔLE EFFECTIF ASSOCIÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour autant, de telles modalités de fiabilisation de la procédure **allongeraient sa mise en œuvre** et risqueraient de la **priver de toute portée effective** compte tenu de **resserrement, opéré par la commission, du champ de l'assistance médicale à mourir** autour des patients dont le **pronostic vital est engagé à court terme**. La commission s'est donc employée à **consolider la procédure sans la rallonger**. Pour ce faire, elle a suivi trois principales lignes directrices.

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

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

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

chargé de dresser un procès-verbal de la procédure. Enfin, **elle a limité l'accès à la substance létale dans les pharmacies d'officine aux seuls pharmaciens titulaires et adjoints.**

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

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

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

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

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

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

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

En première délibération, deux modifications majeures avaient été adoptées par les députés : l'une consistait à **autoriser l'euthanasie, y compris en l'absence d'incapacité physique** du demandeur, l'autre prévoyait d'ouvrir l'aide à mourir aux personnes présentant des **souffrances uniquement**

psychologiques. Ces évolutions auraient **considérablement altéré l'économie générale du texte** adopté en première lecture. Elles ont néanmoins été **retirées à la faveur d'une seconde délibération**. Cet épisode illustre les risques d'assouplissements successifs du dispositif et traduit la **faiblesse des garanties** assortissant l'aide à mourir votée par l'Assemblée nationale.

Sur le volet procédural, les députés ont :

- repris certains amendements de la commission des affaires sociales du Sénat - caractère écrit de la demande d'aide à mourir sauf impossibilité, suppression de la saisine préalable du juge des tutelles, signalement au procureur de la République de l'existence de pressions... ;

- modifié la composition du collège pluriprofessionnel en y adjoignant un proche aidant, à la demande du patient, et en offrant la possibilité au médecin sollicité de recueillir l'avis d'un médecin spécialiste des majeurs protégés, le cas échéant.

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

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

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

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

## EXAMEN DES ARTICLES

### CHAPITRE I<sup>er</sup>

#### Définition

##### *Article 1<sup>er</sup>*

#### **Modification de l'intitulé du chapitre ayant vocation à accueillir les dispositions codifiées relatives au droit à l'aide à mourir**

*Cet article vise à modifier l'intitulé d'un chapitre du code de la santé publique pour élargir son objet en vue d'y codifier les dispositions relatives au droit à l'aide à mourir.*

*L'intitulé du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique, « Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté », serait complété pour mentionner la fin de vie ».*

*La commission a adopté cet article sans modification.*

#### **I - Le dispositif proposé**

##### **A. La codification : un gage de lisibilité et d'accessibilité du droit**

##### **1. Le principe de codification**

- D'un point de vue historique, la contribution du Consulat et de l'Empire à l'entreprise de codification du droit est majeure. Le premier des codes, le code civil, a succédé aux ordonnances royales de l'Ancien Régime. Regroupant 36 lois et 2 281 articles relatifs aux personnes, aux biens et à la propriété, il est adopté et promulgué par la loi du 30 ventôse an XII.

La première version du code de la santé publique est bien plus tardive : elle est adoptée en 1953, largement remaniée par l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de la santé publique.

- **La codification** consiste à rassembler des normes, nouvelles ou préexistantes et dispersées, dans un code unique thématique. L'organisation d'un code **obéit à des règles méthodologiques précises** : la partie législative est distinguée de la partie réglementaire ; le sommaire se divise successivement en parties, puis en livres, en titres, en chapitres et, le cas échéant, en sections et en sous-sections.

La codification vise ainsi à regrouper et à organiser un ensemble de normes **pour les rendre cohérentes et accessibles à travers un plan logique.**

La commission supérieure de codification<sup>1</sup>, dans son rapport annuel, formule des recommandations relatives aux règles de codification visant à améliorer la lisibilité du droit. Ainsi en 2024 a-t-elle préconisé « *d'éviter de multiplier les subdivisions inférieures au chapitre (sections et sous-sections) dans une proportion qui n'apparaît pas toujours pleinement commandée par la matière et le souci de la plus grande lisibilité du code.* »

• **Le Conseil constitutionnel, ayant érigé l'accessibilité et l'intelligibilité de la loi en objectif à valeur constitutionnelle (OVC) dans sa décision n° 99-421 DC<sup>2</sup>, a régulièrement considéré que la codification des lois concourt à la réalisation de cet OVC<sup>3</sup>.**

La loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations en fait par ailleurs un outil « *pour assurer le respect de la hiérarchie des normes et harmoniser l'état du droit* »<sup>4</sup>.

## **2. La codification des précédentes lois relatives à la fin de vie**

Depuis la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, toutes les lois relatives à l'accompagnement de la fin de vie ont directement prévu la codification des dispositions qu'elles créent.

• **La loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs** a notamment créé un livre préliminaire avant le livre I<sup>er</sup> du code de la santé publique, intitulé « Droits des personnes malades et des usagers du système de santé » pour accueillir deux dispositions fondamentales : le droit de toute personne d'accéder à des soins palliatifs et le droit de s'opposer à toute investigation ou thérapeutique.

• **La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** procède directement à la codification des dispositions qu'elle crée :

- son article 3 crée ainsi un **chapitre préliminaire** dans le titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique, composé des **articles L. 1110-1 à L. 1110-11**<sup>5</sup> ;

- son article 11 crée, au sein du même titre I<sup>er</sup>, un **chapitre I<sup>er</sup>** intitulé « *Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté* », composé des **articles L. 1111-1 à L. 1111-9**.

---

<sup>1</sup> Décret n° 89-647 du 12 septembre 1989 relatif à la composition et au fonctionnement de la Commission supérieure de codification.

<sup>2</sup> Conseil constitutionnel, décision n° 99-421 DC du 16 décembre 1999, loi portant habilitation du Gouvernement à procéder, par ordonnances, à l'adoption de la partie législative de certains codes.

<sup>3</sup> Conseil constitutionnel, décision n° 2003-473 DC du 26 juin 2003, loi habilitant le Gouvernement à simplifier le droit ; Conseil constitutionnel, décision n° 2004-506 DC du 2 décembre 2004, loi de simplification du droit.

<sup>4</sup> Article 3 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000.

<sup>5</sup> Les articles L. 1110-1 à L. 1110-7 sont créés par l'article 3 de la loi n° 2002-303, tant que l'article 9 de cette même loi recodifie des articles préexistants du code en articles L. 1110-8 à L. 1110-11.

• La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie codifie, pour l'essentiel, les dispositions qu'elle crée<sup>1</sup> dans les chapitres préliminaire et I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique.

Cette loi poursuit l'œuvre de hiérarchisation des normes en divisant le chapitre I<sup>er</sup> en deux sections (article 10) : « *Principes généraux* » (section 1) et « *Expression de la volonté des malades en fin de vie* » (section 2).

• 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 », a également modifié les dispositions des articles insérés dans le chapitre préliminaire et dans le chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique.

Elle a notamment inséré trois nouveaux articles dans le chapitre préliminaire : l'article L. 1110-5-1 relatif au principe de **non-obstination déraisonnable dans les soins**, l'article L. 1110-5-2 qui crée la possibilité de recourir à **une sédation profonde et continue jusqu'au décès**, l'article L. 1110-5-3 relatif au **droit de soulagement de la souffrance en toutes circonstances**, y compris par des thérapeutiques ayant pour effet d'abrégé la vie du patient.

**B. La codification des dispositions relatives au droit à l'aide à mourir au sein du titre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique**

Le titre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique, « *Droits des personnes malades et des usagers du système de santé* », rassemble les articles L. 1110-1 à L. 1115-3 et se compose de six chapitres.

Les dispositions relatives à la fin de vie et aux soins palliatifs sont principalement codifiées dans les chapitres préliminaire et I<sup>er</sup>, dont le contenu est détaillé ci-après.

---

<sup>1</sup> Notamment : principe de non obstination déraisonnable dans les soins (article 1<sup>er</sup> de la loi), possibilité de prodiguer des soins ayant pour effet secondaire d'abrégé la vie du malade afin de soulager sa souffrance lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale (article 2), encadrement de la limitation ou de l'arrêt des traitements susceptible de mettre en danger la vie d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable (articles 5, 6 et 9), rôle des directives anticipées (article 7).

**Sommaire du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie  
du code de la santé publique**

Première partie : Protection générale de la santé (art. L1110-1 à L1545-4)

Livre I<sup>er</sup> : Protection des personnes en matière de santé (art. L1110-1 à L1115-3)

Titre I<sup>er</sup> : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé (art. L1110-1 à L1115-3)

- **Chapitre préliminaire : Droits de la personne** (art. L1110-1 à L1110-13)

- **Chapitre I<sup>er</sup> : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté** (art. L1111-1 à L1111-31)

\* Section 1 : Principes généraux (art. L1111-1 à L1111-9)

\* Section 2 : Expression de la volonté des malades refusant un traitement et des malades en fin de vie (art. L1111-11 à L1111-12)

\* Section 3 : Espace numérique de santé, dossier médical partagé et dossier pharmaceutique (art. L1111-13 à L1111-24)

\* Section 4 : Conditions de reconnaissance de la force probante des documents comportant des données de santé à caractère personnel créés ou reproduits sous forme numérique et de destruction des documents conservés sous une autre forme que numérique (art. L1111-25 à L1111-31)

- **Chapitre II : Personnes accueillies dans les établissements de santé** (art. L1112-1 à L1112-6)

- **Chapitre III : Responsabilité des établissements à l'égard des biens des personnes accueillies** (art. L1113-1 à L1113-10)

- **Chapitre IV : Participation des usagers au fonctionnement du système de santé** (art. L1114-1 à L1114-7)

- **Chapitre V : Dispositions pénales** (art. L1115-1 à L1115-3)

• **Le chapitre préliminaire accueille des dispositions relatives à certains droits de la personne malade et à tout usager du système de santé.**

Plusieurs dispositions de ce chapitre sont en relation directe avec la fin de vie.

L'article L. 1110-5 prévoit en particulier le droit de toute personne de recevoir « *les traitements et les soins les plus appropriés* » et de bénéficier du « *meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées* ». Il fixe également le droit de toute personne à « *une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance* ».

Les trois articles suivants sont issus de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie :

- l'article L. 1110-5-1 qui proscrit l'obstination déraisonnable et autorise la non-réalisation de soins lorsque cette abstention correspond à l'expression de la volonté du patient ou, lorsque celui-ci n'est pas en état d'exprimer sa volonté, sur décision médicale prise au terme d'une procédure collégiale ;

- l'article L. 1110-5-2, qui prévoit la possibilité de mettre en œuvre « *une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie* » ;

- l'article L. 1110-5-3, qui fixe la nécessité de prévenir, de prendre en compte, d'évaluer et de traiter la souffrance en toutes circonstances, y compris si les traitements peuvent avoir pour effet d'abrèger la vie.

D'autres dispositions non spécifiquement liées à la fin de vie figurent dans ce chapitre préliminaire, notamment :

- le droit au respect de la dignité de la personne malade (article L. 1110-2) ;

- l'interdiction des discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins (article L. 1110-3) ;

- le respect de la vie privée et du secret des informations de toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement de soin ou tout autre opérateur de santé (article L. 1110-4) ;

- le libre choix de son praticien, de son établissement de santé et de son mode de prise en charge par la personne malade (article L. 1110-8) ;

- le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement (article L. 1110-9), qui visent à « *soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage* » (article L. 1110-10).

• **Quant au chapitre I<sup>er</sup>, il se compose de quatre sections dont une section 2 intitulée « *Expression de la volonté des malades refusant un traitement et des malades en fin de vie* » qui comprend uniquement deux dispositions : l'une relative aux **directives anticipées** (article L. 1111-11), l'autre aux conditions dans lesquelles le médecin s'enquiert de **la volonté du patient lorsque celui-ci n'est pas en mesure de l'exprimer** et n'a pas rédigé de directives anticipées (article L. 1111-12).**

C'est au sein de ce chapitre qu'auraient vocation à être codifiées les dispositions relatives au droit à l'aide à mourir, dans une section 2 *bis* intitulée « *Droit à l'aide à mourir* »<sup>1</sup>.

- Initialement, le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie déposé par le Gouvernement à l'Assemblée nationale le 10 avril 2024 ne prévoyait pas de codifier les dispositions relatives à l'aide à mourir.

Saisi pour avis le 15 mars 2024, **le Conseil d'État avait appelé « l'attention du Gouvernement sur l'opportunité de procéder à la codification des dispositions relatives aux conditions, à la procédure et au contrôle de l'aide à mourir ».**

Prenant acte de cet avis, la commission spéciale chargée de l'examen du projet de loi avait adopté, à l'initiative de l'un de ses rapporteurs, un amendement ayant pour objet d'insérer les dispositions relatives à l'aide à mourir dans le code de la santé publique<sup>2</sup>. **Cet amendement inscrivait les termes « fin de vie » dans l'intitulé du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique.**

Ces modifications ont été reprises et intégrées dans la proposition de loi relative à la fin de vie déposée par Olivier Falorni le 11 mars 2025, dont elles constituent l'article 1<sup>er</sup>.

## **II - Les principales modifications adoptées**

### **A. Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture**

**L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.**

### **B. Les modifications adoptées par le Sénat en première lecture**

#### **1. En commission**

La commission a adopté cet article sans modification.

#### **2. En séance publique**

**Le Sénat a rejeté la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale.**

### **C. Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale en deuxième lecture**

**L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.**

---

<sup>1</sup> Voir sur ce point l'article 2 de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir.

<sup>2</sup> Amendement CS1953 de Madame Maillart-Méhaignerie.

### III - La position de la commission

La commission souscrit à la codification des dispositions relatives à l'aide à mourir. Toutefois, comme en première lecture, elle jugerait utile d'envisager une réorganisation globale des dispositions des chapitres préliminaire et I<sup>er</sup>, dont l'articulation lui paraît manquer de cohérence.

En l'état, la commission exprime des réserves sur le fait que la section 2 du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique constitue l'espace de codification le plus approprié. Les articles de la proposition de loi lui semblent en effet se rapprocher plus naturellement des dispositions du chapitre préliminaire, qui comprend notamment celles relatives à l'interdiction de l'obstination thérapeutique déraisonnable et à la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

Néanmoins, eu égard aux enjeux politiques et aux équilibres plus fondamentaux à rechercher sur le dispositif même de l'aide à mourir, les rapporteurs ont jugé secondaire de modifier le texte sur ce point. Compte tenu des nombreuses coordinations juridiques que supposerait un changement des modalités de codification, il leur est apparu prudent de ne pas modifier ce dispositif.

**Sous le bénéfice de ces observations, la commission a adopté cet article sans modification.**

#### *Articles 2 et 3*

#### **Création d'un droit à l'aide à mourir**

*L'article 2 crée un droit à l'aide à mourir et en définit le contenu : celui-ci comprendrait le suicide assisté et, à titre subsidiaire, l'euthanasie.*

*L'article 3 complète l'article 2, en érigeant la possibilité d'accéder à l'aide à mourir comme une composante du droit à une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance.*

*La commission a adopté ces articles modifiés par les amendements qu'elle a adoptés.*

### I - Le dispositif proposé

#### A. La progressive construction d'un modèle français original d'accompagnement de la fin de vie

#### **1. Un cadre juridique bâti par strates successives, fondé sur l'apaisement des souffrances et le respect de la volonté du patient**

Au cours des vingt dernières années, le législateur a œuvré à la construction progressive d'un cadre juridique organisant la fin de vie, respectueux de l'autonomie du patient et de sa liberté de choix.

• La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « loi Kouchner », a affirmé le droit de toute personne malade au respect de sa dignité et au soulagement de sa douleur.

À cette fin, elle a notamment prévu que « les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort »<sup>1</sup>, et permis à toute personne en capacité d'exprimer sa volonté de façon libre et éclairée de refuser ou d'interrompre un traitement, même si sa décision est susceptible de mettre sa vie en danger<sup>2</sup>.

• La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite « loi Leonetti », fixe de nouveaux principes cardinaux du droit de la santé publique.

Elle interdit l'**obstination thérapeutique déraisonnable**, notamment pour les patients en fin de vie ; les actes « inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie » peuvent ainsi être interrompus ou ne pas être entrepris.

En outre, la **personne peut recevoir un traitement ayant pour effet secondaire d'abrèger sa vie** si le médecin constate qu'il ne peut soulager sa souffrance qu'en lui appliquant un tel traitement. La personne doit avoir été préalablement informée par le médecin de ces conséquences<sup>3</sup>.

**L'arrêt ou la limitation d'un traitement intervient soit à la demande de la personne malade, soit à l'initiative du médecin** lorsque la personne n'est pas en état d'exprimer sa volonté ; dans ce cas, la décision intervient à l'issue d'une procédure collégiale, dans le respect de la volonté de la personne dont le médecin doit s'enquérir.

À cet égard, la loi crée **les directives anticipées qui permettent à tout patient d'exprimer sa volonté par écrit**, dans l'hypothèse où l'évolution de sa maladie, à échéance plus ou moins brève, ne le lui permettrait plus. Aux termes de l'article 7 de la loi du 22 avril 2005, les directives anticipées « indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement »<sup>4</sup>. Le médecin peut donc s'enquérir de la volonté de la personne en consultant ses directives anticipées. En l'absence de telles directives, le médecin peut consulter la personne de confiance ou, à défaut, la famille ou les proches.

---

<sup>1</sup> Article 3 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<sup>2</sup> Article 11 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<sup>3</sup> Article 2 de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

<sup>4</sup> La rédaction de ces dispositions a été précisée par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016.

• 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 » a consolidé l'arsenal législatif relatif à la fin de vie.

Outre qu'elle érige les soins palliatifs en priorité de santé publique, elle renforce le rôle de la personne de confiance et consacre le caractère contraignant des directives anticipées<sup>1</sup>, tout en ménageant la possibilité au médecin de refuser de les appliquer lorsqu'il les juge « *manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient* ».

La loi de 2016 autorise également le recours à « *la sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès associée à une analgésie et à l'arrêt des traitements de maintien en vie* ».

Cette sédation, « *qui entraîne un état de sommeil résistant aux stimulations* »<sup>2</sup>, peut être mise en œuvre à **la demande du patient** ; trois conditions cumulatives doivent alors être réunies :

- le patient souffre d'une affection grave et incurable ;
- la souffrance du patient est réfractaire aux traitements ou insupportable en cas d'arrêt des traitements ;
- le pronostic vital est engagé à court terme.

Les patients **en incapacité d'exprimer leur volonté** peuvent également être placés sous sédation profonde et continue jusqu'au décès **au titre du refus de l'obstination déraisonnable**.

La sédation profonde et continue jusqu'au décès ne peut être mise en œuvre qu'à l'issue d'**une procédure collégiale** définie par voie réglementaire.

#### **Pronostic vital engagé à court terme en phase palliative : définition**

La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) rappelle que la notion de pronostic vital engagé à court terme est appréhendée au travers de plusieurs recommandations internationales<sup>3</sup> :

- selon l'*European Association of Palliative Care (EAPC)*, la sédation continue jusqu'au décès peut être envisagée pour les patients dont le décès est attendu sous quelques heures ou quelques jours ;

<sup>1</sup> Article L. 1111-11 du code de la santé publique : « Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. »

<sup>2</sup> Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, Fiche repère, *Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès*, mai 2017.

<sup>3</sup> Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, Fiche repère, *Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès*, mai 2017.

- selon les recommandations du collège des médecins québécois, elle peut être proposée lorsque le pronostic vital du patient est estimé à deux semaines au plus.

Dans son guide relatif à la mise en œuvre de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, la HAS fait référence à la définition de l'EAPC.

Saisi de la loi Claeys-Leonetti, le Conseil constitutionnel a validé la conformité de ces dispositions au regard de la liberté personnelle et du principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine. En tout état de cause, la loi doit prévoir des garanties suffisantes visant à éviter toute dérive des pratiques.

Ainsi que le relève le Gouvernement, « *la volonté du patient, la recherche de l'apaisement et la préservation de la dignité sont désormais au cœur des dispositifs de fin de vie* »<sup>1</sup>.

## **2. Un cadre législatif qui répond à l'essentiel des situations de fin de vie, mais qui demeure mal connu et insuffisamment appliqué**

*a) Une législation qui permet d'apporter une réponse satisfaisante aux situations engageant le pronostic vital à court terme*

La législation en vigueur définit les conditions d'accompagnement des personnes dont le pronostic vital est engagé à court terme. Nombre d'institutions se sont prononcées sur le caractère satisfaisant des solutions qu'elle apporte, et les professionnels de santé exerçant dans les services de soins palliatifs l'approuvent.

• Dans une étude de 2018, le Conseil d'État considérait que « *la loi actuelle permet de répondre à l'essentiel des demandes sociales relatives à la fin de vie, dans la mesure où elle donne la possibilité au malade de se voir délivrer des soins palliatifs que son état requiert, d'obtenir l'arrêt de l'ensemble des traitements qui lui sont prodigués, une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès et, le cas échéant, une intervention médicale ayant, comme le prévoit l'article L. 1110-5-3 du code de la santé publique, "comme effet d'abrégé la vie"* »<sup>2</sup>.

L'article L. 1110-5-3 précité autorise en effet le médecin à pratiquer « *l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrégé la vie* ». **L'accélération de la survenue du décès n'est alors qu'une conséquence de la possibilité d'accéder à toutes les thérapeutiques permettant le soulagement de la souffrance ; elle n'est jamais le but recherché.**

<sup>1</sup> Étude d'impact du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, 10 avril 2024.

<sup>2</sup> Conseil d'État, Révision de la loi de bioéthique : quelles options demain ?, Étude à la demande du Premier ministre, 28 juin 2018.

• Ces derniers mois, **plusieurs institutions ayant contribué au débat sur la fin de vie ont considéré que le cadre juridique actuel** – sous réserve d’une mise en œuvre pleinement effective – **permet de répondre de façon satisfaisante aux situations de fin de vie lorsque le pronostic vital est engagé à court terme**. Se référant à la définition retenue par l’*European Association of Palliative Care*, la notion de court terme est entendue par la HAS comme une échéance de quelques heures à quelques jours (*cf. supra*)<sup>1</sup>.

Ainsi, le **Comité consultatif national d’éthique** indique que « *l’arrêt des thérapeutiques jugées déraisonnables, la poursuite des soins palliatifs et la possibilité de recours à une sédation profonde et continue jusqu’au décès, permettent en général une fin de vie relativement sereine et paisible* »<sup>2</sup>.

De même, l’**Académie nationale de médecine** souligne la valeur du socle législatif actuel et la nécessité de le maintenir, voire de le renforcer. Sans nier le décalage observé entre les dispositions de la loi et son application pratique, elle observe que « *l’équilibre figurant ainsi dans la législation pour la situation de court terme ne peut qu’être approuvé. Il n’a pas à être modifié. Il a été et est le socle fondateur d’une avancée humaine. Il permet de prendre en compte la volonté de la personne malade et de la soulager de toute souffrance liée à une fin de vie à court terme* »<sup>3</sup>.

• Pour Ségolène Perruchio, présidente de la Société française d’accompagnement et de soins palliatifs, la sédation profonde et continue jusqu’au décès correspond à un soin qui, de manière très exceptionnelle, est nécessaire<sup>4</sup>. Si son usage demeure limité, c’est notamment parce qu’il existe une diversité d’options thérapeutiques permettant de soulager efficacement les patients, sans avoir besoin de recourir à une sédation profonde non réversible : « *Les sédations sont très peu utilisées dans les services de soins palliatifs pour la bonne raison que nous arrivons à soulager nos patients sans qu’ils aient besoin de demander à être totalement endormis. Il y a de nombreuses pratiques sédatives et de soulagement, mais nous avons besoin de la sédation profonde pour certains patients que nous ne parvenons pas à soulager autrement* ».

Une prise en charge anticipée en soins palliatifs et adaptée aux besoins de chaque personne permet donc de traiter efficacement, dans la quasi-totalité des cas, les douleurs intenses des patients souffrant d’une pathologie grave et incurable, quelle que soit l’échéance de leur pronostic vital. **La nécessité de recourir à la sédation profonde et continue demeure ainsi marginale, mais constitue une option thérapeutique utile dans certaines situations.**

---

<sup>1</sup> HAS, *Guide du parcours de soins – Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu’au décès ?*, février 2018, version actualisée en janvier 2020.

<sup>2</sup> CCNE, avis n° 139, *Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie*.

<sup>3</sup> Académie nationale de médecine, « Favoriser une fin de vie digne et apaisée : Répondre à la souffrance inhumaine et protéger les personnes les plus vulnérables », 27 juin 2023.

<sup>4</sup> Audition par la commission des affaires sociales de la Société française d’accompagnement et de soins palliatifs, 8 juillet 2025.

En tout état de cause, la sédation profonde et continue jusqu'au décès n'est pas l'unique pratique sédative à visée palliative à la disposition du médecin pour accompagner les patients en fin de vie et souffrant de douleurs réfractaires. Ainsi, lorsque le pronostic vital n'est pas engagé à court terme, c'est-à-dire que le décès est attendu dans un délai supérieur à quelques jours et que les symptômes sont réfractaires, la HAS recommande de proposer au patient en phase avancée ou terminale d'une maladie une sédation réversible de profondeur proportionnée au besoin de soulagement<sup>1</sup>. Cette pratique, transitoire ou intermittente, permet au patient de préserver une vie relationnelle.

*b) Une législation encore largement méconnue des patients et des soignants*

Si la loi Claeys-Leonetti a constitué une avancée pour le droit des patients en fin de vie, sa mise en œuvre apparaît pourtant insuffisante et en deçà de l'ambition qu'elle portait, près de dix ans après son entrée en vigueur.

• Ainsi qu'a pu le relever la mission d'information de l'Assemblée nationale relative à l'évaluation de la loi du 2 février 2016<sup>2</sup>, les dispositions de la loi restent largement méconnues des patients et des soignants. La mission a ainsi souligné :

- que les directives anticipées et la personne de confiance constituent des avancées dont la portée est limitée dans les faits ;

- que la sédation profonde et continue jusqu'au décès (SPCJD) demeure **une pratique exceptionnelle, mise en œuvre dans 0,9 % des situations de phase palliative terminale** dans les structures de soins palliatifs<sup>3</sup>.

À propos de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, principale innovation de la loi Claeys-Leonetti, la mission d'information de l'Assemblée nationale établit les constats suivants :

*« Dans la pratique, semble persister **une confusion autour du sens de la SPCJD et de l'intention qui la sous-tend**. Certains dénoncent en effet une forme d'hypocrisie autour de cette pratique.*

[...]

---

<sup>1</sup> HAS, *Guide du parcours de soins – Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ?*, février 2018, version actualisée en janvier 2020.

<sup>2</sup> *Rapport d'information sur l'évaluation de la loi 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie*, O. Falorni, C. Fiat et D. Martin, commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

<sup>3</sup> Cette donnée citée par le rapport de la mission de l'Assemblée nationale est issue de l'étude PREVAL-S2P conduite en 2022, l'acte de sédation profonde et continue jusqu'au décès ne faisant pas l'objet d'un codage au sein du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

« Le moment opportun où enclencher la SPCJD, qui ne peut intervenir que lorsque le pronostic vital du patient est engagé " à court terme ", n'est pas facile à évaluer.

« **La SPCJD suscite une forme de réticence chez certains soignants qui pourrait expliquer le faible recours à cette pratique.** Une enquête, menée pour le compte du CNSPFV<sup>1</sup> en 2021, a ainsi montré la crainte très forte d'outrepasser le cadre de la loi Claeys-Leonetti, la frontière entre la SPCJD et l'euthanasie étant perçue comme relativement floue »<sup>2</sup>.

- Malgré la publication de recommandations par la Haute Autorité de santé relatives aux conditions de mise en œuvre de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, les soignants semblent s'être peu saisis de ce dispositif qui devait contribuer à l'apaisement des souffrances du patient en fin de vie.

En outre, alors que la loi prévoit qu'elle peut être mise en œuvre y compris à domicile, la sédation profonde et continue jusqu'au décès apparaît particulièrement complexe à organiser dans ces conditions, en raison du niveau de soins et de surveillance qu'elle requiert, mais aussi de l'indisponibilité en ville des médicaments nécessaires à la mise en œuvre de cette sédation.

- Jusqu'en 2025, l'absence de codage des actes de sédation profonde et continue jusqu'au décès dans le programme de médicalisation des systèmes d'information n'a pas permis d'établir un bilan précis de cette pratique. Le recueil de ces données depuis mars 2025 permettra prochainement d'en estimer la prévalence dans les établissements de santé.

### **3. Un cadre législatif qui ne répond pas aux situations dans lesquelles le pronostic vital n'est pas engagé à court terme**

- Michel Amiel et Gérard Dériot, rapporteurs au Sénat de la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, devenue la loi du 2 février 2016, fixaient clairement le cadre et donc les limites de ce nouveau texte :

« La commission des affaires sociales a posé les garanties permettant d'affirmer que **la mise en place d'une sédation profonde et continue ne constitue en aucun cas un acte d'euthanasie.** Celle-ci ne peut en effet concerner que les personnes malades en fin de vie dont la souffrance est réfractaire à tout autre traitement. »<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie.

<sup>2</sup> Rapport de l'Assemblée nationale précité., p. 10.

<sup>3</sup> Rapport au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi adoptée avec modifications par l'Assemblée nationale en deuxième lecture, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, M. Amiel et G. Dériot.

De fait, ainsi que le formule le Conseil d'État, « *la loi française ne permet pas [...] de répondre aux demandes d'aide à mourir formées par des patients qui ne sont pas en situation de fin de vie, c'est-à-dire dont le pronostic vital n'est pas engagé à court terme* »<sup>1</sup>.

Ainsi, **non seulement la loi en vigueur fixe un horizon temporel limité au court terme - de quelques heures à quelques jours - mais elle interdit aussi de pratiquer un acte ayant pour effet direct de provoquer la mort.**

Or, dans un contexte de vieillissement de la population et de progression de certaines pathologies telles que les cancers, qui demeurent pour partie incurables, la demande sociale d'une meilleure prise en compte des souffrances individuelles engendrées par la maladie et endurées pendant plusieurs mois ou plusieurs années se fait plus prégnante.

- À la question de savoir si le cadre actuel d'accompagnement de la fin de vie est adapté à la diversité des situations rencontrées, **la convention citoyenne sur la fin de vie** a répondu négativement. Deux explications principales sont avancées : d'une part, l'inégalité d'accès aux soins palliatifs sur le territoire ; d'autre part, l'absence de réponse aux situations individuelles dans lesquelles le pronostic vital n'est pas engagé à court terme, mais qui se caractérisent par d'importantes douleurs causées par une pathologie incurable. En avril 2023, la convention citoyenne sur la fin de vie s'est ainsi positionnée en faveur de la reconnaissance d'une aide à mourir (75,6 % des votants).

Le **Conseil économique, social et environnemental (CESE)** a prolongé la réflexion de la convention citoyenne, par un avis du 9 mai 2023, préconisant d'affirmer que le droit à l'accompagnement de la fin de vie intègre une aide active à mourir.

Le **Comité consultatif national d'éthique** avait ouvert la voie, dès le 13 septembre 2022, en considérant « *qu'il existe une voie pour une application éthique d'une aide active à mourir, à certaines conditions strictes* »<sup>2</sup>.

Enfin, l'**Académie nationale de médecine** a pris une position d'ouverture prudente, assortie de nombreuses réserves. Dans un avis du 27 juin 2023, face à « *la persistance de situations de détresses physique et psychologique de personnes souffrant de maladies graves et incurables dont le pronostic vital n'est pas engagé à court terme* », elle a considéré **que le suicide assisté pouvait être reconnu, à titre exceptionnel, pour répondre à certains cas non couverts par la loi.**

---

<sup>1</sup> Conseil d'État, Révision de la loi de bioéthique : quelles options demain ?, Étude à la demande du Premier ministre, 28 juin 2018.

<sup>2</sup> CCNE, avis n° 139, Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie.

• Les avis et prises de position de ces diverses institutions, non exempts de nuances, partent du constat que **le cadre législatif en vigueur ne traite pas des situations dans lesquelles le pronostic vital n'est pas engagé de façon imminente.**

Dans son avis n° 139, le CCNE rappelle les conclusions d'une étude conduite dans les années 2010-2011 dont les résultats indiquaient que **9 % des patients admis en soins palliatifs expriment un désir de mourir et que 3 % d'entre eux demandent une euthanasie.** Il est néanmoins malaisé de se fonder sur ces données, désormais anciennes, et collectées avant la promulgation de la loi Claeys-Leonetti de 2016.

Au-delà de ces statistiques incertaines, l'Académie nationale de médecine reconnaît « *qu'en dépit de soins palliatifs de qualité, certaines personnes souffrant de maladies graves, incurables, sources de souffrances inapaisables et dont le pronostic vital n'est pas engagé à court mais à moyen terme, expriment la volonté ferme et réitérée de mourir.* »

Néanmoins, aucune étude statistique récente ne permet d'estimer la proportion de personnes majeures concernées par une maladie grave et incurable engendrant des souffrances réfractaires ou insupportables qui exprimeraient le souhait de recourir à une aide à mourir, le cas échéant après une prise en charge en soins palliatifs.

#### **Les expatriations de Français à l'étranger pour bénéficier d'une aide médicale à mourir : une réalité marginale**

La Belgique et la Suisse, deux pays limitrophes de la France accueillent des Français désirant bénéficier d'une aide médicale à mourir. Les données publiées par chacun de ces États témoignent d'une réalité tangible, mais néanmoins limitée en volume.

En 2022 et 2023, la Belgique aurait accueilli 154 Français euthanasiés dans le pays. La commission fédérale d'évaluation et de contrôle belge note que ce chiffre représente le nombre minimal de cas connus, la mention du pays de résidence n'étant pas une obligation légale pour les médecins belges. Dans son dernier rapport, la commission souligne les difficultés liées à « *des interruptions dans la continuité de soins pour ces patients* » français et « *les difficultés logistiques rencontrées pour réaliser l'acte euthanasique dans ce contexte de mobilité médicale* »<sup>1</sup>.

En Suisse, 57 Français auraient été accompagnés pour mettre fin à leur vie par un suicide assisté en 2024, selon les données publiées par l'association Dignitas, qui prend en charge des non-résidents nationaux.

<sup>1</sup> Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, *Onzième rapport aux chambres législatives (années 2022-2023)*.

**B. Le modèle envisagé : une aide à mourir érigée en droit-créance, combinant suicide assisté et euthanasie**

L'article 2 procède à la création d'une nouvelle section 2 *bis*, après la section 2 du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique. Intitulée « Aide à mourir », cette section 2 *bis* accueillerait les dispositions créées par le présent texte relatives à l'aide à mourir. Elle serait subdivisée en plusieurs sous-sections ; la première d'entre elle, créée par l'article 2, porterait sur la définition de l'aide à mourir.

Les articles 2 et 3, qui consacrent et définissent la possibilité de recourir à l'aide à mourir, sont présentés conjointement. Sont successivement analysés la nature de cette aide à mourir, le principe de sa dépénalisation et son rattachement au droit à une fin de vie digne et accompagnée de l'apaisement des souffrances, opéré par l'article 3.

**1. L'autorisation du suicide assisté et de l'euthanasie**

Aux termes du I du nouvel article L. 1111-12-1 du code de la santé publique, « *l'aide à mourir consiste à autoriser et à accompagner une personne qui en a exprimé la demande à recourir à une substance létale, dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7, afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est pas physiquement en mesure d'y procéder, se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier* ».

• À titre liminaire, il peut être relevé que **l'aide à mourir prend corps à la fois dans le fait d'autoriser l'acte et dans l'accompagnement de la personne dans l'exécution de l'acte**, c'est-à-dire dans l'administration de la substance létale. Il y a donc un acte positif de soutien et d'appui, dont peut rendre compte la notion d'aide « active » à mourir employée par le Comité consultatif national d'éthique dans son avis n° 139 précité, mais qui ne figure pas dans la proposition de loi.

• **Plus substantiellement, telle que définie par le présent article, l'aide à mourir recouvre à la fois le suicide assisté et l'euthanasie.**

En prévoyant que la personne s'administre elle-même la substance létale, l'article propose d'**autoriser le suicide assisté**. En prévoyant, de façon alternative que la personne se fasse administrer la substance létale lorsqu'elle n'est pas physiquement en mesure d'y procéder elle-même, **l'article autorise l'euthanasie à titre subsidiaire**. Toutefois, aucun de ces termes ne figure dans l'article 2 ni, plus largement, dans la proposition de loi.

À cet égard, le Conseil d'État avait observé qu'employée de façon isolée, l'expression « aide à mourir » pouvait « être comprise comme visant des pratiques autres que l'assistance au suicide ou l'euthanasie à la demande de la personne, tels les soins palliatifs ou d'autres formes d'accompagnement »<sup>1</sup>. Sans émettre d'objection à son emploi, il avait constaté que « le projet de loi crée une procédure autorisant l'assistance au suicide et l'euthanasie à la demande de la personne ».

• Ainsi, **le dispositif module l'implication de la personne dans l'administration de la substance létale en fonction de son degré d'autonomie physique**. Les conditions d'appréciation de la capacité physique de la personne ne sont pas précisées ; il est supposé qu'elle devrait être médicalement constatée. En ne précisant pas que l'incapacité physique devrait être liée à l'affection dont souffrirait la personne, le texte n'exclut pas la possibilité qu'elle résulte d'un état de stress ou émotionnel temporaire.

L'euthanasie ne pourrait être pratiquée que par un médecin ou par un infirmier. Ce point constitue une différence essentielle avec le dispositif que prévoyait le projet de loi gouvernemental relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie. En effet, le texte déposé par le Gouvernement à l'Assemblée nationale en avril 2024 prévoyait que l'euthanasie puisse être pratiquée par un médecin, un infirmier ou une tierce personne volontaire, désignée par le demandeur de l'aide à mourir.

#### **Euthanasie, suicide assisté et aide à mourir : définitions**

- **Euthanasie**

« Acte de hâter ou de provoquer délibérément la mort d'une personne, en vue de la délivrer de souffrances ou d'une condition de vie insupportables » (dictionnaire Larousse).

« Acte d'un tiers qui met délibérément fin à la vie d'une personne qui le demande, dans l'intention de mettre un terme à une situation jugée insupportable » (CCNE, avis n° 63, janvier 2000).

« 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 » (étude d'impact du PJJ relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie).

Le mot « euthanasie » tire ses origines du grec ancien, *eû* signifiant « bonne » et *thánatos*, « mort ».

---

<sup>1</sup> Conseil d'État, n° 408204, Avis sur un projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, 4 avril 2024.

- **Suicide assisté ou assistance au suicide**

« Expression désignant le fait de prodiguer à une personne qui le demande l'environnement et les moyens pharmacologiques nécessaires pour qu'elle mette fin à sa vie. [...] La personne qui le demande s'auto-administre la substance létale » (SFAP, Fin de vie – Les données du débat, 2025).

« 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 » (étude d'impact du PJJ relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie).

Toutefois, la notion de suicide assisté revêt des réalités très différentes, si l'on compare le cas des États-Unis où aucun accompagnement du patient n'est prévu à celui de la Suisse ou des Pays-Bas par exemple, qui organisent un soutien à la personne tout au long du processus.

- **Aide à mourir**

Expression utilisée par la présente proposition de loi, qui combine le suicide assisté et l'euthanasie. Elle est également employée par certaines législations étrangères, comme au Canada qui reconnaît une « aide médicale à mourir » ou en Espagne, où la loi se réfère à une « aide pour mourir ».

L'Académie nationale de médecine, qui a pris position sur la question de la fin de vie, a relevé l'imprécision de l'expression « aide à mourir » et pointé du doigt la confusion qu'elle entretient entre euthanasie et suicide assisté. Dans son avis du 27 juin 2023, elle indique ainsi que « *vis-à-vis des soignants, des patients et des familles, l'assistance au suicide et l'euthanasie n'ont pas la même portée et doivent être distinguées l'une de l'autre* »<sup>1</sup>.

- **La reconnaissance par la loi française d'une aide à mourir combinant suicide assisté et euthanasie doit, au préalable, être purgé de tout risque d'inconstitutionnalité et d'inconventionnalité.**

La conformité de ce dispositif aux dispositions du bloc de constitutionnalité<sup>2</sup> et aux dispositions des traités internationaux, ratifiés ou approuvés par la France<sup>3</sup>, peut être appréciée à l'aune d'une abondante jurisprudence du Conseil d'État, du Conseil constitutionnel et de la Cour européenne des droits de l'homme.

---

<sup>1</sup> Académie nationale de médecine, « Favoriser une fin de vie digne et apaisée : Répondre à la souffrance inhumaine et protéger les plus vulnérables », avis du 27 juin 2023.

<sup>2</sup> Conseil constitutionnel (CC), déc. n° 71-44 DC du 16 juillet 1971, Liberté d'association.

<sup>3</sup> Article 55 de la Constitution.

Selon le Conseil d'État<sup>1</sup>, le principe du respect de la vie pourrait être raisonnablement déduit de l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, qui affirme les « *droits naturels et imprescriptibles de l'Homme* ». Le préambule de la Constitution de 1946 consacre par ailleurs le droit à la protection de la santé.

**Néanmoins, le Conseil constitutionnel n'a jamais consacré un droit au respect de la vie. Il a en revanche érigé la sauvegarde de la dignité de la personne humaine en principe à valeur constitutionnelle<sup>2</sup> et fondé plusieurs de ses décisions sur ce principe<sup>3</sup>.**

En tout état de cause, le juge constitutionnel veille à concilier les différents principes à valeur constitutionnelle, ainsi que l'illustre sa décision du 27 juin 2001 sur la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Il y souligne la nécessité de préserver « *l'équilibre que le respect de la Constitution impose entre, d'une part, la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme de dégradation et, d'autre part, la liberté [de la femme] qui découle de l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* »<sup>4</sup>.

**Le Conseil constitutionnel a par ailleurs rappelé à plusieurs reprises<sup>5</sup> qu'il ne détenait pas, notamment en matière médicale et de bioéthique, de pouvoir d'appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement**, compétent en vertu de l'article 34 de la Constitution pour déterminer les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques en ces matières. Le législateur jouit donc d'une grande liberté d'appréciation pour fixer les contours d'une aide à mourir en droit français. Sous réserve de garanties suffisantes et appropriées, la reconnaissance d'une aide à mourir comprenant le suicide assisté et l'euthanasie n'apparaît donc pas incompatible avec la Constitution française.

Du point de vue du droit international, la jurisprudence abondante de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) l'a conduite à juger :

- qu'aucun droit à mourir découlant d'un principe d'autodétermination ne peut être déduit de l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CESDH)<sup>6</sup> ;

---

<sup>1</sup> Conseil d'État, avis sur les propositions de lois n° 312, n° 586, n° 623, n° 686 et n° 735 relatives à l'assistance médicalisée pour mourir et aux droits des malades en fin de vie, assemblée générale du 7 février 2013.

<sup>2</sup> CC, déc. n° 93-343/344 du 27 juillet 1994, Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.

<sup>3</sup> CC, déc. n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017.

<sup>4</sup> CC, déc. n° 2001-446 du 27 juin 2001, Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

<sup>5</sup> CC, déc. n° 93-343/344 du 27 juillet 1994 ; déc. n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017.

<sup>6</sup> CEDH, *Pretty c. Royaume-Uni*, n° 2346/02, et *Lings c. Danemark*, no 15136/20, §52, 12 avril 2022.

- que le droit à l'autodétermination de sa fin de vie peut constituer un aspect du droit au respect de la vie privée au sens de l'article 8 de la CESDH<sup>1</sup> ;

- que n'incombe pas aux États une obligation de reconnaître et de mettre en œuvre un dispositif visant à autoriser une aide à mourir<sup>2</sup>.

Dans un arrêt de référence, elle a également jugé que la protection du droit à la vie énoncée à l'article 2 de la CESDH « 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) »<sup>3</sup>. Il en résulte qu'un État qui dépénaliserait la pratique de l'euthanasie ou du suicide assisté est tenu de prévoir des garanties adéquates et suffisantes visant à prévenir les abus.

## 2. La dépénalisation de l'aide à mourir

• Le II du nouvel article L. 1111-12-1 vise à **dépénaliser l'aide à mourir en précisant qu'elle est un acte autorisé par la loi au sens de l'article 122-4 du code pénal**, aux termes duquel « *n'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires.* »

Les articles 221-1 à 221-5-4 du code pénal sanctionnent les atteintes volontaires à la vie d'une personne. Le meurtre et l'empoisonnement sont ainsi punis de trente ans de réclusion criminelle, et de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'ils sont commis sur « *une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur* » ou sur « *une personne dont l'état de sujétion psychologique ou physique* » est également connu de son auteur<sup>4</sup>.

Le II du nouvel article L. 1111-12-1 du code de la santé publique permet donc d'écarter l'application de ces dispositions pour la mise en œuvre des dispositions relatives à l'aide à mourir. En principe, la dépénalisation ne vaut que pour autant que les dispositions régissant les conditions de mise en œuvre de l'aide à mourir soient respectées ; ainsi, **un manquement aux exigences légales devrait faire obstacle à l'application de la règle de dépénalisation.**

Toutefois, **en pratique, la règle prévue par le II ne serait écartée qu'en fonction de la nature du manquement constaté, de l'appréciation de son degré de gravité** – non-respect des conditions d'éligibilité à l'aide à mourir, non-respect du délai de réflexion de la personne pour confirmer sa demande d'aide à mourir, ou administration de la substance létale à une personne qui était en capacité de se l'auto-administrer – **et, le cas échéant, de l'existence d'une intention pénale de l'agent ayant commis le manquement.**

<sup>1</sup> CEDH, *Haas c. Suisse*, n° 31322/07, 20 janvier 2011.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> CEDH, *Mortier c. Belgique*, n° 78017/17, 4 octobre 2022.

<sup>4</sup> 3° et 3° bis de l'article 221-4 du code pénal et article 221-5 du même code.

Ces éléments seraient soumis à l'appréciation du juge, appelé à se prononcer en cas de dénonciation ou de plainte déposée par un proche du défunt, ou par suite d'un signalement émis auprès du procureur de la République sur le fondement du second alinéa de l'article 40 du code de procédure pénale.

**Du régime des sanctions applicables en cas de manquement aux conditions  
légales de mise en œuvre d'une procédure d'aide à mourir :  
le cas belge**

La Cour constitutionnelle belge a statué sur la nécessité de prévoir des sanctions différenciées en cas de manquement aux conditions légales matérielles ou procédurales. Le 20 octobre 2022, elle s'est prononcée sur deux questions préjudicielles que lui avait adressées le Tribunal de première instance de Flandre orientale, division de Termonde<sup>1</sup> :

- la première portait sur la conformité à la Constitution d'un régime indifférencié de sanctions applicables en cas de non-respect d'une part des conditions matérielles et d'autre part des conditions procédurales exigibles pour la mise en œuvre d'une procédure d'euthanasie ;

- la seconde portait sur la qualification de l'acte d'un médecin ayant pratiqué une euthanasie sur une personne en ayant exprimé la volonté de façon libre et éclairée, sans avoir toutefois respecté l'ensemble des conditions matérielles et procédurales exigibles et sur la possibilité que cet acte soit assimilé à celui d'une personne quelconque tuant une autre personne intentionnellement en lui administrant une substance entraînant la mort.

À la première question, la Cour a répondu que l'application d'une seule et même incrimination à toute violation des conditions et procédures de la loi du 28 mai 2002, quelle qu'en soit l'importance, entraînait des conséquences disproportionnées selon la nature de l'infraction commise. Elle a considéré que « *l'obligation positive incombant au législateur de prévoir des garanties efficaces en vue de prévenir les abus lorsqu'une euthanasie est pratiquée ne va pas jusqu'à nécessiter un système de sanctions à ce point sévère* ».

La Cour n'a pas statué sur la seconde question, jugeant que le constat d'inconstitutionnalité fait en réponse à la première rendait inutile d'y répondre pour que le tribunal de première instance statue sur le litige d'espèce.

• Le Conseil constitutionnel, appelé par le passé à se prononcer sur de telles immunités pénales, contrôle que les dispositions concernées respectent **le principe de légalité des délits et des peines**. Dans sa décision n° 98-399 DC du 5 mai 1998<sup>2</sup>, il a ainsi jugé que :

<sup>1</sup> Cour constitutionnelle de Belgique, arrêt n° 134/2022 du 20 octobre 2022.

<sup>2</sup> Conseil constitutionnel, n° 98-399 DC du 5 mai 1998 sur la loi relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile.

« En application de l'article 34 de la Constitution, il revient au législateur [...] de fixer, dans le respect des principes constitutionnels, les règles concernant la détermination des crimes et délits qu'il crée, ainsi que les peines qui leur sont applicables ; qu'il peut aussi prévoir, sous réserve du respect des règles et principes de valeur constitutionnelle et, en particulier, du principe d'égalité, que **certaines personnes physiques ou morales bénéficieront d'une immunité pénale** ; qu'il résulte de l'article 34 de la Constitution, ainsi que du principe de la légalité des délits et des peines posé par l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, la nécessité pour le législateur de fixer lui-même le champ d'application de la loi pénale, de définir les crimes et délits en termes suffisamment clairs et précis pour permettre la détermination des auteurs d'infractions et d'exclure l'arbitraire dans le prononcé des peines, et de fixer dans les mêmes conditions le champ d'application des immunités qu'il instaure ».

### **3. Une aide à mourir rattachée au droit à une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance**

L'article 3 fait de la possibilité d'accéder à l'aide à mourir une composante du droit à « *une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance* », prévu à l'article L. 1110-5 du code de la santé publique.

Dans sa version issue de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, le dernier alinéa de l'article L. 1110-5 prévoit en effet que « **toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance**. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté ».

La rédaction proposée par l'article 3 de la proposition de loi complète ce dernier alinéa. **La possibilité d'accéder à l'aide à mourir devient une condition nécessaire à la jouissance du droit à une fin de vie digne et accompagnée de l'apaisement de toute souffrance**. L'article ne consacre pas l'aide à mourir comme un droit autonome mais en fait un élément constitutif d'un autre droit, lui conférant en pratique une valeur équivalente.

#### **Le suicide assisté et l'euthanasie dans les législations étrangères : des situations variées et évolutives**

Plusieurs pays dans le monde ont adopté une législation sur l'euthanasie ou le suicide assisté, selon des modèles différents : la Suisse, l'Autriche, l'Espagne, le Portugal, la Belgique, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, le Canada, certains États d'Australie (Victoria) et des États-Unis (Oregon, Montana), la Colombie et l'Équateur.

En 2025, d'autres pays sont engagés dans un processus de reconnaissance des pratiques d'aide à mourir, en particulier le Royaume-Uni et la France.

### L'état du droit aux Pays-Bas

En 2001, les Pays-Bas ont été le premier pays à légiférer sur l'euthanasie et le suicide assisté. La loi, dont les dispositions sont entrées en vigueur en 2002 grâce au décret sur la fin de vie sur demande et le suicide assisté, avait été précédée par une dépénalisation de fait depuis les années 1990, encadrée par une jurisprudence bien établie.

Accessible dès l'origine aux majeurs et aux mineurs de plus de 12 ans, l'euthanasie a été ouverte en 2023 aux enfants de moins de 12 ans souffrant d'une maladie incurable.

Pour bénéficier du suicide assisté ou de l'euthanasie, la personne doit exprimer sa demande de façon volontaire et mûrement réfléchi ; il peut être recouru aux directives anticipées pour prendre en compte la volonté de la personne en cas d'incapacité ultérieure. Elle doit être atteinte d'une maladie incurable et subir une souffrance physique ou psychique insupportable, sans perspective d'amélioration. La loi ne prévoit pas de condition relative à l'engagement du pronostic vital.

Une proposition de loi visant à autoriser l'euthanasie pour toute personne âgée de 74 ans au moins pourrait être examinée au cours des prochains mois par le Parlement néerlandais. La pratique de l'euthanasie ou du suicide assisté deviendrait alors déconnectée de toute pathologie ou affection spécifique.

*Proportion des euthanasies et des suicides assistés pratiqués dans la part totale des décès : 5,8 % des décès en 2024, correspondant à 9 958 personnes<sup>1</sup>.*

39,7 % de ces personnes étaient âgées d'au moins 80 ans et 72,7 % d'au moins 70 ans ; 1,2 % étaient âgées de moins de 40 ans.

53,7 % étaient atteintes d'un cancer, 6,8 % d'une pathologie du système nerveux, 4,3 % d'une maladie cardiovasculaire et 3,5 % d'une pathologie pulmonaire.

### L'état du droit en Belgique

La Belgique a dépénalisé l'euthanasie dès 2002. En 2014, une modification législative a ouvert l'euthanasie aux mineurs, à condition qu'ils soient en capacité de discernement et que les deux parents aient donné leur accord.

Pour bénéficier d'une euthanasie, le patient doit être capable de discernement et exprimer une demande volontaire et réitérée ; il doit se trouver dans une situation médicale sans issue, faire état de souffrances physiques et/ou psychiques constantes et inapaisables, résultant d'une affection grave et incurable. La manifestation de la volonté du patient peut prendre la forme d'une déclaration anticipée dans les cas où l'évolution de la pathologie engendrerait une incapacité de la personne à exprimer sa volonté, notamment en cas de coma ou d'état végétatif<sup>2</sup>. La loi ne prévoit pas de condition relative à l'engagement du pronostic vital.

La Belgique s'est vue condamnée par la CEDH, en 2022, en raison de garanties d'indépendance insuffisantes de la commission fédérale de contrôle et d'évaluation, et de modalités de contrôle défectueuses.

<sup>1</sup> Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie aux Pays-Bas, Rapport 2024.

<sup>2</sup> La déclaration anticipée n'est pas accessible aux mineurs d'âge.

*Proportion des euthanasies et des suicides assistés pratiqués dans la part totale des décès : 3 991 personnes en 2024, correspondant à 3,6 % des décès, soit une augmentation de 16,6 % par rapport à 2023<sup>1</sup>.*

Environ 70 % des patients concernés étaient âgés de plus de 70 ans et 42 % avaient plus de 80 ans. L'euthanasie chez les patients de moins de 40 ans reste rare (1,1 %). Depuis 2014, seuls cinq cas d'euthanasie sur des mineurs ont été enregistrés par la commission fédérale de contrôle et d'évaluation.

Les demandes d'euthanasie concernent, par ordre d'importance, les pathologies suivantes : cancers (57,5 % des cas), polypathologies (21,5 %), maladies neurologiques graves (9,3 %), des maladies de l'appareil circulatoire (3,4 %), des maladies de l'appareil respiratoire (3 %), des troubles cognitifs (1,3 %), des affections psychiatriques (1,2 %).

### *L'état du droit en Suisse*

La Suisse autorise l'assistance au suicide, mais pas l'euthanasie qui demeure condamnée comme un homicide.

L'assistance au suicide bénéficie d'une dépénalisation si elle est pratiquée de façon désintéressée, sans mobile égoïste. En effet, l'article 115 du code pénal suisse permet de ménager une telle dérogation à la règle ainsi fixée : « *Quiconque, poussé par un mobile égoïste, incite une personne au suicide, ou lui prête assistance en vue du suicide, est, si le suicide est consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire* »<sup>2</sup>.

Le suicide assisté n'est pas un acte médical ; sa pratique est encadrée par des associations, en dehors de tout cadre sanitaire. S'il revient à un médecin de vérifier l'éligibilité de la personne et de prescrire la substance létale, l'assistance au suicide ne fait pas partie des devoirs du médecin. Elle n'a donc pas à être présentée comme une option thérapeutique au patient par les soignants.

Pour bénéficier d'un suicide assisté, le patient doit être majeur, capable de discernement et manifester une volonté réitérée. L'administration de la substance létale ne peut être accomplie que par le patient lui-même.

Exit et Dignitas sont les deux principales associations accompagnant les personnes dans l'exécution d'un suicide assisté en Suisse. Elles peuvent fixer des critères d'éligibilité variables, compte tenu de la souplesse du cadre juridique suisse. Les prestations qu'elles offrent font l'objet d'une tarification plus ou moins onéreuse, notamment selon le critère de résidence. La Suisse autorise sur son territoire la pratique du suicide assisté pour des non-nationaux et non-résidents.

*Proportion des euthanasies et des suicides assistés pratiqués dans la part totale des décès : 2,8 % des décès en 2023, correspondant à 2 006 personnes<sup>3</sup>.*

<sup>1</sup> Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Onzième rapport aux chambres législatives (années 2022-2023).

<sup>2</sup> Article 115 du code pénal suisse.

<sup>3</sup> 1 756 déclarées par l'association Exit et 250 déclarées par l'association Dignitas (données publiées sur leur site internet respectif).

### L'état du droit en Espagne

L'Espagne a dépénalisé l'euthanasie en 2021 en reconnaissant la possibilité de solliciter une aide à mourir à toute personne majeure, de nationalité espagnole ou résidant dans le pays, capable et consciente au moment de la demande, souffrant d'une maladie grave et incurable ou d'une souffrance lourde, chronique et invalidante. La personne peut exprimer une demande d'aide à mourir par le biais d'une déclaration anticipée en cas de perte à venir de ses facultés de discernement.

La personne a le choix entre la possibilité de s'auto-administrer une substance létale et celle de se la faire administrer par un professionnel de santé.

L'originalité du modèle espagnol réside dans la mise en œuvre d'un contrôle dit « *a priori* » exercé par une commission de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie dans chacune des communautés autonomes du pays. Le processus de validation par la commission, qui fait intervenir un juriste et un médecin, dure au maximum une dizaine de jours au total.

La pratique de l'euthanasie et du suicide assisté est marginale en Espagne, car une majorité du corps médical y serait opposée.

*Proportion des euthanasies et des suicides assistés pratiqués dans la part totale des décès* : 334 personnes (sur 766 demandes) en 2023, soit un taux inférieur à 0,1 %<sup>1</sup>.

L'âge moyen des personnes ayant sollicité une euthanasie s'établit à 68,8 ans ; 35 % d'entre elles souffraient d'un cancer et 35 % d'une maladie neurologique.

### L'état du droit au Canada

L'euthanasie et le suicide assisté ont été autorisés en 2016 sous les termes « aide médicale à mourir », après des modifications apportées au code criminel canadien. Les personnes éligibles à l'aide à mourir sont majeures, capables de discernement et de prendre une décision éclairée ; elles doivent être atteintes d'une maladie ou d'un handicap grave et incurable, se trouver dans une situation caractérisée par un déclin avancé et irréversible de leurs capacités, et endurer des souffrances physiques ou psychologiques persistantes, intolérables et ne pouvant être apaisées.

Ces critères fixés par la *loi concernant les soins de fin de vie* ont été élargis à la suite d'un jugement de la Cour supérieure du Québec le 11 septembre 2019<sup>2</sup>. En l'espèce, la Cour a considéré que le critère d'appréciation principal pour l'admissibilité à l'aide à mourir devait être la souffrance impossible à soulager plutôt que la perspective d'une mort naturelle à échéance « raisonnablement prévisible ». Cette décision a considérablement ouvert le périmètre de l'aide médicale à mourir, au-delà de l'équilibre initial voté par le législateur.

En 2021, la loi a été modifiée en conséquence, notamment pour supprimer le critère du pronostic vital engagé qui n'est plus exigé<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Informe de evaluación anual 2023 sobre la prestación de ayuda para morir, noviembre 2024.

<sup>2</sup> Truchon c. Procureur général du Canada, 2019 QCCS 3792.

<sup>3</sup> Adoption du projet de loi C-7 le 17 mars 2021.

En 2027, les personnes souffrant d'une maladie psychiatrique devraient également devenir éligibles à l'aide médicale à mourir. La législation en vigueur au Canada ne prévoit en effet qu'une exclusion temporaire de ces personnes de l'aide médicale à mourir, jusqu'au 17 mars 2027.

*Proportion des euthanasies et des suicides assistés pratiqués dans la part totale des décès : 4,7 % des décès en 2023, correspondant à 15 343 personnes<sup>1</sup>. La proportion de personnes recourant à l'auto-administration de la substance létale est faible, très peu de personnes ayant choisi cette option depuis 2016.*

Le recours à l'aide médicale à mourir présente des disparités fortes selon les provinces canadiennes, avec une surreprésentation du Québec, de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. En 2023, l'aide médicale à mourir représente 7,2 % des décès au Québec et 6,1 % en Colombie-Britannique.

Au Québec<sup>2</sup>, 63 % des personnes ayant eu recours à l'aide médicale à mourir étaient atteintes d'un cancer en 2022-2023, 10 % souffraient d'une maladie neurodégénérative ou neurologique, 8 % d'une maladie cardiaque, vasculaire ou cérébro-vasculaire, et 7 % d'une maladie pulmonaire.

### L'état du droit en Oregon

L'assistance au suicide a été autorisée en 1997, par la loi « *Death with Dignity Act* ». Une dizaine d'États américains s'en est depuis inspirée<sup>3</sup>.

Après vérification des critères d'éligibilité de la personne en ayant exprimé la demande, le médecin est autorisé à lui prescrire une « *kill pill* » qu'elle pourra se procurer dans une pharmacie. Le patient peut ensuite ingérer le médicament – il lui revient de se l'auto-administrer, sans assistance extérieure – ou ne pas le faire. Sur la période 1997-2024, environ deux tiers des patients s'étant vu prescrire une « *kill pill* » l'ont effectivement ingéré.

Pour être éligible au suicide assisté, il convient d'être majeur, capable de discernement et de prendre une décision éclairée. La personne doit souffrir d'une maladie incurable, en stade terminal, laissant présager une espérance de vie inférieure ou égale à 6 mois. La personne doit avoir été informée de toutes les alternatives au suicide assisté.

Le nombre de médecins acceptant de prescrire les médicaments létaux est extrêmement réduit en Oregon<sup>4</sup>. Les médecins, comme les établissements de soins, sont en effet libres de refuser de participer aux procédures de suicide assisté.

*Proportion des euthanasies et des suicides assistés pratiqués dans la part totale des décès : 0,9 % des décès en 2024, correspondant à 376 personnes (sur 607 personnes ayant reçu une prescription de substance létale au cours de l'année)<sup>5</sup>.*

<sup>1</sup> Santé Canada, *Cinquième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada*, décembre 2024.

<sup>2</sup> *Rapport annuel d'activités de la commission sur les soins de fin de vie du Québec (avril 2022-mars 2023)*.

<sup>3</sup> *Onze États autorisent le suicide assisté, soit légalement, soit par jurisprudence, selon l'étude d'impact du Gouvernement relative au projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie.*

<sup>4</sup> 135 selon les données officielles de l'État de l'Oregon, représentant 2 % des praticiens selon la société française de soins palliatifs (*Fin de vie – Les données du débat*, 2025).

<sup>5</sup> Oregon Health Authority, *Oregon Death with Dignity Act Data Summary*, 2024.

### L'état du droit au Royaume-Uni

Au moment où la proposition de loi sur l'aide à mourir était débattue à l'Assemblée nationale, le Royaume-Uni examinait un projet de loi ayant vocation à autoriser certaines personnes à recourir à une aide pour mettre fin volontairement à leur vie. Le 20 juin 2025, la Chambre des communes a ainsi adopté un texte autorisant le recours à l'aide à mourir pour certains malades en phase terminale. La Chambre des lords doit encore l'examiner<sup>1</sup>.

Cette aide consiste en la fourniture d'une substance létale, par un médecin, à une personne ayant suivi la procédure légale pour lui permettre de se l'administrer et de mettre fin à ses jours. Le cas échéant, le médecin peut aider la personne à ingérer ou à s'auto-administrer la substance si celle-ci l'y a autorisé.

Les conditions d'admissibilité sont les suivantes :

- la personne doit être âgée d'au moins 18 ans, résider de façon stable et régulière sur le territoire national depuis au moins 12 mois, et être inscrite comme patient auprès d'un cabinet de médecine générale ;

- elle doit être apte à manifester sa volonté de façon éclairée pour décider seule de mettre fin à sa vie ;

- la personne doit être en phase terminale d'une affection, c'est-à-dire, selon les dispositions du texte examiné, qu'elle est « atteinte d'une maladie ou d'une affection inévitablement évolutive qui ne peut être inversée par un traitement » et que « son décès en raison de cette maladie ou affection peut raisonnablement être prévu dans les six mois ».

Pour attester que l'ensemble de ces conditions sont effectivement remplies, la personne fait l'objet de deux évaluations successives par des médecins agréés différents. Les médecins agréés habilités à prendre part à ces procédures doivent avoir été formés à l'évaluation de la capacité d'une personne, à déterminer si une personne a été contrainte ou soumise à des pressions de la part d'un tiers, ou si elle a fait l'objet de violences domestiques. Un comité composé de trois experts doit également statuer sur la validité de la mise en œuvre de la procédure.

## **II - Les principales modifications adoptées**

### A. Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture

#### 1. Sur l'article 2

En commission, les députés ont souhaité renforcer la portée de l'aide à mourir en érigeant l'aide à mourir en « droit à l'aide à mourir »<sup>2</sup>. Par ailleurs, ils ont supprimé la condition d'incapacité physique de la personne pour pouvoir recourir à l'euthanasie<sup>3</sup>, afin de permettre de recourir indistinctement au suicide assisté ou à l'euthanasie.

<sup>1</sup> S'il était définitivement adopté, ce texte s'appliquerait en Angleterre et au Pays de Galles, l'Écosse et l'Irlande du Nord disposant de compétences législatives autonomes en matière sociale.

<sup>2</sup> Amendement AS503.

<sup>3</sup> Amendement AS676.

En séance publique, les députés ont rétabli la version du texte déposé, soit le principe d'une exception d'euthanasie conditionnée aux cas où la personne ne serait pas physiquement en mesure de s'administrer elle-même la substance létale<sup>1</sup>.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.**

## **2. Sur l'article 3**

En séance publique, les députés ont complété la rédaction de l'article en prévoyant que le droit à une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance comprend non seulement la possibilité d'accéder à l'aide à mourir mais aussi celle « *de recevoir une information, délivrée sous une forme compréhensible par tous, concernant cette aide* »<sup>2</sup>. Ce faisant, l'article 3 vise à reconnaître un droit à l'information en matière d'aide à mourir, accessible à tous.

La possibilité d'accéder à l'aide à mourir est mentionnée avant l'accès à une information relative à l'aide à mourir. La cohérence de ce choix rédactionnel peut interroger dans la mesure où une information appropriée constitue certainement un préalable à la prise de décision. Au surplus, le dispositif de cet article soulève la question du caractère systématique ou facultatif de cette information, qui relève en tout état de cause de la responsabilité des professionnels de santé œuvrant à la prise en charge de la personne.

Cette question n'est pas théorique et le Royaume-Uni l'a anticipée dans le cadre de l'examen d'un projet de loi sur l'aide médicale à mourir. Le texte adopté par la Chambre des communes, avant sa transmission à la Chambre des lords, contient ainsi les dispositions suivantes<sup>3</sup> :

*« Aucun médecin agréé n'est tenu d'aborder avec une personne la question de la fourniture d'une assistance conformément à la présente loi.*

*« Toutefois, rien [...] n'empêche un médecin agréé d'exercer son jugement professionnel pour décider si, et quand, il est approprié de discuter de la question avec une personne ».*

L'intention des députés français a sans doute été de prévoir un « *droit à l'information* » et de rendre cette information systématique. En l'état néanmoins, la rédaction de l'article 3 demeure pour le moins imprécise quant à une éventuelle obligation d'information pesant sur les professionnels de santé. L'article n'indique par ailleurs pas qui serait chargé de délivrer cette information.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

---

<sup>1</sup> Douze amendements identiques ont été adoptés.

<sup>2</sup> Amendement n° 337.

<sup>3</sup> Terminally Ill Adults (End of life) Bill, as brought for the commons, « 5. Preliminary discussions with registered medical practitioners ».

\*  
\* \*

À l'issue des travaux de l'Assemblée nationale en première lecture, la lecture combinée des articles 2 et 3 fait clairement apparaître l'intention de fixer l'aide à mourir comme un nouveau droit individuel.

• **La notion de droit semble ici renvoyer à celle de « droit-créance » qui suppose une intervention positive de la puissance publique pour en garantir l'effectivité.** De tels droits sont notamment reconnus par le préambule de la Constitution de 1946, comme le droit à la santé, le droit à l'instruction ou le droit au travail.

**La définition des modalités concrètes permettant à tout individu de se prévaloir d'un droit-créance et d'en bénéficier doit alors nécessairement être prévue.** Précisément, la définition de l'aide à mourir fait référence aux conditions de sa mise en œuvre, en renvoyant aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7 que créerait cette proposition de loi et qui régissent les modalités de mise en œuvre de l'aide à mourir. La portée du nouveau droit à l'aide à mourir doit donc être analysée à la lumière de l'ensemble de ces dispositions, notamment des conditions procédurales pour former une demande d'aide à mourir, pour qu'il soit statué sur cette demande et pour qu'un recours puisse être formé contre une décision de refus d'admission à l'aide à mourir. L'ensemble des dispositions de la proposition de loi dessinent ainsi les contours de ce droit.

À cet égard, la direction des affaires civiles et du sceau rappelle que *« si le choix du mot « droit » est souvent interprété comme un indice de la volonté du législateur de retenir un degré de protection fort, une telle interprétation ne conduit pas, juridiquement, à consacrer un quelconque droit absolu, au-delà des limites posées par le texte »*<sup>1</sup>. Dans le cadre de ces limites et de la validation des critères d'admissibilité à l'aide à mourir, l'expression par toute personne d'une demande à y recourir devrait donc se traduire, de façon presque automatique, par un accès effectif à l'aide à mourir.

• **La notion de « droit opposable », qui n'est pas consacrée par le texte, peut également permettre d'approcher l'intention des dispositions des articles 2 et 3.**

L'opposabilité d'un droit suppose une obligation de résultat de la puissance publique et l'existence d'une possibilité de recours amiable ou juridictionnel pour l'usager.

Toutefois, la reconnaissance d'un droit, même opposable, ne suffit pas par elle-même à en garantir l'effectivité. L'exemple du droit opposable à un logement décent et indépendant *« garanti par l'État »*, institué par la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007, l'illustre amplement.

---

<sup>1</sup> Réponse de la direction des affaires civiles et du sceau (DACs) au questionnaire de Madame Canayer, rapporteure pour avis.

Il est donc permis de s'interroger sur l'effectivité du droit à l'aide à mourir en cas d'impossibilité d'accéder à un médecin à brève échéance, ou en cas de refus successifs de médecins de prendre part à une procédure d'aide à mourir. **Dans de telles situations, la mise en cause de la responsabilité de l'État sur le fondement des articles consacrant un droit à l'aide à mourir pourrait être envisagée.**

### **B. Les modifications adoptées par le Sénat en première lecture**

#### **1. En commission**

##### *a) Sur l'article 2*

**La commission a maintenu la possibilité de recourir à l'administration d'une substance létale, en modifiant substantiellement la portée de ce dispositif<sup>1</sup> :**

- d'une part, elle a strictement limité les conditions de sa mise en œuvre en ne l'autorisant que dans les situations où le pronostic vital de la personne est engagé à court terme ;

- d'autre part, elle l'a inscrit dans le prolongement des dispositions de la loi Claeys-Leonetti, en se référant à l'objectif d'éviter toute souffrance et au droit de ne pas subir d'obstination déraisonnable, et en définissant des conditions de mise en œuvre inspirées de celles prévues pour la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

Rejetant le principe d'un « *droit à l'aide à mourir* », la commission a ainsi adopté un dispositif d'« *assistance médicale à mourir* ».

Par cohérence, la commission a modifié les intitulés de la section 2 *bis* et de la sous-section 1<sup>2</sup>, ainsi que l'intitulé de la proposition de loi<sup>3</sup>.

#### **La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

##### *b) Sur l'article 3*

Afin de sécuriser les professionnels de santé dans leur exercice, la commission a également adopté un amendement de réécriture de l'article 3 pour supprimer le droit à recevoir une information relative à l'aide à mourir.

Certains soignants ont exprimé la crainte que leur soit reproché d'informer le patient de la possibilité de recourir à d'autres options que le suicide assisté ou l'euthanasie, c'est-à-dire qu'« *on [leur] interdise, en pratique, de dire à un patient qu'il existe peut-être une meilleure solution que de demander à ce qu'on lui donne la mort* »<sup>4</sup>. Ayant entendu cette crainte, la commission a prévu **qu'un médecin n'est jamais**

---

<sup>1</sup> Amendement COM-123.

<sup>2</sup> Amendements COM-121 et COM-122.

<sup>3</sup> Amendement COM-195.

<sup>4</sup> Ségolène Perruchio, présidente de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, lors de l'audition de la SFAP par la commission des affaires sociales du Sénat le 8 juillet 2025.

tenu d'aborder avec son patient la possibilité de recourir à une substance létale<sup>1</sup>. Cette information demeurerait ainsi à la pleine discrétion du médecin.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

## **2. En séance publique**

**Le Sénat a rejeté la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale.**

### **C. Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale en deuxième lecture**

#### **1. Sur l'article 2**

En commission, les députés ont apporté des modifications rédactionnelles au dispositif.

En séance, les députés ont adopté deux amendements identiques<sup>2</sup> supprimant la condition d'incapacité physique de la personne à s'administrer la substance létale pour autoriser le recours à l'euthanasie. Aux termes de ces amendements, les personnes éligibles à l'aide à mourir pourraient, selon leur choix, recourir indifféremment au suicide assisté ou à l'euthanasie.

En plaçant à égalité le suicide assisté et l'euthanasie, ces amendements ont substantiellement modifié l'équilibre du texte adopté en première lecture par l'Assemblée nationale, alors que l'euthanasie était présentée comme une alternative secondaire mobilisée dans les seuls cas d'incapacité physique de la personne.

Adoptés par une très courte majorité (par 71 voix pour et 70 voix contre), ces amendements ont toutefois fait l'objet d'une **seconde délibération** au terme de laquelle ils ont été rejetés. **L'équilibre trouvé en première lecture à l'Assemblée nationale a donc finalement été préservé.**

**L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

#### **2. Sur l'article 3**

**L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.**

### **III - La position de la commission**

Après le rejet du texte par le Sénat en première lecture, c'est une copie quasiment conforme à la première que les députés ont adoptée en deuxième lecture. En conséquence, la commission a examiné une version de l'article 2 très proche de la précédente et une version identique de l'article 3. Pourtant, les débats à l'Assemblée nationale auraient pu se conclure par l'adoption d'un dispositif beaucoup plus libéral en permettant de recourir indistinctement au suicide assisté ou à l'euthanasie, selon la volonté du patient.

---

<sup>1</sup> Amendement COM-124.

<sup>2</sup> Amendements n° 103 et 893.

- **La commission considère que l'évolution des débats entre la première et la deuxième lecture démontre la fragilité du dispositif envisagé par les députés**, qui viserait théoriquement à cantonner l'euthanasie aux cas où la personne serait incapable de s'administrer la substance létale tout en ouvrant largement les critères d'accès à l'aide à mourir. Les expériences des pays étrangers ayant autorisé les deux formes d'aide à mourir, suicide assisté et euthanasie, démontrent de façon très nette que l'euthanasie n'est jamais une pratique marginale. Partout, elle a totalement éclipsé le suicide assisté. On peut aisément imaginer que le jour de l'administration de la substance létale, une personne qui aurait dû recourir au suicide assisté sollicite finalement l'appui du soignant, pour des raisons liées au stress ou à une vive émotion. Les rapporteurs considèrent donc que l'exception d'euthanasie est un leurre.

Tel qu'envisagé, le dispositif adopté par les députés autorise un glissement certain et dangereux vers une pratique euthanasique qui deviendra rapidement majoritaire, si ce n'est exclusive. **L'exception d'euthanasie ne résistera pas à l'épreuve de l'expérience pratique.** Comme au Canada, en Belgique ou aux Pays-Bas, le suicide assisté deviendra l'exception, contre la volonté du législateur. À cet égard néanmoins, la commission a émis des doutes sérieux sur l'intention réelle du Gouvernement et de l'Assemblée nationale, l'encadrement du dispositif n'étant que très abstrait.

- **L'adoption en deuxième lecture d'un dispositif peu ou prou identique à celui de la première lecture témoigne certainement de la recherche d'une voie de passage, à l'Assemblée nationale, pour faire adopter la proposition de loi.** Entre les partisans d'une aide à mourir plus ouverte et ceux d'un dispositif plus prudent, les députés ont finalement opté pour le maintien des acquis du premier texte.

Au Sénat, l'examen du texte en première lecture mis en évidence les dissensions qui traversent tous les groupes politiques. À l'écoute de chacune de ces sensibilités, les rapporteurs ont porté une proposition qui leur semblait pouvoir réunir une majorité suffisante pour permettre l'adoption du texte. Assurément plus étroite qu'à l'Assemblée nationale, c'est néanmoins bien à une voie de passage qu'ont œuvré les rapporteurs en première lecture.

La majorité obtenue pour le vote du texte à l'Assemblée nationale témoigne pourtant d'un resserrement certain de cette majorité en deuxième lecture : adopté par 299 voix pour et 226 voix contre le 25 février 2026, le texte l'avait été par 305 voix pour et 199 voix contre le 27 mai 2025. Sur ce sujet plus que sur aucun autre, l'approfondissement du débat et le temps long sont donc susceptibles d'infléchir les positions individuelles.

- **Dans la continuité des travaux conduits en première lecture, la commission considère que le débat sur l'aide à mourir doit être centré sur les situations relevant véritablement de la fin de vie. Or, le débat actuel excède très largement ce cadre.**

La consécration d'un droit-créance par les articles 2 et 3 de même que les conditions d'accès fixées à l'article 4 portent une vision extensive de l'aide à mourir, loin d'un dispositif de dernier recours. Sur ce point, **la commission souligne la contradiction entre l'expression nuancée du Gouvernement en faveur d'une aide à mourir strictement réservée à des cas exceptionnels et son soutien à un dispositif accessible à de très nombreux malades.**

À cet égard, elle a voulu réitérer certaines observations qui lui semblent devoir guider les travaux du Parlement.

En premier lieu, malgré la consécration d'un droit aux soins palliatifs depuis 1999, la commission constate que toutes les situations de fin de vie ne sont pas accompagnées ni prises en charge dans des conditions adaptées, compte tenu notamment des fragilités de l'offre de soins palliatifs et du manque de professionnels formés.

En deuxième lieu, l'expression du désir de mort est rarissime chez les personnes ayant accès aux soins palliatifs. Il n'est pas inexistant, mais tout à fait marginal, comme le confirment les professionnels de santé œuvrant dans ces services et les nombreux médecins auditionnés par les rapporteurs. Le devoir de la société est donc d'abord de pourvoir aux besoins des patients nécessitant des soins palliatifs. Telle devrait être la priorité du Gouvernement.

En troisième lieu, la loi ne peut qu'échouer à régler toutes les situations de fin de vie, compte tenu de l'infinie variété des cas particuliers qui n'entreront jamais parfaitement dans les bornes qu'elle définit. Cette prise de conscience devrait inciter le législateur à définir un dispositif strictement proportionné permettant de répondre aux situations peu nombreuses dans lesquelles les personnes ont un désir de mort.

En conséquence et en quatrième lieu, la commission a alerté sur le risque sérieux, si ce n'est certain, d'un dispositif non maîtrisé, dont les bornes seront sans cesse repoussées pour prendre en compte de nouvelles souffrances ou pathologies non incluses dans le champ initial de la loi. Cette tendance, à l'œuvre dans tous les pays ayant consacré une forme d'aide à mourir, conduit Pierre Deschamps, avocat et membre de la commission sur les soins de fin de vie au Québec, à formuler l'avertissement suivant : « *On peut affirmer avec une quasi-certitude que, une ou deux décennies après avoir légalisé l'euthanasie, la France commencera à ressembler à des pays comme les Pays-Bas, le Canada ou la Belgique* »<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Audition par la commission des affaires sociales de Jacqueline Herremans, Pierre Deschamps et Theo Boer, sur le thème des expériences étrangères de soins palliatifs et d'aide à mourir, 1<sup>er</sup> juillet 2025.

- **L'existence de situations de détresse inapaisables en fin de vie exige certainement une évolution du cadre législatif actuel, mais de façon maîtrisée, proportionnée et strictement encadrée.** À défaut d'un tel cadre, la reconnaissance d'une forme d'aide à mourir engendrerait les mêmes dérives que celles constatées chez certains de nos voisins européens, sur lesquelles nombre d'experts ont alerté les rapporteurs. La commission regrette amèrement que leur voix ne soit pas davantage entendue en France.

- La commission a renouvelé son soutien au dispositif d'assistance médicale à mourir porté en première lecture par les rapporteurs. Elle a en effet considéré qu'il pouvait constituer une évolution répondant aux situations exceptionnelles dans lesquelles les patients expriment le désir de mourir, et estimé que son articulation avec les dispositions de la loi Claeys-Leonetti permettait de consolider l'équilibre d'un modèle d'accompagnement de la fin de vie faisant primer le soulagement de la douleur, sans interdire l'administration d'une substance létale.

À cette fin, à l'article 2, **la commission a substitué au droit à l'aide à mourir un dispositif d'assistance médicale à mourir autorisant un médecin à prescrire une substance létale afin d'éviter au patient en fin de vie toute souffrance et toute obstination déraisonnable (COM-54).** Ce cadre est inspiré de celui fixé par la loi Claeys-Leonetti. L'administration de la substance létale par le médecin ou l'infirmier est prévue afin de ne pas interdire le recours à l'assistance médicale à mourir aux personnes dont l'état de santé très dégradé ne leur permettrait de s'administrer elles-mêmes la substance. La commission a également précisé que l'assistance médicale à mourir ne saurait être assimilée à un acte de prévention, de diagnostic ou de traitement au sens de l'article L. 1110-1 du code de la santé publique, qui fonde le cadre général des obligations des professionnels de santé (COM-55).

Par cohérence, la commission a modifié les intitulés de la section 2 *bis* et de la sous-section 1 (COM-52 et COM-53), ainsi que l'intitulé de la proposition de loi (COM-128).

En outre, la commission a de nouveau adopté un amendement de réécriture de l'article 3 pour prévoir **qu'un médecin n'est jamais tenu d'aborder avec son patient la possibilité de recourir à une substance létale (COM-56).**

**La commission a adopté les articles 2 et 3 ainsi modifiés.**

## CHAPITRE II

### Conditions d'accès

#### Article 4

#### Conditions d'éligibilité à l'aide à mourir

*Cet article propose de définir les conditions qu'une personne doit remplir pour accéder à l'aide à mourir. Il liste cinq critères cumulatifs.*

*La commission a adopté cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.*

#### I - Le dispositif proposé

##### A. À l'étranger, la définition du champ des personnes autorisées à recourir à l'aide à mourir témoigne d'un choix sociétal mouvant

##### **1. D'une législation à l'autre, des critères partiellement transposables et des différences substantielles**

- Tous les pays ayant reconnu une forme d'aide à mourir – suicide assisté et/ou euthanasie – ont fixé des critères pour définir le périmètre des personnes autorisées à y recourir. Si le cadre de référence utilisé est globalement le même d'un pays à l'autre, les choix sociétaux que reflètent les droits nationaux peuvent toutefois diverger sensiblement selon les critères considérés.

L'existence d'une **pathologie incurable**, généralement associée à des **souffrances physiques ou psychiques inapaisables**, constitue une référence commune à toutes ces législations. Des nuances dans les formules retenues peuvent conduire à exiger, selon les cas, que ces souffrances soient constantes, qu'elles ne puissent être uniquement psychologiques ou, à l'inverse, qu'elles puissent être physiques et/ou psychologiques. Certaines législations, comme celle de la Belgique, précisent encore que ces souffrances peuvent indifféremment être d'origine pathologique ou accidentelle.

La **capacité de discernement** de la personne demeure également une condition centrale dans tous les pays ayant légiféré sur le suicide assisté et l'euthanasie, quoique les modalités de son appréciation et les conditions dans lesquelles la volonté de la personne est prise en compte soient différentes d'un pays à l'autre. En général, la demande doit être formulée par écrit et réitérée au cours de la procédure médicale ; l'absence de pression extérieure dans la formulation de la demande est souvent explicitement prévue. Certaines législations admettent par ailleurs l'expression d'une demande d'aide à mourir formulée dans une **déclaration anticipée** – dont les directives anticipées sont en France l'équivalent –, pour permettre aux personnes

souffrant d'une pathologie évolutive susceptible de les priver de leur aptitude à s'exprimer ou de leur plein discernement de voir leur demande examinée. Le Canada, les Pays-Bas, la Belgique et l'Espagne admettent cette modalité.

S'agissant de la condition relative à **l'engagement du pronostic vital**, elle s'est révélée très évolutive et **ne constitue plus, désormais, un critère uniformément exigé par les États ayant dépénalisé le suicide assisté et/ou l'euthanasie**. Certaines législations continuent de s'y référer, le cas échéant en fixant un horizon temporel précis correspondant à l'espérance de vie estimée de la personne. En Oregon, le pronostic vital de la personne doit être engagé à moins de six mois<sup>1</sup>. Nombre de pays ont toutefois progressivement abandonné ce critère et ne visent plus, s'agissant de la situation médicale de la personne, que l'existence d'une pathologie incurable éventuellement invalidante, évolutive, et accompagnée de souffrances inapaisables. C'est le cas notamment en Belgique, en Suisse, aux Pays-Bas ou au Canada.

Concernant le **critère d'âge**, si la condition de majorité est retenue par un grand nombre d'États, tel n'est pas le cas aux Pays-Bas – l'âge minimal requis pour pratiquer une euthanasie y est fixé à 12 ans – ni en Belgique, seul pays à autoriser la pratique de l'euthanasie sur des mineurs sans restriction d'âge depuis 2014.

Enfin, la plupart des législations étrangères autorisant le recours au suicide assisté ou à l'euthanasie prévoient une condition tenant à **la nationalité ou à une résidence stable et régulière** dans le pays<sup>2</sup>, avec deux exceptions notables toutefois : la Suisse et la Belgique, deux pays dans lesquels ces pratiques peuvent également concerner des non-nationaux non-résidents.

D'autres critères annexes, de nature plus administrative, peuvent par ailleurs être exigés ; à titre d'illustration, le Royaume-Uni propose de fixer parmi les conditions d'éligibilité le fait d'être suivi par un cabinet de médecine générale.

• **L'objectivité des critères retenus facilite la vérification de l'éligibilité des personnes et réduit le risque juridique découlant de l'exclusion de certains usagers de l'obtention de l'aide à mourir.**

Dans la plupart des pays, la vérification des conditions légales, tant administratives que médicales, est effectuée par des médecins. La capacité des professionnels de santé à identifier, sans ambiguïté, les personnes éligibles au suicide assisté ou à l'euthanasie est donc essentielle car elle engage directement leur responsabilité.

---

<sup>1</sup> C'est l'option vers laquelle semble s'orienter le Royaume-Uni, à l'issue de l'examen du projet de loi sur l'assistance au suicide adopté par la Chambre des communes le 20 juin 2025.

<sup>2</sup> La durée exigible pour valider la condition de stabilité de la résidence peut être variable. Elle est par exemple fixée à 12 mois en Espagne ainsi que dans le projet de loi examiné par le Royaume-Uni.

Le cas échéant, des personnalités qualifiées disposant de compétences juridiques peuvent être associées à cet examen, le plus souvent dans le cadre d'un contrôle *a priori* exercé par une commission pluridisciplinaire : c'est le cas de la commission de garantie et d'évaluation en Espagne ; au Royaume-Uni, le projet de loi adopté le 20 juin 2025 par la Chambre des communes prévoit également qu'un comité d'examen de l'aide médicale à mourir, dans lequel siègerait un juriste, contrôle la vérification des conditions d'éligibilité après que la personne a été médicalement évaluée.

Parmi les critères les plus aisés à contrôler figurent les conditions d'âge et de nationalité ou de résidence stable et régulière sur le territoire national, en raison de leur caractère objectif. D'autres sont plus complexes à évaluer, en particulier la souffrance de la personne, inapaisable ou vécue comme insupportable, et la manifestation d'une volonté libre et éclairée.

## **2. Une tendance à l'élargissement continu des critères d'admissibilité à l'aide à mourir**

Les situations des États ayant légiféré sur le suicide assisté ou l'euthanasie témoignent d'une tendance à l'ouverture de plus en plus large des critères d'admissibilité à l'aide à mourir.

- **Ces évolutions traduisent une demande sociale de reconnaissance de nouvelles souffrances, considérées comme non moins légitimes que d'autres pour accéder à une aide à mourir.**

Aux **Pays-Bas**, premier pays à avoir légiféré sur l'euthanasie, cette pratique a été ouverte en 2023 aux enfants de moins de 12 ans souffrant d'une maladie incurable. Prochainement, une loi ouvrant la pratique euthanasique à toute personne âgée d'au moins 75 ans, indépendamment de toute pathologie ou affection incurable, devrait être examinée par le Parlement néerlandais.

En **Belgique**, l'euthanasie n'a été ouverte aux mineurs que plusieurs années après sa légalisation, à partir de 2014. Parmi les autres évolutions notables, l'admission à l'euthanasie de personnes déclarant des souffrances psychiques seules, incluant les dépressions sévères et les troubles psychiatriques résistants, est récurrente depuis 2020.

Au **Canada**, des modifications substantielles de la législation ont conduit à redéfinir profondément les conditions d'accès à l'aide médicale à mourir en 2021. Elles ont principalement consisté à supprimer les critères de mort naturelle raisonnablement prévisible et de fin de vie. Désormais, les personnes souffrant d'une affection grave et incurable mais dont le pronostic vital n'est pas engagé peuvent recourir à l'aide médicale à mourir. Les médecins sont désormais appelés à se prononcer sur les demandes de personnes touchées par une cécité totale ou une surdité totale, situations que n'avait pas anticipé le législateur.

Outre la suppression du critère de mort naturelle raisonnablement prévisible et de fin de vie, à partir de 2021, la législation a reconnu la possibilité de demander une aide médicale à mourir dans le cadre des directives anticipées, renonçant au principe de réitération du consentement au moment de l'administration du produit létal. Enfin, la loi canadienne prévoit d'élargir en 2027 la possibilité de recourir à l'aide médicale à mourir aux personnes souffrant d'une maladie psychiatrique seule. L'exclusion de ces personnes du périmètre de l'aide à mourir relève actuellement d'une exception législative, dont l'échéance a déjà été repoussée et qui devrait désormais entrer en vigueur en mars 2027.

- L'analyse des expériences étrangères tend ainsi à démontrer l'absence de borne ferme pour fixer une limite à l'évolution des pratiques d'euthanasie et de suicide assisté. Dans les États où ces pratiques ont été légalisées ou dépenalisées, se pose inévitablement la question du respect du principe d'égalité qui, régulièrement, conduit à remettre en cause les critères fixés par la loi et à élargir le périmètre du dispositif initial. Theo Boer résume ainsi cette pression à l'élargissement : « *Pourquoi accorder l'euthanasie à des patients en phase terminale et ne pas le faire pour des malades souffrant de pathologies chroniques ? Pourquoi accorder l'euthanasie à des personnes atteintes physiquement et ne pas l'accorder à des patients atteints mentalement ? Pourquoi accorder l'euthanasie à des personnes aptes, capables de faire une telle demande, et non pas à des personnes qui voudraient bénéficier d'une telle aide médicale à mourir, mais qui ne sont pas aptes à la demander ? Enfin, pourquoi accorder l'euthanasie à des patients souffrant d'affections médicales, et pas à ceux qui souffrent pour d'autres motifs, tels que la perte d'un conjoint ou des problèmes financiers ?* »

**Si ces élargissements successifs sont en général directement portés par le législateur, ils peuvent parfois en contredire l'intention initiale.** L'exemple du Canada est de ce point de vue éclairant.

Depuis 2016, faisant suite à un arrêt *Carter c. Canada*<sup>1</sup>, le Canada a autorisé la pratique de l'aide médicale à mourir pour les personnes répondant aux conditions suivantes : être atteint d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable ; se trouver en situation de déclin avancé et irréversible de ses capacités ; éprouver des souffrances physiques ou psychologiques persistantes, intolérables et ne pouvant être apaisées dans des conditions jugées acceptables par la personne ; **une mort naturelle devenue raisonnablement prévisible**. Au Québec, la *Loi concernant les soins de fin de vie* prévoyait des critères similaires et exigeait notamment que la personne soit « **en fin de vie** ».

---

<sup>1</sup> *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII), [2015] 1 R.C.S. 331.

Deux requérants<sup>1</sup> souhaitant bénéficier de l'aide médicale à mourir, mais s'en trouvant exclus au titre des conditions précitées, ont attaqué la constitutionnalité desdites dispositions et en particulier de celles relatives à l'exigence de mort naturelle raisonnablement prévisible et de fin de vie.

La Cour supérieure du Québec, dans sa décision *Truchon* rendue en 2019, a fait droit aux demandes des requérants. Sur le fondement des articles 7 et 15 de la charte canadienne des droits et des libertés, relatifs respectivement au droit à la vie, à la liberté et à la sécurité des personnes, ainsi qu'au **droit à l'égalité devant la loi et à l'interdiction de toute discrimination**, elle a déclaré contraire à la Constitution le critère relatif à une « *mort naturelle raisonnablement prévisible* » fixé par le *Code criminel* de même que celui de la « *fin de vie* » exigé par la *Loi concernant les soins de fin de vie au Québec*.

Pour tirer les conséquences de cette décision, le Gouvernement canadien a modifié la législation en vigueur et supprimé, parmi les critères d'admissibilité à l'aide à mourir, l'exigence d'une mort naturelle raisonnablement prévisible.

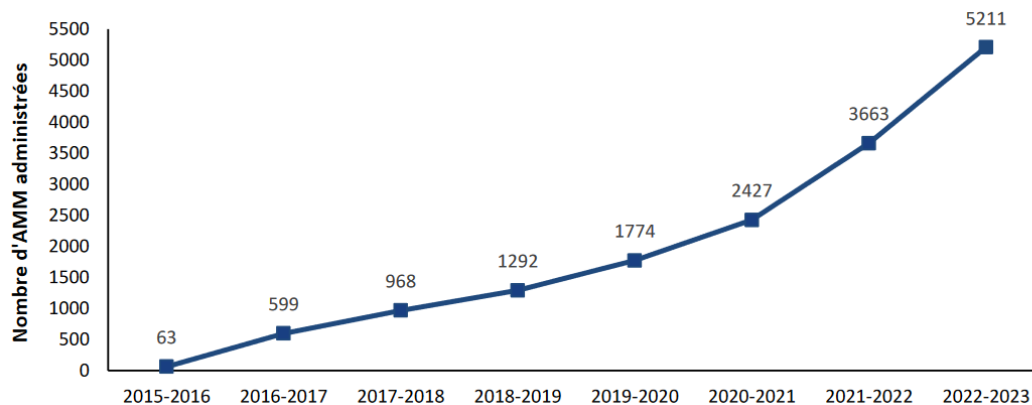
• **L'évolution des taux de recours au suicide assisté et à l'euthanasie dans les pays en ayant dépénalisé la pratique témoigne de changements significatifs dans l'appréhension de la fin de vie et interroge les perceptions symboliques individuelles et collectives dans nos sociétés.**

Au **Canada**, le nombre d'aides médicales à mourir administrées depuis la légalisation de cette pratique n'a cessé d'augmenter. Cette évolution est particulièrement marquée dans certaines provinces canadiennes comme au Québec, qui se singularise par le taux de recours à l'euthanasie le plus élevé au monde.

---

<sup>1</sup> Monsieur Jean Truchon, âgé de 51 ans, était atteint depuis sa naissance d'une paralysie cérébrale spastique engendrant une paralysie physique totale à l'exception de son bras gauche. Ses fonctions cognitives et mentales demeuraient intactes. Madame Nicole Gladu, âgée de 47 ans, souffrait d'un syndrome dégénératif musculaire post-poliomyélite et de multiples affections invalidantes.

### Nombre d'aides médicales à mourir (AMM) administrées au Québec (2015-2023)



Source : Rapport annuel d'activités de la commission sur les soins de fin de vie du Québec (avril 2022 - mars 2023)

Au Québec, plus de 16 000 personnes sont décédées par aide médicale à mourir depuis 2016. Sur la période 2022-2023, 6,8 % des décès étaient imputables à la pratique de l'aide à mourir, contre un taux de 5,1 % en 2021-2022. La commission sur les soins de vie notait, dans son dernier rapport annuel : « *Il est important que la société québécoise, ses représentants élus, les ordres professionnels, les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux et les soignants s'interrogent sur les raisons sous-jacentes à cette tendance.* »<sup>1</sup> Selon cette commission, l'augmentation continue du recours à l'aide médicale à mourir ne tiendrait que marginalement à l'élargissement de son périmètre. Elle serait plus certainement une conséquence du vieillissement de la population et du développement des pathologies qui lui sont associées. Pierre Deschamps, avocat et membre de la commission sur les soins de fin de vie au Québec, analyse cette évolution : « *Au fil des ans, l'aide médicale à mourir est devenue une stratégie thérapeutique de première intention. Ce n'est plus un soin de dernier recours ou un soin ultime : c'est un soin qui est présenté et envisagé dès lors que la personne en fait la demande.* »<sup>2</sup>

En Belgique, le nombre d'euthanasies pratiquées depuis l'entrée en vigueur de la loi le 22 septembre 2002 est également en augmentation continue.

<sup>1</sup> Rapport annuel d'activités de la commission sur les soins de fin de vie du Québec (avril 2022 - mars 2023).

<sup>2</sup> Audition par la commission des affaires sociales de Jacqueline Herremans, Pierre Deschamps et Theo Boer, sur le thème des expériences étrangères de soins palliatifs et d'aide à mourir, 1<sup>er</sup> juillet 2025.

### Nombre d'euthanasies pratiquées en Belgique, par année, et variation annuelle de taux (2002-2023)



Source : Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Onzième rapport aux chambres législatives (années 2022-2023)

Le rapport de la commission fédérale d'évaluation et de contrôle de l'euthanasie belge commente ainsi cette évolution :

« une augmentation significative du nombre de documents d'enregistrement<sup>1</sup> a été observée, en particulier, en 2023 (20 ans après 2003, année au cours de laquelle une année complète a été enregistrée pour la première fois). La stagnation [observée] en 2016 pourrait être attribuée au renvoi, pour la première et jusqu'à présent unique fois, d'un dossier litigieux à la justice par la Commission. La baisse en 2020 pourrait être expliquée par les mesures de restriction liées au confinement instaurées début mars durant la crise sanitaire du COVID-19, mais aussi peut-être par les répercussions médiatiques du procès d'assises « Tine Nys ».

Malgré ces observations, il est toutefois important de noter qu'**aucune étude scientifique n'a, jusqu'à présent, exploré en détail les facteurs de ces variations**. Les perceptions publiques et les impacts sociaux de ces événements juridiques nécessitent une analyse approfondie pour mieux comprendre les dynamiques en jeu. »

La convergence des conclusions des commissions belge et québécoise de contrôle *a posteriori* a de quoi étonner un observateur étranger : dans ces deux pays, respectivement vingt ans et dix ans après l'autorisation des pratiques d'euthanasie et de suicide assisté, les autorités publiques ne sont pas en capacité de proposer une explication précise aux évolutions constatées, aucune étude n'ayant été conduite sur le sujet.

Aux **Pays-Bas**, outre l'augmentation de la proportion des euthanasies dans le nombre total de décès (+ 10 % entre 2023 et 2024), une tendance émergente est observée, bien qu'encore marginale : la pratique de l'euthanasie en couple<sup>2</sup>. Le rapport de bilan portant sur l'année 2024 indique que seuls des couples étaient concernés par ce type de demande jusqu'en 2023 et que des euthanasies simultanées sur des membres d'une même famille sont recensées

<sup>1</sup> Le document d'enregistrement est le document que remplit le médecin ayant pratiqué une euthanasie et qu'il doit adresser à la commission fédérale d'évaluation et de contrôle dans les quatre jours ouvrables suivant l'euthanasie.

<sup>2</sup> L'euthanasie de l'ancien Premier ministre Dries Van Agt avec son épouse au début de l'année 2024 a mis en lumière ce phénomène nouveau.

depuis 2024 ; 54 demandes de cette nature avaient été formulées au cours de l'année. L'augmentation du nombre de cas d'euthanasies recensés pour cause de démence est également notable aux Pays-Bas : 427 personnes y ont eu recours en 2024 contre 170 en 2020, soit un chiffre multiplié par 2,5 en quatre ans. Dans la majorité des cas, la commission chargée du contrôle *a posteriori* des cas indique que les personnes étaient encore aptes à exprimer leur volonté<sup>1</sup>. 219 personnes souffrant de troubles psychiques ont également été euthanasiées en 2024 aux Pays-Bas, contre 88 en 2020.

Theo Boer, ancien membre d'un comité de contrôle de l'euthanasie du gouvernement néerlandais, est un observateur de premier ordre des évolutions à l'œuvre aux Pays-Bas. Selon lui, les tendances observées témoignent de ce que les personnes « *ne craignent pas une mort grave, mais une vie grave* »<sup>2</sup>.

### **B. Une proposition d'encadrement des conditions d'accès à l'aide à mourir en France, par essence limitative**

Le premier alinéa du présent l'article propose de créer une sous-section 2 relative aux conditions d'accès à l'aide à mourir au sein de la nouvelle section 2 *bis* du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique. La sous-section 2 serait composée d'un article unique L. 1111-12-2, fixant cinq conditions cumulatives pour accéder à l'aide à mourir.

#### **1. La condition de majorité**

La première condition est **un critère d'âge** : les bénéficiaires potentiels de l'aide à mourir devraient être âgés de 18 ans au moins. Ainsi rédigée, la disposition ne laisse subsister aucune ambiguïté concernant :

- l'exclusion de tous les mineurs, y compris des mineurs émancipés au sens de l'article 413-2 du code civil ;
- l'inclusion des majeurs protégés.

Les majeurs protégés doivent toutefois être en capacité d'exprimer leur volonté de façon libre et éclairée, compte tenu de la cinquième condition fixée par le présent article. En effet, l'aide à mourir constitue « *un acte dont la nature implique un consentement strictement personnel* »<sup>3</sup> au sens de l'article 458 du code civil. De tels actes ne peuvent jamais donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie aux Pays-Bas, Rapport 2024.

<sup>2</sup> Audition par la commission des affaires sociales de Jacqueline Herremans, Pierre Deschamps et Theo Boer, sur le thème des expériences étrangères de soins palliatifs et d'aide à mourir, 1<sup>er</sup> juillet 2025.

<sup>3</sup> Conseil d'État, n° 408 204, Avis sur un projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, 4 avril 2024.

<sup>4</sup> Selon l'article 458 du code civil, entrent notamment dans la catégorie des 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, le consentement donné à sa propre adoption ou à celle de son enfant.

## **2. La condition de nationalité ou de résidence stable et régulière en France**

L'exigence de la nationalité française ou d'une résidence stable et régulière en France est liée à la prise en charge par l'assurance maladie des frais afférents à la mise en œuvre de l'aide à mourir (cf. article 18).

Selon la réglementation, une résidence est considérée stable lorsqu'elle est ininterrompue depuis plus de trois mois<sup>1</sup>.

La rédaction retenue pour cette deuxième condition s'inspire de l'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale, dont le deuxième alinéa prévoit que la sécurité sociale « assure, pour toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille et d'autonomie ».

Elle s'en distingue néanmoins sur deux points :

- l'ajout du critère de nationalité conduit à autoriser le recours à l'aide à mourir aux nationaux qui ne résideraient pas en France ; des Français résidant et travaillant à l'étranger, remplissant les autres conditions fixées par le présent article, pourraient donc se rendre en France, le cas échéant afin de se rapprocher de leur famille, pour accéder à une aide à mourir ;

- la suppression du critère tenant à l'exercice d'une activité professionnelle exclut les personnes qui travailleraient en France sans y résider et sans disposer de la nationalité française.

Le choix n'apparaît pas incohérent dès lors que les personnes susceptibles d'accéder à l'aide à mourir, souffrant d'une maladie grave et incurable associée à des douleurs réfractaires aux traitements ou insupportables, ne seraient vraisemblablement pas en capacité de poursuivre une activité professionnelle.

D'autres États admettent la possibilité de faire bénéficier d'une procédure d'aide à mourir des ressortissants non-nationaux, à l'instar de la Suisse et de la Belgique, où le nombre de suicides assistés pratiqués pour des ressortissants non-nationaux est en croissance. L'expérience de ces États concernant la gestion des demandes des ressortissants extranationaux témoigne de difficultés qui ne doivent pas être ignorées. Ainsi, la commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie belge indiquait, dans son onzième rapport aux chambres législatives :

- que ces dossiers « mettent [...] en lumière les défis de communication et la réalité des interruptions dans la continuité de soins pour ces patients » ;

---

<sup>1</sup> Article D. 160-2 du code de la sécurité sociale.

- qu' « ils révèlent les difficultés logistiques rencontrées pour réaliser l'acte euthanasique dans ce contexte de mobilité médicale, particulièrement dans un contexte palliatif parfois aggravé par des complications sévères »<sup>1</sup>.

### **3. Un pronostic vital engagé en raison d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale**

La troisième condition, qui est celle ayant suscité le plus de débat à l'Assemblée nationale, combine trois sous-critères : l'affection grave et incurable ; le pronostic vital engagé ; la phase avancée ou terminale de la maladie. Les deux derniers sous-critères doivent être analysés conjointement.

À titre liminaire, il peut être remarqué que :

- la législation en vigueur se réfère déjà à l'exigence d'une affection grave et incurable et d'un pronostic vital engagé pour pratiquer une sédation profonde et continue jusqu'au décès ;

- dans le cas de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, la loi prévoit néanmoins que le pronostic vital doit être engagé à court terme (cf. *infra*) ;

- la notion de « phase avancée ou terminale » figure par ailleurs dans deux articles du code de la santé publique, les articles L. 1110-5-3 et L. 1111-12, relatifs respectivement à la mise en œuvre de tous les traitements analgésiques et sédatifs permettant de répondre à la souffrance réfractaire du patient, même s'ils ont pour effet d'abrèger sa vie, et aux conditions dans lesquelles le médecin s'enquiert de la volonté de la personne lorsque celle-ci n'est plus en état de l'exprimer.

#### **Article L. 1110-5-2 du code de la santé publique :**

« À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

« 1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

« 2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

« Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

« [...] »

<sup>1</sup> Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Onzième rapport aux chambres législatives (années 2022-2023).

- S'agissant de **l'affection grave et incurable**, la gravité sous-entend des conséquences lourdes, éventuellement invalidantes, sur les conditions de vie de la personne ; elle peut également s'apprécier au regard de l'engagement du pronostic vital de la personne. Quant au caractère incurable, il suppose une évolution irréversible et une impossibilité de guérir la maladie, en raison de l'inexistence de traitement curatif adapté ou du caractère trop avancé d'une pathologie.

Certaines pathologies constituent assurément des affections graves et incurables : c'est le cas des maladies neurodégénératives, notamment de la maladie de Parkinson, des maladies de Charcot et d'Alzheimer et de la sclérose en plaques, mais aussi de l'insuffisance rénale chronique en l'absence de greffe rénale. En revanche, **d'autres pathologies graves peuvent constituer des affections curables ou incurables sans qu'il ne soit possible, ex ante et de façon systématique, de les classer dans l'une ou l'autre de ces catégories.** Tel est le cas, en particulier, des cancers métastatiques et des cancers dits de mauvais pronostic<sup>1</sup>, notamment des cancers du poumon, du pancréas, du foie, de l'œsophage et du système nerveux central ; l'insuffisance rénale chronique entre également dans ce champ, puisqu'une greffe rénale peut permettre de la guérir.

- **Le pronostic vital doit être engagé par l'affection ou la maladie dont souffre la personne**, dont le caractère plus ou moins avancé détermine en général l'espérance de vie. L'engagement du pronostic vital ne peut donc s'entendre qu'en relation directe avec le stade d'évolution de la maladie, qui doit être **en « phase avancée » ou en « phase terminale ».**

À ce stade de l'analyse, il est essentiel de revenir sur la genèse du présent article, c'est-à-dire d'examiner la rédaction de l'article 6 du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, déposé par le Gouvernement à l'Assemblée nationale le 10 avril 2024. Cet historique permet en effet de saisir la portée des évolutions entérinées depuis plus d'un an s'agissant de la rédaction de la troisième condition exigible pour l'aide à mourir. Dans le projet de loi précité, l'alinéa relatif à l'engagement du pronostic vital de la personne était rédigé en ces termes :

« 3° Être atteinte d'une affection grave et incurable engageant son pronostic vital à court ou moyen terme ; »

La notion de « moyen terme » avait précisément pour objet de compléter la législation en vigueur sur la fin de vie, en proposant une réponse nouvelle aux personnes dont le pronostic vital n'est pas engagé à court terme mais sans perspective de guérison.

---

<sup>1</sup> Les cancers de mauvais pronostic sont ceux pour lesquels le taux de survie à 5 ans est inférieur à 33 %.

Or, si le court terme est une échéance relativement bien appréhendée par le corps médical et clairement définie par la Haute Autorité de santé (HAS)<sup>1</sup>, l'imprécision de la notion de moyen terme est rapidement apparue dans les débats parlementaires. Le Gouvernement admettait d'ailleurs, peu ou prou, le caractère aléatoire de cette notion, en indiquant :

*« Le moyen terme se compte en semaines ou mois et correspond à une période pour laquelle l'évaluation de ce diagnostic a pu être réalisée par les professionnels de santé. Compte tenu du fait que la finesse d'appréciation du « moyen terme » et que cette évaluation dépendent intrinsèquement des caractéristiques individuelles de chaque patient, de son pronostic, ainsi que de l'état des connaissances et thérapeutiques de la pathologie concernée, la possibilité de fixer un délai dans la loi n'a pas été retenue. »<sup>2</sup>*

Face à cette difficulté, la commission spéciale chargée d'instruire le texte à l'Assemblée nationale avait adopté deux amendements identiques<sup>3</sup> pour substituer au pronostic vital engagé « à court ou moyen terme » la notion de « phase avancée ou terminale » de la maladie. La condition du pronostic vital engagé, directement liée au stade d'évolution de la maladie, avait été rétablie en séance publique.

L'article 4 de la présente proposition de loi reprend donc la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale au printemps 2024. Dans la perspective de la reprise des travaux parlementaires et du réexamen des conditions d'admissibilité à l'aide à mourir à l'Assemblée nationale, le Gouvernement a saisi la HAS afin de circonscrire du mieux possible les notions de « moyen terme » et de « phase avancée ».

Dans ses conclusions<sup>4</sup>, la HAS souligne *« qu'il n'existe pas de consensus médical sur la définition du pronostic vital engagé à « moyen terme », ni sur la notion de « phase avancée » lorsqu'elle est envisagée dans une approche individuelle de pronostic temporel »*. Elle en déduit une impossibilité de définir, de façon objective, un pronostic temporel pour chaque patient pris individuellement. Elle indique par ailleurs, sans que cela ne réduise aucunement l'incertitude entourant l'enjeu temporel auquel le Gouvernement entendait répondre, que *« la « phase avancée » peut être définie comme 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 »*.

Après la transmission de cet avis, l'inscription de la notion de phase avancée dans les conditions d'admissibilité à l'aide à mourir n'a pas été remise en cause.

---

<sup>1</sup> Selon la HAS, le court terme correspond à une échéance de quelques heures à quelques jours.

<sup>2</sup> Étude d'impact du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, 10 avril 2024.

<sup>3</sup> CS659 et CS1558.

<sup>4</sup> HAS, « Pronostic vital engagé à moyen terme / phase avancée », avis adopté par le collège le 30 avril 2025.

**La rédaction adoptée abandonne finalement la référence à toute échéance temporelle, sans que l'exigence d'engagement du pronostic vital ne disparaisse pour autant. L'article entretient donc un flou sur ce point de définition majeur, susceptible d'engendrer une insécurité juridique forte dans l'appréciation de l'admissibilité à l'aide à mourir.**

#### **4. Des souffrances réfractaires aux traitements ou insupportables en cas d'arrêt des traitements ou en l'absence de traitements**

- La quatrième condition tient à l'existence d'une souffrance physique ou psychologique causée par l'affection grave et incurable. Il doit donc exister un lien direct entre ces souffrances et l'affection dont le patient est atteint.

Selon la HAS, 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 s'ils entraînent des effets indésirables inacceptables ou que leurs effets thérapeutiques ne sont pas susceptibles d'agir dans un délai acceptable pour le patient<sup>1</sup>. Bien qu'évalué médicalement, le caractère réfractaire aux traitements de cette souffrance ou insupportable, en l'absence de traitement, repose essentiellement sur l'appréciation de ses douleurs par le patient lui-même. La HAS s'y réfère en décrivant la « *perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient* » et rappelle que « *Le patient est le seul à pouvoir apprécier le caractère insupportable de sa souffrance, des effets indésirables ou du délai d'action du traitement.* »<sup>2</sup>

La rédaction de cette condition a relativement peu évolué dans son contenu depuis le projet de loi gouvernemental relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie.

#### **5. Une capacité à manifester sa volonté de façon libre et éclairée**

Enfin, la cinquième condition exige que la personne sollicitant une aide à mourir soit **en capacité de manifester sa volonté de façon libre et éclairée.**

Cette condition fait écho à plusieurs dispositions du code de la santé publique. La volonté du patient et son consentement libre et éclairé tiennent en effet une place centrale dans les chapitres préliminaire et I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique. L'article L. 1110-5-1 prévoit ainsi que des traitements n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris « *conformément à la volonté du patient* ». L'article L. 1111-4 prévoit encore : « *Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable.* »

---

<sup>1</sup> HAS, *Guide du parcours de soins – Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ?*, février 2018, version actualisée en janvier 2020.

<sup>2</sup> HAS, *Guide du parcours de soins – Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ?*, février 2018, version actualisée en janvier 2020.

Dans son avis n° 139 sur les questions éthiques relatives aux situations de fin de vie, le Comité consultatif national d'éthique considérait que seule une personne disposant d'une « *autonomie de décision au moment de la demande* », exprimée « *de façon libre, éclairée et réitérée* » pouvait formuler une demande d'aide à mourir ; il ajoutait que celle-ci devrait « *être écoutée, accueillie, analysée dans le temps, pour s'assurer de son caractère libre, éclairé et persistant* ».

Les conditions dans lesquelles l'expression libre et éclairée de la volonté d'une personne peuvent être appréciées relèvent pour partie des modalités procédurales que fixe la loi. Celles-ci sont renvoyées aux articles 5 et 6 de la proposition de loi. Elles dépendent aussi de la nature de l'affection dont souffre le patient : les maladies psychiatriques, mentales ou neurodégénératives sont ainsi, par principe, exclues du champ de l'aide à mourir dès lors qu'elles conduisent à priver la personne de son plein discernement.

- Enfin, **la proposition de loi n'ouvre pas la possibilité de solliciter une aide à mourir par le biais des directives anticipées**. Cette possibilité, prévue à l'étranger par certaines législations, vise à inclure dans le périmètre de l'aide à mourir les personnes souffrant d'une affection qui pourrait, à un stade ultérieur de son évolution, les priver de leur discernement et/ou de leurs facultés d'expression.

En l'espèce, l'exclusion de cette possibilité par le présent article doit être lue et comprise en relation avec l'exigence de réitération de la demande et du consentement de la personne tout au long de la procédure d'aide à mourir, jusqu'au jour de l'administration de la substance létale<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Articles 6 et 9 de la proposition de loi.

### **Analyse du périmètre des éligibles à une procédure d'aide à mourir au terme des travaux de l'Assemblée nationale en première lecture**

Il résulte de la combinaison de trois dernières conditions que seraient éligibles à une procédure d'aide à mourir les personnes souffrant de l'une des pathologies suivantes :

- « un cancer en phase avancée ou terminale ;
- une pathologie chronique touchant un organe vital en phase avancée ou terminale ;
- une maladie neurodégénérative avec paralysie des muscles impliqués dans la motricité, sans atteinte des fonctions sensorielles et intellectuelles ;
- une pathologie fortement invalidante stabilisée avec la suppléance d'une fonction vitale lorsque le patient décide d'arrêter la suppléance. »<sup>1</sup>

En revanche, en l'état du texte, les situations et pathologies suivantes ne permettraient pas d'engager une procédure d'aide à mourir :

- un état neuro-végétatif ou pauci-relationnel empêchant au patient de s'exprimer par lui-même ;
- une maladie neurodégénérative cognitive altérant significativement le discernement de la personne ;
- une pathologie psychiatrique isolée ;
- les polyopathologies avec perte d'autonomie dès lors qu'elles n'engagent pas le pronostic vital.

## **II - Les principales modifications adoptées**

### **A. Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture**

#### **1. En commission**

En commission, trois amendements identiques ont été adoptés<sup>2</sup>, visant à ne pas exclure du champ des affections graves et incurables les affections d'origine accidentelle ; l'insertion des mots « *quelle qu'en soit la cause* » à propos de l'affection dont souffrirait une personne admissible à l'aide à mourir vise ainsi à prendre en considération des affections non seulement d'origine pathologique, mais aussi accidentelle.

#### **2. En séance publique**

En séance publique, les députés ont adopté quatre amendements.

<sup>1</sup> Réponses de la direction générale de la santé au questionnaire transmis par les rapporteurs.

<sup>2</sup> Amendements AS417, AS419 et AS683.

La modification la plus substantielle, résultant de l'adoption de deux amendements, dont l'un du Gouvernement<sup>1</sup>, a consisté à compléter la condition relative à l'affection grave et incurable qui engage le pronostic vital, en phase avancée ou en phase terminale. Se fondant sur les conclusions de la HAS formulées dans son avis du 30 avril 2025, la phase avancée est ainsi définie comme « 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 ». Selon le Gouvernement, cette précision permettra d'éclairer les professionnels de santé appelés à statuer sur l'éligibilité des personnes à l'aide à mourir, qui pourront s'appuyer sur des repères cliniques caractéristiques de l'évolution d'une maladie grave et incurable à un stade avancé.

Le critère tenant à l'existence de souffrances physiques ou psychologiques a par ailleurs été renforcé : il est désormais précisé que ces souffrances doivent être constantes, c'est-à-dire durables et non réversibles<sup>2</sup>.

Enfin, un amendement a conduit à spécifier qu'une souffrance psychologique seule ne peut suffire à autoriser le recours à l'aide à mourir<sup>3</sup>. Si la précision peut être jugée opportune en ce qu'elle permet d'exclure explicitement les souffrances causées par des maladies psychiatriques ou mentales, elle entre en dissonance avec la première phrase de l'alinéa 8 qui mentionne, de façon alternative et non obligatoirement liée, une souffrance physique « ou » psychologique. Les travaux de l'Assemblée nationale entretiennent donc sur ce point une ambiguïté rédactionnelle.

### **L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

#### **B. Les modifications adoptées par le Sénat en première lecture**

##### **1. En commission**

La commission a estimé que les critères adoptés par les députés pour recourir à l'aide à mourir dessinent les contours d'un dispositif trop peu sécurisé, présentant des risques importants de dérives et dépassant le cadre strict de la fin de vie. Le critère tenant à l'affection grave et incurable en phase avancée ou terminale, au cœur du dispositif, est particulièrement imprécis : l'absence de référence à la durée restant à vivre à la personne autorise ainsi l'aide à mourir pour un nombre extraordinairement élevé de pathologies et de malades.

En parallèle, les rapporteurs ont souligné le caractère fondamentalement dangereux de l'argument de l'égalité devant la loi, **qui permet de concevoir un accès presque illimité au suicide assisté ou à l'euthanasie**. Au Canada comme aux Pays-Bas, la mise en concurrence des souffrances et cette conception douteuse de l'égalité ont conduit à élargir progressivement et sans limite les conditions de recours à l'aide à mourir.

---

<sup>1</sup> Amendements n° 2676 du Gouvernement et n° 2691 de Madame Agnès Firmin Le Bodo et plusieurs de ses collègues.

<sup>2</sup> Amendement n° 1455 de Madame Nathalie Colin-Oesterlé et plusieurs de ses collègues.

<sup>3</sup> Amendement n° 1455 de Madame Nathalie Colin-Oesterlé et plusieurs de ses collègues.

**En conséquence de ces observations, la commission a souhaité resserrer les conditions dans lesquelles un soignant serait autorisé à recourir à une substance létale pour accompagner une personne en fin de vie.**

Dans la continuité des dispositions de la loi Claeys-Leonetti, les rapporteurs ont proposé<sup>1</sup> que soient repris les critères en vigueur pour pratiquer une sédation profonde et continue jusqu'au décès, tels que visés au 1° et au 2° de l'article L. 1110-5-2 du code de la santé publique, soit :

- une affection grave et incurable ;
- un pronostic vital engagé à court terme ;
- des souffrances réfractaires aux traitements ou insupportables.

À cet égard, la commission a jugé utile de préciser dans la loi la notion de souffrance réfractaire aux traitements, en se fondant sur les travaux de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs<sup>2</sup>.

La commission a adopté ces modifications, et maintenu la condition de majorité d'âge ainsi que celle tenant à l'expression d'une volonté libre et éclairée de la personne.

La commission a par ailleurs supprimé la deuxième condition réservant la pratique de l'aide à mourir aux nationaux et aux personnes résidant de façon stable et régulière en France<sup>3</sup>. Ce critère, spécifiquement prévu pour l'aide à mourir, ne lui est pas apparu pertinent dans le format du dispositif resserré qu'elle a adopté (*cf.* article 2).

**Au bout du compte, la commission a défini les conditions suivantes pour pouvoir engager la procédure d'assistance médicale à mourir définie à l'article 2 de la proposition de loi : être majeur ; souffrir d'une affection grave et incurable ; avoir un pronostic vital engagé à court terme ; endurer des souffrances réfractaires aux traitements ou insupportables ; être en capacité d'exprimer une volonté libre et éclairée.**

Enfin, la commission a adopté deux amendements visant à modifier les intitulés du chapitre II et de la sous-section 2 pour tirer les conséquences de la substitution d'une aide médicale à mourir au droit à l'aide à mourir<sup>4</sup>. Elle a par ailleurs adopté deux amendements de cohérence rédactionnelle<sup>5</sup>, l'enjeu n'étant pas de définir les conditions d'accès à un droit, mais les conditions dans lesquelles il pourrait être recouru à un nouvel acte de façon strictement encadrée.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

---

<sup>1</sup> Amendement COM-131 et amendement identique COM-72 de Mme Muller-Bronn.

<sup>2</sup> Amendement COM-126.

<sup>3</sup> Amendements COM-130 et identique COM-116.

<sup>4</sup> Amendements COM-125 et COM-127.

<sup>5</sup> Amendements COM-128 et COM-129.

## 2. En séance publique

**Le Sénat a rejeté la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale.**

### C. Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale en deuxième lecture

#### 1. En commission

En commission, outre un amendement rédactionnel, les députés ont adopté deux amendements identiques<sup>1</sup> visant à autoriser l'aide à mourir pour des souffrances uniquement psychologiques, considérant que les souffrances physiques et psychologiques interagissaient et ne devaient pas être hiérarchisées.

#### 2. En séance publique

En séance publique, les députés sont revenus sur les travaux de la commission et ont rétabli, lors d'une seconde délibération, l'impossibilité d'engager une procédure d'aide à mourir pour des souffrances uniquement psychologiques<sup>2</sup>. Le Gouvernement a porté l'un de ces amendements, en soutenant qu'un tel assouplissement entrerait en contradiction avec la politique nationale de prévention du suicide.

Les députés ont également adopté deux amendements identiques supprimant la notion de souffrances « constantes »<sup>3</sup>, considérant qu'elle restreignait excessivement le champ de l'éligibilité à l'aide à mourir et qu'elle était trop imprécise pour pouvoir guider la décision du médecin statuant sur la demande d'une personne désirant recourir à l'aide à mourir.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

### III - La position de la commission

**• En deuxième lecture, les députés ont confirmé leur volonté d'ériger l'aide à mourir en un droit accessible bien avant la fin de vie.**

La commission a regretté que les débats à l'Assemblée nationale aient conduit une nouvelle fois à l'adoption d'un **dispositif qui entérine une conception très extensive de l'aide à mourir**. À cet égard, elle a **manifesté sa vive préoccupation quant à la perspective d'une aide à mourir autorisée en cas de souffrances uniquement psychologique**, finalement écartée grâce à une seconde délibération et à un amendement soutenu par le Gouvernement. Selon la commission, l'évolution des débats entre la première et la deuxième lecture témoigne déjà d'une **pression à l'élargissement progressif des critères d'accès à l'aide à mourir, que le temps long ne permettra pas de contenir**.

---

<sup>1</sup> Amendements AS121 et AS136.

<sup>2</sup> Amendements n° 1 et n° 2.

<sup>3</sup> Amendements n° 106 et n° 1168.

Or, les bornes du dispositif envisagé sont déjà particulièrement larges et flexibles. **En l'état du texte, plus d'un million de personnes pourraient entrer dans le champ de l'aide à mourir** selon la SFAP et le collectif Démocratie, Éthique et Solidarités<sup>1</sup> : environ 450 000 patients souffrant d'un cancer métastatique, près d'un tiers des insuffisants cardiaques, au nombre d'un million et demi aujourd'hui, 7 500 personnes atteintes de sclérose latérale amyotrophique, mais aussi des formes évoluées de la sclérose en plaques ou de la maladie de Parkinson... Bien loin de la solution de dernier recours réservée à des cas exceptionnels que certains annoncent défendre, c'est en réalité une nouvelle option « thérapeutique » que se verraient systématiquement proposés les malades.

- **Le critère relatif au pronostic vital engagé en phase avancée ou terminale de la maladie cristallise particulièrement les inquiétudes de la commission car il est celui qui autoriserait une pratique de l'aide à mourir aussi libérale que celle du Canada, de la Belgique ou des Pays-Bas.** Si la rédaction adoptée par les députés exige que le pronostic vital de la personne soit engagé, la HAS a rappelé « *que la définition d'un pronostic vital par les médecins, appuyé sur les différents outils existants, présente un degré d'incertitude important* ». Parce qu'aucun diagnostic médical ne permet d'établir avec certitude l'évolution d'une maladie en phase avancée, cette notion ne permet ni d'estimer l'espérance de vie restante, ni donc de confirmer qu'une personne serait en fin de vie. Le Docteur Sophie Trager, chef de service en oncologie à l'Institut Curie, indique ainsi que « *La maladie cancéreuse métastatique évolue progressivement dans le temps, il peut s'écouler une longue période de vie [...] grâce aux traitements ciblés et individualisés. Ces personnes rentreront dès l'annonce du diagnostic métastatique dans les critères d'accès à l'euthanasie ou au suicide assisté.* »<sup>2</sup>

**Ouvrir l'aide à mourir à des personnes « en phase avancée » d'une maladie, avec toutes les imprécisions que comporte cette notion, conduirait donc à accepter de faire mourir des personnes pouvant encore espérer une rémission. La commission ne se résout pas à ce choix.** Si elle admet que des personnes dont la mort prochaine est certaine puisse solliciter une assistance médicale à mourir, **elle refuse de s'engager dans une voie qu'elle juge dangereuse et qui revient à abandonner au désespoir individuel des situations complexes dont l'issue n'est pas certaine.**

- De même, la commission a renouvelé ses réserves importantes quant à la notion d'incurabilité d'une maladie, appréciée dans un horizon de moyen terme correspondant à la phase avancée.

---

<sup>1</sup> Collectif Démocratie, Éthique et Solidarités, avis n° 2 sur les contrevérités et les non-dits de la proposition de loi créant un droit à l'aide à mourir, 22 septembre 2025.

<sup>2</sup> Réponse du Docteur Sophie Trager au questionnaire des rapporteurs.

Les progrès accomplis dans la prise en charge des pathologies cancéreuses grâce à la mise au point de traitements innovants permettent aujourd'hui de guérir des patients souffrant de cancers autrefois réputés incurables. Ces progrès, permis par l'accélération de la recherche et une phase d'innovation sans précédent, ne sont initialement accessibles qu'à de petites cohortes de patients traités dans les centres experts.

Par ailleurs, tous les patients ne répondent de façon identique à un même traitement : un traitement inefficace pour certains cancers pourra au contraire produire des résultats probants chez une autre personne, sans qu'un indice de prédictibilité fiable ne permette de l'anticiper. En oncologie, nombre de professionnels de santé s'accordent sur le fait qu'**il n'est pas possible de tracer une ligne ferme et précise entre les cancers dits curables et ceux considérés comme incurables. Au contraire, permettre aux personnes souffrant d'un cancer métastatique de recourir à l'aide à mourir serait synonyme de perte de chances pour certains patients.** Les progrès thérapeutiques constants dans la prise en charge des pathologies cancéreuses devraient en toute cohérence justifier de rejeter le principe d'une aide à mourir.

• **Dans la continuité du dispositif qu'elle a soutenu en première lecture, la commission a considéré que l'assistance médicale à mourir ne pouvait s'appliquer qu'aux situations de fin de vie.** Elle a donc jugé prioritaire de recentrer le dispositif sur les seules personnes dont le pronostic vital est engagé à court terme, en s'appuyant sur les critères de la loi Claeys-Leonetti pour engager une sédation profonde et continue jusqu'au décès.

En conséquence, à l'initiative de ses rapporteurs, la commission a adopté les amendements suivants visant à :

- substituer aux troisième et quatrième critères ceux visés au 1° et au 2° de l'article L. 1110-5-2 du code de la santé publique, soit le fait de souffrir d'une affection grave et incurable, d'avoir un pronostic vital engagé à court terme et d'endurer des souffrances réfractaires aux traitements ou insupportables (COM-62) ;

- supprimer la disposition qui réservait aux nationaux français et aux résidents non nationaux la possibilité d'accéder à l'assistance médicale à mourir (COM-61 et COM-35 identiques) ;

- préciser dans la loi la notion de souffrance réfractaire aux traitements (COM-58).

Enfin, la commission a adopté deux amendements visant à modifier les intitulés du chapitre II et de la sous-section 2 pour tirer les conséquences de la substitution d'une aide médicale à mourir au droit à l'aide à mourir (COM-57 et COM-59). Elle a par ailleurs adopté un amendement de cohérence rédactionnelle (COM-60).

**La commission a adopté l'article 4 ainsi modifié.**

## CHAPITRE III

### Procédure

#### Article 5

#### Procédure de demande de l'aide active à mourir

*Cet article encadre la demande initiale, émise par un patient, pour recourir à l'aide active à mourir, c'est-à-dire au suicide assisté ou à l'euthanasie. Il prévoit que cette demande soit réalisée, par écrit ou par tout autre mode d'expression adapté, auprès d'un médecin n'ayant pas de lien familial avec le patient, ni d'intérêt financier au décès de celui-ci.*

*L'article 5 régit également le déroulement de la consultation de demande d'aide à mourir, en spécifiant que le médecin a obligation d'informer le demandeur sur son état de santé, sur l'existence de soins palliatifs, psychologiques ou psychiatriques – vers lesquels il doit l'orienter si tel est son souhait, et sur la procédure d'aide à mourir.*

*La commission a adopté cet article modifié par huit amendements. Elle a notamment souhaité que seuls des médecins déjà intervenus dans le traitement d'un patient puissent recevoir une demande d'assistance médicale à mourir de sa part, et que le médecin sollicité dispense, au cours de la consultation de demande d'assistance médicale à mourir, une information sur la sédation profonde et continue jusqu'au décès.*

#### I – Le dispositif proposé

##### A. L'encadrement des décisions d'arrêt des soins et de sédation profonde et continue jusqu'au décès

Si la loi ne reconnaît à ce jour pas de dispositif d'aide active à mourir pour les patients, il convient toutefois de mettre en regard des dispositions envisagées par la présente proposition de loi la procédure retenue pour les décisions d'**arrêt des soins** et de **sédation profonde et continue jusqu'au décès** qui, quoique d'une nature essentiellement et fondamentalement différente du suicide assisté et de l'euthanasie, sont également suivis, à terme, du décès du patient.

##### **1. La demande d'arrêt des soins doit émaner du patient s'il est en état d'exprimer sa volonté**

Le droit français offre à tous un **droit à la protection de la santé**. Le 11<sup>e</sup> alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 prévoit en effet que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* ». Cette disposition de valeur constitutionnelle est complétée par diverses dispositions législatives qui en

précisent les modalités d'application, à commencer par l'article L. 1110-1 du code de la santé publique, qui proclame un « *droit fondamental à la protection de la santé* », qui « *doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne* ». L'article L. 1110-5 du code de la santé publique complète et précise ces dispositions, en disposant que toute personne a « *le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées* ».

Ce principe doit toutefois être concilié avec le **principe de consentement aux soins** qui, s'il n'est pas explicitement prévu par des normes constitutionnelles ou conventionnelles, s'inscrit dans le cadre du droit au respect de la vie privée, consacré par l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales. La Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) a, par exemple, estimé en 2004 que « *l'imposition d'un traitement médical sans le consentement du patient, s'il est adulte et sain d'esprit, s'analyse en une atteinte à l'intégrité physique de l'intéressé pouvant mettre en cause les droits protégés par l'article 8 de la Convention* »<sup>1</sup>.

En droit national, le droit subjectif à la santé, proscrivant toute atteinte à l'intégrité corporelle d'un individu, s'est progressivement affirmé dans le sillage de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « loi Kouchner ». En son article 11, celle-ci a fixé le principe selon lequel « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* », imposant au médecin de « *respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix* », y compris si ceux-ci peuvent mettre sa vie en danger. C'est le **droit au refus de soin**.

Depuis la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite « loi Leonetti », les médecins doivent **s'abstenir de pratiquer toute « obstination déraisonnable »**. Ainsi, les actes qui apparaissent « *inutiles, disproportionnés* » ou qui « *n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie* »<sup>2</sup> peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans cette hypothèse, l'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique prévoit que le médecin « *sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs* ». Depuis 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 », **la nutrition et l'hydratation artificielles sont regardées comme des traitements**<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> CEDH, 9 mars 2004, *Glass c/ Royaume-Uni*.

<sup>2</sup> Article L. 1110-5-1 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Article L. 1110-5-1 du code de la santé publique.

Le législateur a souhaité encadrer les modalités selon lesquelles il peut être demandé d'arrêter les traitements.

S'il est en état d'exprimer sa volonté, il revient **au patient seul** d'exprimer sa volonté d'arrêter les soins. Si la décision d'arrêt des soins met la vie du patient en danger, celui-ci doit **réitérer sa décision dans un délai raisonnable** afin d'obtenir la cessation effective des traitements<sup>1</sup>.

Un cadre spécifique existe pour les majeurs protégés et pour les mineurs. **Le consentement des premiers doit être obtenu** s'ils sont aptes à exprimer leur volonté, le cas échéant avec l'assistance de la personne chargée de sa protection. Dans le cas contraire, la personne chargée de sa protection donne son autorisation à la tenue des soins. Quant aux mineurs, **leur consentement aux soins doit être recherché**<sup>2</sup> s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

Par dérogation, les mineurs comme les majeurs protégés se voient dispenser les soins indispensables si le refus d'un traitement par le titulaire de l'autorité parentale ou par la personne chargée de la protection du majeur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du patient.

Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté mais a rédigé des **directives anticipées**<sup>3</sup>, celles-ci s'imposent, en principe<sup>4</sup>, à l'équipe médicale depuis la loi Claeys-Leonetti<sup>5</sup>. Celle-ci peut toutefois engager une procédure pour ne pas appliquer les directives anticipées si celles-ci apparaissent « *manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale* »<sup>6</sup>.

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, la personne de confiance qu'il a désignée, sa famille, l'un de ses proches ou le médecin peuvent initier la **procédure d'arrêt des soins**, qui fait alors l'objet d'une **concertation collégiale**<sup>7</sup>. Celle-ci ne peut être entreprise qu'au motif d'**éviter une obstination déraisonnable** au sens de l'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique.

---

<sup>1</sup> Article L. 1111-4 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Article L. 1111-4 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Article L. 1111-11 du code de la santé publique. Les « directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux ».

<sup>4</sup> Les directives anticipées ne s'imposent toutefois pas le temps de l'évaluation complète de la situation médicale d'un patient en cas d'urgence vitale, aux termes de l'article R. 4127-37-1 du code de la santé publique.

<sup>5</sup> Article L. 1111-1 du code de la santé publique, article R. 4127-37-1 du code de la santé publique.

<sup>6</sup> Article R. 4127-37-1 du code de la santé publique. Une telle décision implique notamment le déclenchement d'une procédure collégiale (cf. commentaire de l'article 6).

<sup>7</sup> Il de l'article R. 4127-37-1 du code de la santé publique. Cf. commentaire de l'article 6.

Enfin, « lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur ou une personne faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, le médecin recueille en outre l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou de la personne chargée de la mesure, selon les cas, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation »<sup>1</sup>.

## **2. Le recours à la sédation profonde et continue se fait également à la demande du patient si celui-ci est en mesure d'exprimer sa volonté**

Pour les patients en fin de vie, la loi Claeys-Leonetti a également ouvert la possibilité, sous diverses conditions restrictives, d'avoir recours à une **sédation profonde et continue jusqu'au décès** (SPCJD)<sup>2</sup>, une pratique consistant à endormir profondément une personne et à lui administrer une analgésie jusqu'à son décès afin d'altérer sa conscience et d'apaiser sa douleur.

Cette possibilité est ouverte aux patients sous trois critères cumulatifs :

- le patient doit être atteint d'une **affection grave et incurable** ;
- le **pronostic vital** du patient doit être engagé à **court terme**, soit en raison de sa maladie, soit en raison de sa décision d'arrêter un traitement ;
- le patient doit présenter **une souffrance réfractaire aux traitements**, ou, lorsqu'il décide d'arrêter les traitements, être **susceptible de subir une souffrance insupportable** liée à cet arrêt.

L'accès à la sédation profonde et continue est conditionné, pour un patient en état d'exprimer sa volonté, à une **demande préalable de sa part**<sup>3</sup>. Une telle demande ouvre une **procédure collégiale** chargée d'évaluer la conformité de la situation du patient aux critères d'accès fixés par la loi.

Lorsque le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté et qu'une décision d'arrêt des traitements au titre du refus de l'obstination déraisonnable a été prise, il revient au **médecin** de lancer la procédure pour permettre la sédation profonde et continue jusqu'au décès, sauf opposition formulée par le patient dans ses directives anticipées, après avoir recherché la volonté du patient en s'entretenant avec sa personne de confiance ou, à défaut, avec un membre de sa famille ou un proche. La décision de recourir à une sédation profonde et continue jusqu'au décès peut alors être prise après mise en œuvre d'une procédure collégiale.

---

<sup>1</sup> Article R. 4127-32-2 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Article L. 1110-5-2 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Articles L. 1110-5-2 et R. 4127-37-3 du code de la santé publique.

**B. L'encadrement de la demande d'aide à mourir dans les pays ayant légiféré sur le sujet**

**1. Dans la majorité des pays ayant légiféré sur l'ouverture d'une aide active à mourir, la demande d'aide à mourir est assortie de contraintes formelles comme le caractère écrit de la demande**

L'aide active à mourir implique une issue fatale pour qui y recourt, c'est pourquoi les législateurs des différents pays ayant choisi cette voie ont, le plus souvent, assorti la demande d'aide à mourir d'**obligations formelles**.

- Dans la majorité des pays concernés, la procédure d'euthanasie ou de suicide assisté est engagée par une **demande écrite du patient** : tel est le cas de la Suisse, de la Belgique, du Luxembourg, de l'Espagne, du Portugal, des lois-types américaines, de certains États australiens ou de l'Équateur.

Seuls quelques pays, comme les Pays-Bas, ne font pas du caractère écrit de la demande une condition formelle.

- Certains pays exigent que la demande soit **réitérée** afin d'ouvrir la procédure d'aide à mourir, soit oralement comme prévu dans les lois-types américaines, soit par écrit comme l'a souhaité le législateur espagnol, qui a également fixé un délai minimal de quinze jours entre les deux demandes écrites.

- Il n'est pas rare que d'autres critères formels encadrent la demande d'euthanasie ou de suicide assisté. La présence de **témoins** est par exemple requise à la rédaction de la demande écrite au Canada et en Australie, afin d'attester du caractère libre de la décision. La Suisse prévoit quant à elle une attestation de la demande de suicide assisté par **deux personnes dont un médecin**.

- Enfin, certains pays autorisent l'ouverture de la procédure d'euthanasie ou de suicide assisté **même lorsque le demandeur n'est plus en état d'exprimer sa volonté**, dans la mesure où celui-ci a consigné sa volonté d'y avoir recours dans une **déclaration anticipée**.

**2. La demande d'aide médicale à mourir est le plus souvent adressée à un médecin, lequel réalise un ou plusieurs entretiens avec le patient**

- La demande d'euthanasie ou de suicide assisté est, la plupart du temps, adressée au **médecin**, comme le prévoit par exemple la Belgique.

- La procédure de la demande d'aide à mourir est ensuite initiée **après un ou, le plus souvent, plusieurs entretiens** avec le médecin sollicité. En Suisse, la procédure du suicide assisté prévoit au moins deux entretiens avec un médecin espacés de quinze jours *a minima*, tandis que les Pays-Bas imposent des entretiens jusqu'à conviction du médecin.

• Dans certains pays, le parcours initial fait également intervenir **d'autres professionnels** que le médecin sollicité. Au Portugal, des examens par un psychologue et par un médecin spécialiste sont prévus pour toute demande d'aide à mourir.

*C. Des garanties procédurales solides apparaissent comme une condition sine qua non à la constitutionnalité et à la conventionalité d'une aide à mourir*

Le Conseil constitutionnel n'a jamais eu, à ce jour, l'occasion de se prononcer sur la constitutionnalité de l'ouverture d'une aide active à mourir en France. La Cour européenne des droits de l'Homme, quant à elle, n'a pas jugé que la législation belge sur l'euthanasie contrevenait en tant que telle au droit à la vie tel que défini par l'article 2 de la CESDH dans un arrêt *Mortier c. Belgique*<sup>1</sup> ; sans considérer pour autant que le même article fasse obligation aux États parties d'instaurer une aide active à mourir<sup>2</sup> : **le droit à la vie ne saurait comprendre un droit à mourir.**

Il ressort toutefois de la lecture combinée des jurisprudences constitutionnelle et européenne que le recours à l'euthanasie ou au suicide assisté ne saurait être mis en œuvre sans apporter des **garanties procédurales solides.**

Le Conseil constitutionnel s'est par exemple prononcé, en 2017, sur les procédures d'arrêt des soins et de mise en œuvre de la sédation profonde et continue sur un patient hors d'état d'exprimer sa volonté, relevant que « *le médecin doit préalablement s'enquérir de la volonté présumée du patient* » et estimant la procédure conforme au principe à valeur constitutionnelle de sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation<sup>3</sup>, et au droit constitutionnel à la liberté personnelle, tiré des articles 1<sup>er</sup>, 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen du 26 août 1789<sup>4</sup>.

Il a toutefois assorti cette décision de deux réserves, tenant à ce que :

– « *le droit à un recours juridictionnel effectif impose que [la] décision soit notifiée aux personnes auprès desquelles le médecin s'est enquis de la volonté du patient, dans des conditions leur permettant d'exercer un recours en temps utile* » ;

– ledit recours soit « *examiné dans les meilleurs délais par la juridiction compétente* ».

---

<sup>1</sup> CEDH, 4 octobre 2022, *Mortier c. Belgique*.

<sup>2</sup> CEDH, 29 avril 2022, *Pretty c. Royaume-Uni*.

<sup>3</sup> Ce principe découle de la lecture croisée des premier et onzième alinéas du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

<sup>4</sup> Décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, *Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés*.

La CEDH estime quant à elle que, pour ne pas porter atteinte au droit à la vie, toute législation sur l'euthanasie ou le suicide assisté doit être entourée de **garanties procédurales et institutionnelles suffisantes** permettant de s'assurer que les professionnels de santé appliquent une **décision libre, éclairée et non équivoque du patient**. Elle a, à ce titre, condamné la Belgique<sup>1</sup> pour le manque d'indépendance de la **Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie**, dans la mesure où, en l'espèce, le médecin chargé de réaliser l'euthanasie sur Mme Mortier coprésidait la commission de contrôle et ne s'est pas récusé lors de l'examen de ce dossier *a posteriori* par ladite commission. Elle a considéré que la Belgique avait, en cela, manqué aux exigences procédurales entourant le droit à la vie<sup>2</sup>.

Les garanties apportées doivent, par ailleurs, être renforcées pour les personnes les plus vulnérables – la CEDH considérant notamment que les autorités ont « le devoir de **protéger les personnes vulnérables même contre des agissements par lesquels elles menacent leur propre vie** »<sup>3</sup>.

**D. Le droit proposé : une demande d'aide à mourir initiée par le patient, assortie d'obligations d'information du médecin sollicité**

L'article 5 de la proposition de loi reprend l'article 7 du projet de loi de 2024 tel que modifié par la commission spéciale et en séance publique, avant la dissolution de l'Assemblée nationale qui a rendu caducs ces travaux.

Il ouvre la sous-section procédurale de l'aide à mourir, par un article L. 1111-12-3 nouveau, encadrant à la fois les **modalités de demande d'accès à l'aide à mourir (I)** et le **contenu de la consultation initiale** de demande d'aide à mourir (II).

- La demande d'aide à mourir doit procéder d'une **demande expresse du patient à un médecin en activité n'ayant ni lien familial<sup>4</sup>, ni intérêt financier à sa mise en œuvre**, lors d'une consultation en présentiel. Le médecin ne peut donc pas solliciter l'aide à mourir.

Une seule demande d'aide à mourir peut être instruite à la fois.

- Le texte encadre également le déroulé de la consultation. Le médecin doit s'enquérir de l'existence d'une **mesure de protection juridique avec assistance ou représentation** relative à la personne, aux termes du dernier alinéa du I. Il doit, de plus, fournir diverses informations au patient :

---

<sup>1</sup> CEDH, 4 octobre 2022, *Mortier c. Belgique*.

<sup>2</sup> La Belgique a également été condamnée pour n'avoir pas satisfait, lors de l'enquête judiciaire menée à la suite de la plainte du requérant, à l'exigence de promptitude qu'impose le droit à la vie dans son aspect procédural.

<sup>3</sup> CEDH, 20 janvier 2011, *Haas c. Suisse*.

<sup>4</sup> Le médecin ne peut pas être le parent [entendu comme les ascendants, descendants, frères et sœurs, oncles et tantes, neveux et nièces, cousins et cousines du patient jusqu'au quatrième degré], l'allié [entendu comme les membres de la famille par alliance jusqu'au quatrième degré], le conjoint, le concubin ou le partenaire de pacte civil de solidarité du patient.

- le médecin est tenu d'informer le patient sur **son état de santé actuel et prévisible**, sur les **traitements et dispositifs d'accompagnements disponibles**, et, pour les patients en situation de handicap, sur les dispositifs et les droits visant à garantir la prise en charge des besoins médicaux, matériels, psychologiques et sociaux ;

- le médecin est tenu de proposer à la personne de **bénéficier de soins d'accompagnement et de soins palliatifs**, et de s'assurer que le patient puisse y accéder ;

- le médecin est tenu de proposer au patient de l'orienter vers un **psychologue clinicien** ou un **psychiatre** ;

- le médecin doit indiquer au patient qu'il peut **renoncer**, à toute étape de la procédure, à sa demande d'aide à mourir ;

- il est enfin demandé au médecin d'expliquer au patient les **conditions d'accès** à l'aide à mourir, et la procédure de mise en œuvre applicable.

## II - Les principales modifications adoptées

### A. En première lecture à l'Assemblée nationale

#### 1. Au stade de la commission

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté **sept amendements et un sous-amendement** à l'article 5.

**Deux amendements visent à renforcer les garanties apportées aux personnes protégées.** Un amendement de M. Monnet et Mme Lebon (Gauche Démocrate et Républicaine) spécifie que le médecin doit à ces patients une **information loyale, claire et appropriée**, délivrée de manière adaptée à ses facultés de discernement et en précisant que le consentement de la personne protégée est systématiquement recherché. Le même amendement prévoit également la **possibilité de saisir le juge des tutelles ou le conseil de famille en cas de doute ou de conflit**, tandis qu'un amendement de M. Juvin et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine fait obligation au médecin sollicité de **vérifier si le patient fait l'objet d'une mesure de protection juridique** en accédant au registre dédié<sup>1</sup>.

Concernant les **devoirs d'information généraux du médecin**, un amendement du rapporteur M. Panifous a rétabli la **rédaction du projet de loi initial** en supprimant l'exigence pour le médecin **d'informer les personnes en situation de handicap** sur les dispositifs et les droits visant à garantir la prise en charge de ses besoins, estimant que ceux-ci étaient sans lien direct avec le recours à l'aide à mourir.

---

<sup>1</sup> Article 427-1 du code civil.

Un amendement de M. René Pilato (La France insoumise – Nouveau Front Populaire) a revu la rédaction de l’alinéa faisant obligation au médecin de proposer à la personne de recourir à des soins palliatifs pour lui **substituer une obligation d’informer le patient sur les soins palliatifs** et de **s’assurer, le cas échéant, qu’il y ait accès de manière effective.**

Outre ces amendements, la commission des affaires sociales a adopté **trois amendements et un sous-amendement rédactionnels.**

## **2. Au stade de la séance publique**

**Sept amendements ont été adoptés lors de la séance publique.**

Un **amendement gouvernemental** a remplacé la **notion de demande expresse** au médecin par une **obligation de réaliser une demande écrite** ou par **tout autre mode d’expression adapté** aux capacités du patient.

**Deux amendements ont modifié l’encadrement géographique de la demande d’aide à mourir.** Par un amendement de M. Bentz et de ses collègues du groupe Rassemblement National, l’Assemblée nationale a souhaité préciser qu’il n’était non seulement pas possible de présenter une demande d’aide à mourir lors d’une téléconsultation, mais qu’il était également impossible **de la confirmer sous cette forme.** Un amendement de M. Mazaury et de certains de ses collègues du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires a quant à lui précisé qu’il était **demandé au médecin de se déplacer au domicile ou au lieu de prise en charge du demandeur** si celui-ci était en incapacité physique de se rendre chez le médecin.

Enfin, deux amendements ont **renforcé les dispositions relatives à l’orientation du patient vers des psychologues ou des psychiatres.** Un amendement de Mme Thiébault-Martinez et de ses collègues du groupe Socialistes et apparentés a **étendu aux proches du demandeur la possibilité de se voir proposer une orientation vers de tels professionnels,** tandis qu’un amendement de M. Monnet et certains de ses collègues du groupe Gauche Démocrate et Républicaine (GDR) prévoit de **faire obligation au médecin sollicité de s’assurer, si le patient le souhaite, qu’il ait effectivement accès à ces mêmes professionnels,** sur le modèle de ce que l’article 5 prévoyait déjà pour les soins palliatifs.

L’Assemblée nationale a également adopté deux amendements rédactionnels de M. Monnet et ses collègues du groupe GDR, dont l’un, en supprimant par erreur la mauvaise phrase, conduit à une **redondance concernant l’information des personnes protégées** et à supprimer les précisions apportées lors de la commission des affaires sociales par ce député sur la **recherche du consentement des personnes protégées.**

**L’Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

## ***B. En première lecture au Sénat***

### **1. Au stade de la commission**

La commission a adopté **huit amendements de ses rapporteurs à l'article 5.**

Parce qu'il lui a semblé **irréaliste d'attendre d'un médecin inconnu** du patient qu'il soit capable **d'évaluer véritablement son aptitude** à manifester une **volonté libre et éclairée**, la commission a adopté un amendement **restreignant le champ des médecins susceptibles de recevoir une demande** d'assistance médicale à mourir aux **seuls médecins ayant déjà suivi le patient par le passé**. Cette condition cesserait toutefois d'être exigée lorsque le premier médecin sollicité invoque sa clause de conscience, afin d'éviter tout blocage.

La commission a également ajouté, au rang des divers éléments que doit communiquer le médecin lors de la demande initiale, une **information sur la sédation profonde et continue jusqu'au décès**, une procédure encore méconnue bien qu'elle soit susceptible de **répondre aux besoins de nombreux patients en fin de vie**.

Afin de renforcer les garanties procédurales associées à la procédure, la commission a fait du **caractère écrit de la demande d'assistance médicale à mourir le principe**, réservant les demandes par tout autre moyen aux seuls cas d'incapacité du patient à produire un document écrit.

La **saisine du juge des tutelles ou du conseil de famille** prévue à l'article 5, **redondante avec les procédures figurant à l'article 12** et placée avant même toute décision susceptible de faire grief, a été **supprimée par la commission**.

La commission a, enfin, adopté **trois amendements à vocation sémantique ou rédactionnelle** et un amendement visant à **fusionner deux phrases de sens très similaire**.

### **2. Au stade de la séance publique**

**Le Sénat a rejeté la proposition de loi en première lecture.**

## ***C. En deuxième lecture à l'Assemblée nationale***

### **1. Au stade de la commission**

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a **repris**, sur proposition de ses rapporteurs, **trois amendements adoptés par celle du Sénat**, en fixant le **principe d'une forme écrite pour la demande d'aide à mourir**, en fusionnant deux phrases au sens très similaire<sup>1</sup> et en **supprimant la saisine du juge des tutelles ou du conseil de familles**.

---

<sup>1</sup> Un amendement identique de Mme Loir et deux de ses collègues du groupe Rassemblement national a également été adopté.

Elle a également adopté un amendement de ses rapporteurs précisant que le médecin **se présente au domicile** ou dans le lieu où est pris en charge le demandeur pour **recueillir** non seulement sa demande, mais également **sa confirmation**.

Cinq amendements rédactionnels des rapporteurs ont également été adoptés.

## **2. Au stade de la séance publique**

En séance publique, **seul un amendement du Gouvernement a été adopté** par l'Assemblée nationale. Celui-ci **reporte** à une date fixée par décret et **au plus tard au 31 décembre 2028** l'obligation pour les médecins de **consulter le registre national des mesures de sauvegarde**, l'élaboration de ce dernier ayant subi des **retards** en raison de son **intégration au registre « Portalis »**.

Le Gouvernement précise que, dans l'attente, les médecins pourront se fonder sur **des échanges avec des référents familiaux ou médicaux** ou sur **les pièces justificatives à l'appui de la demande** pour déterminer si le demandeur fait l'objet d'une mesure de sauvegarde.

**En deuxième lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

## **III - La position de la commission**

Outre ses **réserves sur le principe même d'une aide à mourir aussi ouverte que celle proposée par l'Assemblée nationale**, sur lesquelles les rapporteurs ne reviendront pas davantage, la commission note que la procédure retenue dans le texte transmis après la deuxième lecture n'a évolué qu'à la marge. Elle demeure donc **excessivement permissive**, et s'y tenir conduirait la France à se doter d'une des législations sur l'aide à mourir **les moins encadrées au monde** au regard des critères d'éligibilité retenus.

Compte tenu du **resserrement du périmètre de l'assistance médicale à mourir** autour des patients dont le **pronostic vital est engagé à court terme**, les rapporteurs n'ont toutefois pas souhaité **verrouiller la procédure** en prévoyant des **garanties supplémentaires** comme **l'obligation de consulter un psychiatre, un psychologue ou un second médecin**, prévue dans certaines législations étrangères.

**Les rapporteurs estiment pour autant que ces précautions seraient tout à fait indispensables si le schéma retenu avait concerné des patients dont le pronostic vital n'était engagé qu'à plus long terme.**

Si la commission a naturellement favorablement accueilli la reprise par l'Assemblée nationale de certains amendements de sécurisation qu'elle avait adoptés, notamment concernant le **caractère écrit de la demande**, elle ne peut que regretter que l'Assemblée nationale n'ait pas souhaité que la **possibilité**

de recevoir des demandes d'aide à mourir soit réservée aux médecins ayant déjà suivi le patient concerné.

**Sans évolution de la procédure**, des patients dont l'espérance de vie atteint plusieurs années pourraient donc toujours recourir à l'aide à mourir après en avoir émis la demande auprès **d'un médecin qu'ils n'ont jamais consulté, prenant sa décision seul sous quinze jours** après avoir été éclairé par un collègue associant un **autre médecin inconnu du patient et qui n'a pas l'obligation de l'examiner** et un **auxiliaire médical à qui il n'est pas davantage fait obligation de connaître le patient**.

Dans cette configuration, la commission maintient qu'il est illusoire de croire que les professionnels chargés d'examiner la demande d'aide à mourir soient à même de vérifier que la **volonté exprimée par le patient correspond bien à sa volonté profonde**, une tâche que l'on sait particulièrement difficile concernant des patients souffrants et en fin de vie, aux intentions parfois fluctuantes.

Il convient à cet égard de rappeler **qu'avant même l'adoption de la loi Claeys-Leonetti**, une étude de 2012 réalisée dans l'établissement de soins palliatifs Jeanne Garnier avait montré que **90 % des demandes d'aide à mourir formulées à l'arrivée en soins palliatifs avaient disparu au cours de l'hospitalisation**<sup>1</sup>. Les patients maintenant leur demande souffraient, du reste, dans leur grande majorité de **symptômes mal contrôlés** pesant sur leur état mental. Les résultats de cette étude avaient semblé être confirmés, sur un échantillon restreint, au sein du centre hospitalier régional universitaire de Besançon, qui n'avait fait apparaître **aucune demande persistante d'euthanasie à l'issue de la prise en charge palliative**.

La commission a donc adopté, comme en première lecture, l'amendement COM-65 de ses rapporteurs, afin de prévoir que le médecin qui réceptionne la demande d'aide à mourir **soit déjà intervenu dans le traitement du patient**, sauf si le premier médecin sollicité fait usage de sa clause de conscience. Dans la même veine, la commission a adopté l'amendement COM-66 de ses rapporteurs afin de spécifier que tout ou partie de la consultation de demande d'aide à mourir a lieu entre le patient seul et le médecin sollicité.

Puisqu'il est **indispensable que le patient qui demande une assistance médicale à mourir** le fasse parce qu'il estime que **c'est l'option la plus adaptée à ses besoins**, les patients doivent être dûment informés sur les alternatives possibles. La commission ne peut donc que réitérer son souhait que ces derniers soient systématiquement renseignés quant à la possibilité de recourir à la **sédation profonde et continue jusqu'au décès associée à une analgésie** et quant à ses conditions de mise en œuvre. Cette option demeure

---

<sup>1</sup> S. Pennec, A. Monnier, S. Pontone et R. Aubry, « End-of-life medical decisions in France: a death-certificate follow-up survey 5 years after the 2005 act of Parliament on patients' rights and end of life », dans *BMC Palliative Care*, 2012 ; 11: 25.

hélas encore aujourd'hui **méconnue des patients** comme des professionnels, alors même qu'elle est susceptible de **répondre aux besoins de nombreuses personnes** en fin de vie en leur offrant une **mort naturelle et sans souffrance**. La commission a adopté, en ce sens, l'amendement COM-67 de ses rapporteurs. Elle a également adopté l'amendement COM-28 *rect.* de M. Chasseing, remplaçant l'information sur les soins palliatifs par une proposition d'en bénéficier.

Sur proposition de ses rapporteurs, la commission a, enfin, adopté trois amendements à vocation sémantique COM-63, COM-64 et COM-69, en cohérence avec la dénomination d'assistance médicale à mourir, préférée par les rapporteurs, et avec la suppression du terme de « *droit* » à l'aide à mourir. Elle a, enfin, adopté l'amendement rédactionnel COM-68

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

#### *Article 6*

### **Évaluation de l'éligibilité du demandeur à l'aide à mourir**

*Cet article prévoit les conditions dans lesquelles est évaluée l'éligibilité du demandeur à l'aide à mourir. Le médecin sollicité est chargé de vérifier que la personne remplit les conditions d'éligibilité. Il réunit, pour ce faire, un collègue pluriprofessionnel composé a minima de lui-même, un médecin spécialiste de la pathologie n'intervenant pas dans le traitement du patient et un auxiliaire médical ou un aide-soignant, auquel il peut également convier d'autres professionnels de santé, des psychologues ou des professionnels travaillant en établissement.*

*À l'issue de cette procédure collégiale, le médecin sollicité prend, seul, sa décision sur l'éligibilité du patient à l'aide à mourir, dans un délai de quinze jours à compter de la première demande, et informe par écrit motivé le patient de sa décision.*

*Il revient alors au patient de confirmer la demande d'administration de substance létale, au plus tôt deux jours à compter de la notification de la décision. Le médecin sollicité informe le patient sur les modalités d'action de la substance létale, détermine, en accord avec le demandeur, les modalités d'administration appropriées et le professionnel de santé chargé de l'accompagner et procède à la prescription de la substance létale, qu'il transmet à une pharmacie à usage intérieur habilitée.*

*La commission a adopté cet article modifié par seize amendements visant à sécuriser la procédure, à garantir les droits des patients, et à tirer les conséquences du recentrage de l'assistance médicale à mourir autour des patients dont le pronostic vital est engagé à court terme.*

## I - Le dispositif proposé

### A. La décision sur l'éligibilité du patient à l'arrêt des soins et à la sédation profonde et continue jusqu'au décès

Si la loi ne reconnaît à ce jour pas de dispositif d'aide active à mourir pour les patients, il convient toutefois de mettre en regard des dispositions envisagées par la présente proposition de loi la procédure retenue pour les décisions d'**arrêt des soins** et de **sédation profonde et continue jusqu'au décès** qui, quoique d'une nature **essentiellement et fondamentalement différente du suicide assisté et de l'euthanasie**, entraînent également, à terme, le décès du patient.

Le commentaire de l'article 5 reprecise le contexte juridique dans lequel s'inscrivent l'arrêt des soins et la sédation profonde et continue.

#### **1. La procédure déterminant l'éligibilité du patient à l'arrêt des soins**

- Lorsque le patient est majeur et conscient, **sa seule demande suffit à arrêter les soins**. En effet, aux termes de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, « *toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement* » et « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* ». L'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique prévoit également qu'en cas d'obstination déraisonnable, les actes « *peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris conformément à la volonté du patient* ».

Si, par le passé, la loi faisait obligation au médecin de « *tout mettre en œuvre pour [...] convaincre [la personne] d'accepter les soins indispensables* »<sup>1</sup> lorsque l'arrêt de traitement mettait sa vie en danger, **aucune telle obligation ne lui incombe depuis 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 ». Le médecin n'est désormais plus tenu que d'informer le patient des conséquences de ses choix et de leur gravité.

Le code de la santé publique ne prévoit donc **pas de procédure médicale obligatoire pour valider la décision d'arrêt des soins** lorsque celui-ci répond à une demande explicite et consciente du patient. Toutefois, l'article L. 1111-4 de ce code conditionne l'arrêt effectif des soins à une **réitération** de la demande du patient dans un délai raisonnable.

Dans la pratique, la décision d'arrêt de soins fait souvent l'objet d'une concertation entre les différents professionnels intervenant dans le traitement de la pathologie.

---

<sup>1</sup> Article L. 1111-4 dans sa rédaction résultant de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

• Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, la décision d'arrêt des soins est prise à l'issue d'une **procédure collégiale**<sup>1</sup>, cette même procédure étant également nécessaire pour écarter l'application des directives anticipées lorsque le médecin les juge « *manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale* »<sup>2</sup>.

Cette procédure vise à instaurer une réflexion collective afin **d'éviter la survenue d'obstinations déraisonnables** tout en prévenant le risque d'une **décision solitaire ou arbitraire**.

La loi se borne à en fixer le principe, renvoyant au **pouvoir réglementaire ses modalités d'organisation**.

La procédure collégiale peut être engagée par le médecin en charge du patient, et doit l'être **à la demande de la personne de confiance ou, à défaut, d'un proche ou d'un membre de la famille du patient**<sup>3</sup>.

La procédure collégiale suit trois étapes :

- d'abord, une phase de **recherche de la volonté du patient**, durant laquelle le médecin s'enquiert de ses directives anticipées ou, en leur absence, recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, de proches ou de membres de la famille du patient. Pour les mineurs et les majeurs protégés, le médecin s'enquiert également de l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou de la personne chargée de la mesure de protection. Sans que cela constitue une obligation réglementaire, d'autres médecins suivant régulièrement le patient peuvent être interrogés pour déterminer la volonté du patient ;

- s'ensuit une phase au cours de laquelle le médecin en charge sollicite **l'avis motivé d'un autre médecin** appelé en qualité de **consultant**, lequel ne doit pas avoir de rapport hiérarchique avec le médecin en charge du patient. Sur demande de l'un des deux médecins, **l'avis d'un deuxième médecin consultant peut être demandé**<sup>4</sup> ;

- la procédure se conclut par la tenue d'une **réunion de concertation** faisant intervenir les **membres présents de l'équipe de soins**, lors de laquelle chacun partage son analyse de la situation au regard des **critères médicaux et cherche d'éventuelles alternatives** à l'arrêt des soins.

À l'issue de la procédure, le médecin chargé du patient prend, après avoir pris en considération l'ensemble des avis présentés, **seule** la décision **d'arrêter les soins**. Il ne s'agit donc pas d'une décision collégiale, mais bien d'une **procédure collégiale** visant à **éclairer la décision du médecin** en charge ; le collègue n'a pas besoin de parvenir à un consensus pour autoriser l'arrêt des soins.

---

<sup>1</sup> Article L. 1110-5-1 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Article L. 1111-11 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Article R. 4127-37-2 du code de la santé publique.

<sup>4</sup> Article R. 4127-37-2 du code de la santé publique.

Il informe la personne de confiance ou, à défaut, l'un des proches du patient de sa décision motivée, et inscrit dans le dossier du patient la volonté exprimée dans les directives anticipées, les témoignages communiqués, les avis recueillis et les motifs de la décision.

Il convient de noter que l'article 16 de la proposition de loi visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs vise à inscrire dans la loi la composition de la procédure collégiale, et en élargir le champ. Il prévoit que **l'ensemble de l'équipe de soins** y participe, et que la procédure collégiale prenne la forme d'une « *concertation notamment entre le médecin chargé du patient, éventuellement son médecin traitant, le médecin référent de la structure médico-sociale qui l'accompagne, le cas échéant, et un professionnel de l'équipe qui l'accompagne à domicile ou en établissement* ».

## **2. La procédure déterminant l'éligibilité du patient à la sédation profonde et continue jusqu'au décès**

Dans le cas de la sédation profonde et continue jusqu'au décès (SPCJD), **la procédure collégiale est obligatoire, que le patient soit ou non en mesure d'exprimer sa volonté.**

La procédure collégiale suivie est en tout point semblable<sup>1</sup> à celle qui s'applique pour les cas d'arrêts de soins, à cela près qu'il appartient au collègue d'éclairer le médecin en charge, qui reste seul décideur, sur **l'éligibilité du patient au regard des critères définis par la loi**<sup>2</sup> – à savoir :

- l'existence d'une **pathologie grave et incurable** ;
- l'engagement à **court terme** du **pronostic vital** du patient ;
- l'existence d'une **souffrance réfractaire aux traitements**, ou, lorsqu'il décide d'arrêter les traitements, la potentialité de **subir une souffrance insupportable** liée à cet arrêt<sup>3</sup>.

### **B. L'encadrement de la décision sur l'éligibilité à l'aide à mourir dans les pays ayant légiféré sur le sujet**

**1. Dans la plupart des pays ayant légiféré sur l'euthanasie ou le suicide assisté, l'appréciation de l'éligibilité du patient est partagée entre le médecin sollicité et un ou plusieurs médecins consultants, parfois sous forme de collègue pluriprofessionnel**

Compte tenu de la nature particulière du recours de l'aide active à mourir, les législateurs des différents pays ayant choisi cette voie ont, le plus souvent, assorti la procédure de décision sur l'éligibilité à l'aide à mourir de garanties.

---

<sup>1</sup> Article R. 4127-37-3 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Article L. 1110-5-2 du code de la santé publique et article R. 4127-37-3 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Dans le cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et si la souffrance de celui-ci ne peut être évaluée du fait de son état cérébral, la sédation profonde et continue peut tout de même être mise en œuvre, sauf si le patient s'y était opposé dans ses directives anticipées.

Selon le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV), le modèle dominant est celui d'une **décision par le médecin évaluateur, avec au moins un deuxième avis**. Lorsqu'un organe collégial existe, il est décisionnel ou autorisant.

- L'appréciation de l'éligibilité du patient à l'aide à mourir revient le plus souvent au **médecin chargé d'instruire le dossier**, mais celui-ci est dans la majorité des cas **éclairé par d'autres avis**, médicaux ou non :

- dans la plupart des pays, des **avis médicaux complémentaires** viennent enrichir la réflexion du médecin en charge du patient demandeur. En Belgique, **la consultation d'un deuxième médecin est obligatoire**, et celle d'un **troisième médecin spécialiste de la pathologie ou psychiatre** l'est également si le décès n'est pas attendu à brève échéance. Un système similaire existe au Portugal, reposant sur un **double avis du médecin superviseur et d'un médecin spécialiste** et, le cas échéant, sur un troisième avis émis par un **psychiatre en cas de doute sur la capacité du demandeur**. Aux Pays-Bas, un **médecin indépendant doit également être consulté**, en sus du médecin sollicité ;

- certaines législations prévoient la **consultation obligatoire d'un professionnel de la santé mentale** lorsque certaines conditions sont remplies :

- tel est le cas de la Belgique, qui l'impose lorsque le décès n'est **pas prévisible à brève échéance** ;

- lorsqu'un doute existe sur l'altération du discernement, il est fréquent que la **consultation d'un psychiatre soit obligatoire**, comme au Portugal, en Australie, en Nouvelle-Zélande ou en Suisse. Dans d'autres législations, la consultation d'un psychiatre dans une telle situation est conçue comme une faculté (Luxembourg, Espagne, Canada) ;

- aux Pays-Bas, la consultation d'un psychiatre est obligatoire pour traiter la demande des patients souhaitant recourir à l'euthanasie **en raison d'une affection psychiatrique** ;

- au Portugal, au-delà de la consultation obligatoire d'un psychiatre lorsqu'un doute existe sur le discernement, un **psychologue est obligatoirement consulté** à l'initiation de la demande d'aide à mourir.

- En Suisse, une tierce personne, qui n'est pas obligatoirement médecin, est chargée de **vérifier la capacité de la personne à exprimer sa volonté** de recourir au suicide assisté.

- Dans certains pays, la procédure d'octroi de l'aide à mourir fait intervenir des **commissions pluridisciplinaires**, soit dans le cadre d'un collège pluriprofessionnel, soit dans le cadre d'un contrôle *ex ante* par les autorités<sup>1</sup> :

---

<sup>1</sup> Voir commentaire de l'article 15.

- en Espagne ou au Portugal, toute demande d'aide à mourir octroyée par un médecin fait l'objet d'une transmission à une **commission de contrôle a priori**, qui examine le dossier du patient pour s'assurer que les **critères légaux sont remplis** avant administration de la substance létale ;

- en Colombie et en Équateur, un **comité interdisciplinaire** composé de médecins, d'un juriste, d'un éthicien, le cas échéant d'un psychologue et, en Équateur, d'un travailleur social et d'un représentant de la société civile est chargé d'examiner la demande d'aide à mourir. La décision d'octroi est **prise collectivement** par le comité. Selon le CNSPFV, en Colombie, celui-ci peut rencontrer le demandeur et compléter les examens cliniques réalisés par les médecins en amont de la réunion du comité. En Équateur, le comité peut également rencontrer le demandeur.

## **2. Des délais encadrés afin de préserver l'accès du patient aux dispositifs tout en garantissant la prise de recul qu'impose éthiquement la décision de recourir à l'aide à mourir**

Dans la majorité des pays ayant légiféré sur l'euthanasie ou le suicide assisté, la procédure d'aide à mourir s'inscrit dans des délais précis, poursuivant un double objectif : **éviter l'enlèvement des procédures** tout en garantissant que le patient a, au moment où il prend sa décision, pu disposer du **temps de réflexion nécessaire** au recul qu'impose le choix de recourir à l'aide à mourir.

- Un certain nombre de pays fixent des délais minimaux encadrant la procédure d'aide à mourir en tant que telle :

- dans certaines législations s'applique un **délai minimal** pour la procédure, afin de garantir un examen approfondi des conditions d'éligibilité et de laisser au demandeur le temps nécessaire pour mûrir sa réflexion. Ce délai est souvent assorti d'exceptions pour les patients dont la mort apparaît imminente :

- le Canada a prévu **un minimum de trois mois entre la demande et l'administration létale**, réductible si le patient est susceptible de perdre des capacités ou annulable en cas de risque de décès imminent ;

- le Portugal a fixé un **délai incompressible de deux mois** entre la demande initiale et l'acte ;

- en Belgique, un **délai minimal d'un mois doit s'écouler entre la demande écrite et l'acte euthanasique**, sauf lorsque le décès est prévisible à brève échéance ;

- en Espagne, la **procédure dure au minimum 21 jours**, sauf lorsque le patient présente un risque vital immédiat : deux demandes écrites doivent être espacées de quinze jours au moins, puis un entretien d'information est prévu cinq jours après la seconde demande, et le patient doit confirmer sa demande la veille de l'administration ;

○ en Suisse, les deux entretiens avec le médecin sont espacés **d'au moins quinze jours**, ce qui induit que la procédure soit au moins aussi longue ;

- certains pays n'ont toutefois pas jugé utile d'imposer, par la loi, un délai minimal pour la procédure d'aide à mourir : c'est le cas des Pays-Bas, qui n'imposent que des entretiens médicaux jusqu'à conviction du médecin, ou encore du Luxembourg.

• Certaines législations ont également fait le choix d'imposer un **délai de réflexion minimal entre l'acceptation de la demande d'aide à mourir et l'administration de la substance létale**. En Nouvelle-Zélande, un délai d'un jour au moins est prévu entre la « *requête finale* » et l'administration de la substance létale.

• S'ajoutent à ces délais des **délais maximaux**, plus rares, visant à éviter l'enlisement des procédures. En Nouvelle-Zélande, le médecin consultant est par exemple tenu de se prononcer dans un délai de sept jours. En Colombie, le comité scientifique et interdisciplinaire est tenu de vérifier « *sous dix jours les conditions* »<sup>1</sup> d'éligibilité – un délai identique étant laissé au comité interdisciplinaire dans la législation équatorienne.

**C. Le droit proposé : une procédure collégiale faisant intervenir au moins le médecin sollicité, un médecin spécialiste et un auxiliaire médical éclaire la décision d'aide à mourir, prise par le seul médecin sollicité, dans un délai de quinze jours à compter de la demande**

L'article 6 de la proposition de loi reprend l'article 8 du projet de loi de 2024 tel que modifié par la commission spéciale, avant la dissolution de l'Assemblée nationale qui a rendu caducs ces travaux.

Il crée un article L. 1111-12-4 au sein du code de la santé publique, encadrant les **modalités de détermination de l'éligibilité du patient à l'aide à mourir** et celles entourant la **notification de la décision** et la **confirmation** du patient de sa volonté de recourir à l'aide à mourir s'il y a été jugé éligible.

• Il est proposé que la demande d'aide à mourir soit analysée par le médecin sollicité, qui vérifie que le patient remplit les conditions d'éligibilité – il est notamment précisé qu'une **altération grave du discernement** par la maladie lors de la démarche d'aide à mourir fait **obstacle** au remplissage de la condition d'aptitude à manifester sa volonté de manière libre et éclairée (I).

• Pour l'éclairer dans sa décision, il est proposé que le médecin engage une **procédure collégiale pluriprofessionnelle** (II), lors de laquelle le médecin est chargé de recueillir, dans le cadre d'une concertation qui peut avoir lieu à distance, les avis :

---

<sup>1</sup> Contribution écrite du CNSPFV aux rapporteurs.

- obligatoirement :

- d'un **médecin spécialiste** de la pathologie grave et incurable du patient, n'intervenant pas auprès de la personne, n'ayant pas de lien familial ni de concubinage avec elle et n'étant pas son ayant droit, ni n'ayant de lien hiérarchique avec le médecin sollicité. Le médecin ainsi choisi a accès au dossier médical de la personne et l'examine, sauf s'il ne le juge pas nécessaire, avant de rendre son avis ;

- d'un **auxiliaire médical** ou un **aide-soignant** intervenant auprès du patient ou, à défaut, d'un autre auxiliaire médical ;

- à l'appréciation du médecin sollicité, d'autres professionnels :

- de **psychologues** ou **infirmiers** intervenant auprès de la personne ;

- le cas échéant, du **médecin chargé du suivi en établissement ou service médico-social** ou des professionnels de l'établissement concerné.

Dans le cas de majeurs protégés, il est proposé que le médecin informe la personne chargée de la mesure de protection et tienne compte de ses observations.

Cette procédure collégiale s'inspire de celles déjà prévues par la loi pour gérer des situations de fin de vie des patients, à la fois par son rôle **consultatif**, par la présence d'un médecin consultant et son caractère **pluriprofessionnel**, et par certaines conditions imposées au médecin consultant telles que l'absence de lien hiérarchique avec le médecin en charge.

Toutefois, cette procédure n'est comparable à aucun des modèles étrangers : le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie confirme en effet que n'avoir « *pas identifié de modèle étranger correspondant exactement à un collège pluridisciplinaire consultatif « non liant » tel qu'envisagé dans la proposition française ; les schémas observés sont soit médecin(s)+consultants, soit validation par une instance collégiale (a priori) »*

- En son III, l'article 6 prévoit que le médecin ait **quinze jours** pour se prononcer à compter de la demande. Il propose également que le médecin **notifie, oralement et par écrit, une décision motivée à la personne sur l'octroi ou le refus de la demande d'aide à mourir** et en informe, le cas échéant, la personne chargée d'une mesure de protection.

- En cas d'octroi, l'article 6 se propose de fixer un **délai de deux jours de réflexion** à compter de la notification avant la confirmation de la demande d'aide à mourir, réductible « *si le médecin estime que cela est de nature à préserver la dignité* » du patient (IV). Si la confirmation par le patient intervient plus de trois mois après la notification, le médecin, aux termes de l'article 6, « *évalue à nouveau le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté* », en relançant si besoin la procédure collégiale. L'article 6 **proscrit également aux sociétés de téléconsultation** de réaliser la procédure d'appréciation de l'éligibilité à l'aide à mourir.

- Lorsque le patient confirme sa demande d'aide à mourir, l'article 6 prévoit que **le médecin l'informe des modalités d'administration et d'action de la substance létale** et **détermine, avec son accord, l'identité du professionnel chargé de l'accompagner** pour l'administration de la substance létale (V).

- Le médecin **prescrit alors la substance létale** conformément aux recommandations émises par la HAS<sup>1</sup> et adresse la prescription à l'une des **pharmacies à usage intérieur habilitées**, désignées par arrêté.

## II - Les principales modifications adoptées

### A. En première lecture à l'Assemblée nationale

#### 1. Au stade de la commission

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté **quinze amendements à l'article 6**.

**Trois amendements** adoptés concernent **la liste des consultations** que le médecin sollicité peut prévoir dans le cadre de la **procédure collégiale** :

- par deux amendements du rapporteur M. Panifous, la commission a entériné le principe que le médecin sollicité ne pouvait recueillir l'avis que **d'autres professionnels de santé, de psychologues ou de personnels travaillant en établissement ou service accueillant des personnes âgées ou handicapées** ; et non de n'importe quel professionnel, se rapprochant ainsi de la rédaction retenue dans le projet de loi initial.

- un amendement, adopté à l'initiative de Mme Lebon et M. Monnet (Gauche démocrate et républicaine), prévoit également que le médecin sollicité puisse **recueillir l'avis de la personne de confiance si elle existe**, à la **demande du patient**.

**Quatre amendements adoptés renforcent le formalisme de la procédure** en imposant une communication d'informations par écrit :

- un amendement de M. Bazin (Droite républicaine), identique à un amendement de M. Dussausaye et certains de ses collègues du groupe Rassemblement national a précisé que **l'avis des participants obligatoires au collège devait être écrit** ;

- dans la même logique, un amendement de M. Juvin et de certains de ses collègues du groupe Droite républicaine est venu spécifier que la **personne chargée d'une mesure de protection** devait être **informée par écrit** de la décision sur l'éligibilité à l'aide à mourir ;

---

<sup>1</sup> Cf commentaire de l'article 18.

- un amendement de M. Pilato et ses collègues du groupe La France insoumise – Nouveau Front Populaire (LFI – NFP) a, quant à lui, précisé que **l'information** délivrée par le médecin sollicité sur les **modalités d'administration et d'action de la substance létale** devait être communiquée **à l'oral et par écrit**.

Le rapporteur M. Panifous est venu préciser que **le médecin ne se saisissait pas d'une nouvelle évaluation** du caractère libre et éclairé de la volonté du demandeur dans le cas où aucune confirmation n'était émise sous trois mois à compter de la notification de la décision, mais qu'il n'engageait cette procédure **que lorsque le patient confirmait effectivement sa décision de recourir à l'aide à mourir plus de trois mois après la notification de l'acceptation de sa demande par le médecin sollicité**.

Un amendement de Mme Runel et certains de ses collègues du groupe Socialistes et apparentés a par ailleurs **renforcé l'implication du demandeur dans le choix des modalités d'administration de la substance létale** : celles-ci étaient **choisies par le médecin dans le texte déposé**, le médecin se bornant à informer le demandeur ; elles **doivent désormais être déterminées en accord avec le patient**.

Enfin, la commission a adopté **six amendements rédactionnels** de son rapporteur M. Panifous.

## **2. Au stade de la séance publique**

**Vingt-six amendements ont été adoptés lors de la séance publique.**

### *a) Les évolutions retenues pour la procédure collégiale*

**Deux amendements identiques du rapporteur M. Panifous et du président de la commission des affaires sociales M. Valletoux** et deux de ses collègues du groupe Horizons, sous-amendés par deux sous-amendements identiques de M. Juvin et deux de ses collègues du groupe Les Républicains et de M. Bazin, ont **considérablement révisé la procédure collégiale pluriprofessionnelle**. Ces amendements ont en effet **substitué au recueil d'avis écrit des intervenants une réunion d'un collègue pluriprofessionnel**. Le médecin sollicité **reste seul à prendre la décision**, à l'issue de la procédure collégiale.

**Y participent tous les professionnels invités à donner leur avis dans le texte de la commission**, obligatoirement ou à la discrétion du médecin, y compris le médecin sollicité lui-même.

La proposition de loi transmise prévoit donc que le collège se compose :

- **a minima de deux médecins et un soignant ainsi déterminés** :

○ du **médecin sollicité** ;

○ d'un **médecin en activité spécialiste de la pathologie du demandeur, n'intervenant pas dans le traitement du patient**, non lié à lui par l'héritage, le concubinage ou les liens familiaux, et non relié hiérarchiquement au

médecin sollicité. Avant la réunion du collège, **ce médecin examine le patient sauf s'il ne l'estime pas nécessaire ;**

○ d'un **auxiliaire médical ou d'un aide-soignant intervenant dans le traitement de la personne** ou, à défaut, d'un autre auxiliaire médical ;

- **à la discrétion du médecin sollicité, d'autres professionnels de santé, des professionnels travaillant en établissement et services accueillant des personnes âgées ou handicapées et des psychologues** qui interviennent dans le traitement de la personne.

Le même amendement prévoit également que le médecin sollicité **s'enquière, le cas échéant, de l'avis de la personne chargée d'une mesure de protection** et communique son avis avant la réunion du collège.

L'amendement de MM. Panifous et Valletoux souhaitait, en revanche, **supprimer l'avis de la personne de confiance**, recueilli à la demande du patient. Toutefois, les **sous-amendements de MM. Bazin et Juvin y ont fait obstacle.**

Il est enfin spécifié que **la réunion du collège se déroule, par principe, en la présence physique de l'ensemble de ses membres**, sauf lorsque ceci est impossible.

*b) Les évolutions apportées aux délais de la procédure*

Le texte adopté par la commission prévoyait un **délai de deux jours** entre la notification de l'octroi de l'aide à mourir et la confirmation par le patient. **Ce délai pouvait cependant être abrégé à la demande de la personne** si une telle décision était, de l'avis du médecin, de nature à préserver la dignité du demandeur. Un amendement du Gouvernement et douze amendements identiques<sup>1</sup> sont **revenus sur la possibilité de raccourcir le délai de réflexion**, désormais rendu **incompressible.**

**Le délai dans lequel s'enserme la procédure collégiale** a également été modifié par un amendement de Mmes Galliard-Minier et Liso (Ensemble pour la République), adopté par l'Assemblée nationale. Celui-ci prévoit **qu'il s'écoule quinze jours au plus entre la demande et la notification de la décision**, et non plus entre la demande et la prise de décision.

---

<sup>1</sup> Les amendements en question ont été déposés par M. Hetzel et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, MM. Juvin et Forissier, Mme Corneloup, Mme Gruet, Mme Blin, M. Bazin (Les Républicains), M. Isaac-Sibille (Les Démocrates), M. Rodwell (EPR), M. Ménagé et plusieurs de ses collègues du groupe Rassemblement national, Mme Pollet et plusieurs de ses collègues du groupe Rassemblement national, M. Allegret-Pilot et plusieurs de ses collègues du groupe Union des droites pour la République (UDR) et M. Verny (UDR).

*c) Les évolutions apportées à l'appréciation du discernement et de la volonté libre et éclairée*

Un amendement de Mme Leboucher et ses collègues du groupe LFI – NFP a spécifié que **toute altération grave du discernement faisait obstacle à la manifestation d'une volonté libre et éclairée** au sens de l'article 4 de la proposition de loi, et **non seulement** les altérations graves du discernement **liées à une maladie**.

Un amendement de Mme Panonacle et trois de ses collègues des groupes Ensemble pour la République (EPR) et Libertés, Indépendants, Outre-mer et territoires (Liot) prévoit quant à lui que l'évaluation du discernement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives doit tenir compte de leur mode de communication et des dispositifs utilisés, sans se fonder uniquement sur des tests cognitifs sensibles à la fatigue, à l'anxiété ou aux troubles moteurs.

*d) Les autres modifications apportées à l'article 6*

Un amendement de Mme Pirès-Beaune et ses collègues du groupe Socialistes et apparentés a précisé que le médecin pouvait **solliciter le préfet** pour s'assurer que le demandeur remplisse la **condition de nationalité ou de résidence stable et régulière**, auquel cas celui-ci est tenu de **répondre sans délai**.

L'Assemblée nationale a également adopté **quatre amendements rédactionnels** de son rapporteur, de Mme Gruet et de Mme Vidal.

Un amendement de M. Marion (Ensemble pour la République), visant à ce que le médecin informe de sa décision la personne de confiance plutôt que le patient si ce dernier n'est pas apte à recevoir cette décision, **n'a finalement pas été intégré au texte après une seconde délibération**.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

### ***B. En première lecture au Sénat***

#### **1. Au stade de la commission**

La commission a adopté seize amendements à l'article 6, dont quinze de ses rapporteurs et un amendement de M. Henno (Union centriste).

La commission s'est d'abord attachée à **sécuriser la procédure, sans la rallonger** compte tenu du resserrement du champ de l'assistance médicale à mourir autour de patients dont le pronostic vital est engagé à court terme.

Elle a ainsi précisé que le **médecin traitant pouvait être invité à la réunion du collègue pluriprofessionnel**, et spécifié que le médecin sollicité devait pouvoir **avoir accès à l'ensemble des informations médicales nécessaires** à l'examen du dossier du demandeur. Les observations de la personne chargée de la mesure de protection ont également été rendues **non-opposables**, la décision rendue à l'issue de la procédure collégiale **devant rester médicale**.

Le **deuxième axe de travail** de la commission a été la **consolidation des droits du patient dans la procédure**.

Elle a ainsi adopté un amendement prévoyant qu'un **compte rendu anonymisé des débats du collège pluriprofessionnel soit transmis au demandeur**, ainsi, le cas échéant, qu'à la personne chargée de sa mesure de protection.

Un amendement de M. Henno, également adopté par la commission, **confère un rôle aux proches dans la procédure** en permettant au médecin sollicité de **recueillir leur avis** si le patient en fait la demande.

La commission a par ailleurs insisté, dans la rédaction de l'article 6, sur le fait que **le patient n'est jamais tenu d'accepter de recourir à l'assistance médicale à mourir, y compris lorsque le médecin l'y autorise** et a spécifié, pour protéger les patients de potentielles dérives, que **l'intelligence artificielle ne saurait en aucun cas se substituer à la décision du médecin**.

Le dernier axe de travail de la commission a été de **tirer les conséquences procédurales du resserrement du champ de l'assistance médicale à mourir autour des patients dont le pronostic vital est engagé à court terme**. Elle a ainsi supprimé le délai de quinze jours entre la demande et la notification de la décision, rendu compressible le délai de réflexion lorsque l'état de santé du demandeur le justifie, et supprimé la procédure applicable en cas de confirmation tardive de la volonté du patient après la notification du médecin.

Elle a, enfin, adopté **cinq amendements rédactionnels, sémantiques ou de coordination** et supprimé des précisions d'ordre réglementaire sur les **modalités d'évaluation de la capacité de discernement** des personnes atteintes de **maladies neurodégénératives**.

## **2. Au stade de la séance publique**

**Le Sénat a rejeté la proposition de loi en première lecture.**

### **C. En deuxième lecture à l'Assemblée nationale**

#### **1. Au stade de la commission**

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a **repris certains apports** de celle du Sénat, concernant :

- **l'accès du médecin sollicité aux informations médicales nécessaires concernant le demandeur**, sur proposition des rapporteurs ;

- la garantie que le patient **ne soit jamais tenu de recourir à une aide à mourir**, y compris lorsqu'il y est jugé éligible par le médecin, à l'initiative des rapporteurs et de Mme Loir et deux de ses collègues du groupe Rassemblement national ;

- la **non-opposabilité des observations de la personne chargée de la mesure de protection**, à l'initiative de M. Pilato et ses collègues du groupe La France insoumise - Nouveau Front populaire.

- la **suppression de la possibilité de saisir le préfet** pour la vérification de la condition de nationalité ou de résidence stable et régulière, portée par les rapporteurs.

La commission a par ailleurs adopté quatre **amendements rédactionnels de ses rapporteurs**.

## **2. Au stade de la séance publique**

En séance publique, l'Assemblée nationale a **modifié, à la marge, la procédure collégiale** prévue pour la détermination de l'éligibilité des patients à l'aide à mourir.

Elle a adopté un amendement de M. Potier et plusieurs de ses collègues des groupes Socialistes et apparentés et Écologiste et social **associant obligatoirement à la réunion du collège pluriprofessionnel un proche aidant**, si tel est le souhait du demandeur.

Un amendement du Gouvernement permettrait au médecin sollicité de **recueillir l'avis d'un médecin spécialiste des majeurs protégés**, lorsque le demandeur se trouve dans une telle situation.

Par deux amendements identiques de sa rapporteure Mme Abadie-Amiel (Liot) et de Mme Loir et certains de ses collègues du groupe Rassemblement national, l'Assemblée nationale a également **supprimé les précisions sur les modalités d'évaluation des capacités de discernement des demandeurs présentant une maladie neurodégénérative**, comme l'avait souhaité la commission des affaires sociales du Sénat.

Enfin, un amendement de Mme Simonet et ses collègues du groupe Écologiste et social, adopté par l'Assemblée nationale, **tirait les conséquences de la suppression de l'exception d'euthanasie** à l'article 2 en rendant son recours possible y compris hors le cas d'incapacité du patient à s'autoadministrer la substance létale. Toutefois, **l'Assemblée nationale est revenue sur cette évolution** par l'adoption d'un amendement du président M. Valletoux (Horizons et Indépendants) en seconde délibération.

Trois amendements rédactionnels des rapporteurs ont également été adoptés.

**En deuxième lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

### III - La position de la commission

#### 1. Une procédure particulièrement souple, incompatible avec des conditions de recours à l'aide à mourir aussi ouvertes

La commission regrette que le texte transmis par l'Assemblée nationale après sa deuxième lecture reste de nature à **doter la France d'une des législations les moins encadrées au monde en matière d'aide à mourir**, malgré les **dérives documentées observées** dans les pays ayant légiféré sur la question.

- Contrairement au choix qu'ont effectué nombre de pays ayant légiféré en faveur d'une aide active à mourir comme la **Belgique** ou le **Portugal**, le texte transmis **ne rend pas obligatoire la consultation de plusieurs professionnels avant la décision sur l'éligibilité du patient**. Il serait en effet possible de **procéder à l'administration de la substance létale après n'avoir consulté que le médecin auquel est adressée la demande**, qui peut au surplus **n'avoir jamais rencontré le patient** avant l'émission de la demande d'aide à mourir. Cela pose question quant au **caractère effectif de la condition d'aptitude à manifester une volonté libre et éclairée**, pourtant présentée comme un prérequis essentiel par le Gouvernement.

- La **composition du collège pluriprofessionnel** ne satisfait pas davantage les rapporteurs dès lors que celle-ci ne leur apparaît **pas de nature à permettre un examen suffisamment documenté** de la situation du patient afin de garantir que ce dernier remplit les conditions légales requises pour la mise en œuvre d'une aide à mourir. Les rapporteurs s'émeuvent à ce titre que le texte transmis rende possible de mettre en œuvre une procédure collégiale **n'impliquant que le médecin sollicité, qui peut ne jamais avoir rencontré le patient avant l'émission de sa demande, un médecin spécialiste et un auxiliaire médical qui peuvent n'avoir jamais rencontré ou examiné le patient**. Alors que l'aide à mourir telle que définie dans le texte transmis concerne des patients dont le pronostic vital peut n'être engagé qu'à moyen voire long terme, rien ne saurait justifier qu'il ne soit pas fait obligation au médecin spécialiste de recevoir en consultation le patient. La présence d'un **professionnel de la santé mentale** au sein du collège pluriprofessionnel apparaît également, aux yeux des rapporteurs, comme un **prérequis** afin que celui-ci puisse **éclairer le médecin sollicité sur l'aptitude du patient à manifester une volonté libre et éclairée**, mais n'est pas rendue obligatoire par la procédure figurant dans le texte transmis.

- Les rapporteurs expriment en outre des **réserves sur l'opportunité de faire peser sur un médecin seul**, certes éclairé par un collège pluriprofessionnel, la **décision d'accorder** au patient une **aide à mourir** qui peut conduire à **abréger sa vie de plusieurs années**. Il s'agit là d'une décision **lourde de conséquences**, qui devrait donc, de l'avis des rapporteurs, faire l'objet d'un regard non seulement médical, **mais aussi éthique** et qui **ne saurait donc reposer sur un seul professionnel**.

- Le **délai maximal de dix-sept jours entre la date d'émission de la demande et la date à compter de laquelle il est possible de procéder à l'administration la substance létale** apparaît également **particulièrement court par rapport aux standards fixés par les législations étrangères**. Les rapporteurs rappellent, à cet égard, que la durée minimale de la procédure est par exemple fixée à **trois mois au Canada ou à deux mois au Portugal**.

**2. Le resserrement du champ de l'assistance médicale à mourir autour des patients dont le pronostic vital est engagé à court terme induit de ne pas contraindre excessivement la procédure au risque de lui faire perdre toute effectivité : la commission a donc sécurisé la procédure sans la rallonger**

- Il convient de rappeler que les rapporteurs ont souhaité que **l'assistance médicale à mourir ne puisse être proposée qu'à des patients qui rempliraient les critères de la sédation profonde et continue jusqu'au décès**. Cela induit que leur **pronostic vital doit être engagé à court terme**, avec un **décès raisonnablement prévisible dans les quinze jours au plus**.

- **Compte tenu de resserrement** du champ de l'assistance médicale à mourir, **sécuriser la procédure en prévoyant des consultations supplémentaires ou en allongeant ses délais de mise en œuvre** risquerait de la **priver de toute portée effective**. La commission a donc tenu la même ligne qu'en première lecture, en **sécurisant la procédure sans la rallonger**. Elle a rétabli, sur le fond, le texte qu'elle avait adopté.

Concernant la procédure collégiale, la commission a donc adopté un amendement COM-74 de ses rapporteurs et un amendement identique COM-29 *rect. bis* de M. Chasseing visant à prévoir la **possibilité pour le médecin traitant de faire partie du collège pluriprofessionnel** statuant sur l'éligibilité du patient à l'assistance médicale à mourir. Le médecin traitant est en effet le professionnel qui dispose de **la connaissance la plus globale, la plus continue et la plus approfondie de l'histoire médicale et personnelle du patient**.

La commission a à nouveau adopté les garanties qu'elle avait prévues pour **renforcer les droits du patient** dans la procédure. Avec l'amendement COM-79, elle maintient qu'il serait utile, à **des fins de traçabilité et pour renforcer la confiance dans la procédure**, qu'un **compte rendu écrit et anonymisé des débats de la réunion du collège pluriprofessionnel soit transmis au demandeur** et, le cas échéant, à la personne chargée de sa mesure de protection.

Elle a également adopté un amendement COM-73 permettant que le **médecin puisse solliciter l'avis des proches** du patient si celui-ci en émet le vœu.

Toutefois, il n'apparaît pas pertinent de **faire participer un proche aidant à la réunion du collègue pluriprofessionnel**. Celle-ci a en effet vocation à se prononcer sur **la vérification par le demandeur de critères médicaux**, sur lesquels les proches aidants **ne disposent pas de compétence particulière**. Les différentes **procédures collégiales déjà prévues** par notre droit ne prévoient, du reste, **pas une telle participation**. Le même amendement **supprime donc cette évolution apportée en deuxième lecture à l'Assemblée nationale**, vertueuse dans l'esprit mais insuffisamment effective.

Afin de prévenir tout risque en la matière à l'avenir, l'amendement COM-77 des rapporteurs, adopté par la commission, précise que **l'intelligence artificielle ne saurait se substituer au médecin** dans la prise de la décision sur l'assistance médicale à mourir.

Enfin, la commission a adopté l'amendement COM-70 de ses rapporteurs, spécifiant que les personnes présentant une réduction significative de leurs facultés intellectuelles ou cognitives ne sauraient être perçues comme éligibles à l'aide à mourir.

- La commission a par ailleurs à nouveau supprimé, sur proposition de ses rapporteurs, certaines **dispositions sans objet eu égard aux évolutions dans les critères** pour recourir à l'assistance médicale à mourir.

Par conséquent, elle a adopté l'amendement COM-78 de ses rapporteurs **supprimant le délai maximal de quinze jours de la procédure**, celui-ci étant **incompatible avec l'espérance de vie** des patients à compter de la demande d'assistance médicale à mourir.

Dans la même logique, la commission a adopté un amendement COM-81 de ses rapporteurs tendant à **rendre possible de raccourcir le délai de réflexion de deux jours**, à la demande du patient et avec l'accord du médecin, lorsque l'état du patient le justifie. Il s'agit là **d'éviter la survenue, au cours du délai de réflexion, du décès d'un patient qui souhaiterait recourir à l'assistance médicale à mourir**. L'amendement COM-80 précise que le délai de deux jours court à compter de la notification orale de l'éligibilité.

Les rapporteurs estiment toutefois **indispensable que le délai de réflexion soit incompressible si les modalités retenues concernaient un champ plus large**, s'étendant à des patients dont le pronostic vital n'est pas engagé à court terme.

Elle a également adopté l'amendement COM-82 de ses rapporteurs visant à supprimer la procédure mise en œuvre lorsque la **confirmation du souhait** de recourir à l'aide à mourir intervient **plus de trois mois après la notification de la décision** par le médecin, une telle échéance étant **incompatible avec le pronostic vital du patient** dans le cadre de l'assistance médicale à mourir défendue par la commission.

Enfin, la commission a adopté **trois amendements rédactionnels** COM-75, COM-76 et COM-83 de ses rapporteurs, ainsi qu'un **amendement de coordination** COM-72, rendu nécessaire par les modifications apportées à l'article 5. Elle a supprimé un gage resté indûment dans le texte, avec l'amendement COM-84. Elle a également adopté un **amendement sémantique** COM-71 de ses rapporteurs, remplaçant la notion d'aide à mourir par celle d'assistance médicale à mourir.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

*Articles 7, 8, 9*

### **Préparation, mise à disposition et administration de la substance létale**

*Les articles 7 à 9 complètent la procédure d'accès à l'aide à mourir.*

*L'article 7 précise les conditions dans lesquelles se déroule l'administration de la substance létale. L'article 8 régit la préparation de la substance létale par les pharmacies d'usage intérieur spécialement désignées par arrêté et prévoit sa transmission éventuelle aux pharmacies d'officines. L'article 9 précise les diligences qui doivent être accomplies par le médecin ou l'infirmier chargé d'administrer ou d'aider à administrer la substance létale ainsi que le processus de sa collecte et de sa destruction lorsque celle-ci n'a pas été utilisée ou ne l'a été que partiellement.*

*La commission a adopté ces articles modifiés par neuf amendements visant à renforcer les garanties procédurales en faveur des personnes demanderesses de l'aide à mourir et des professionnels de santé.*

#### **I - Le dispositif proposé**

**A. La procédure régissant la préparation et l'administration de la substance létale, corollaire de la création d'une aide à mourir, est une nouveauté en droit interne**

Les articles 7 à 9 complètent la nouvelle sous-section 3 de la section 2 bis du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique **relative à la procédure d'aide à mourir**.

Ils s'insèrent à ce titre dans un *continuum* composé des articles 5 à 13 de la présente proposition de loi. Ils seront ici isolés dans la mesure où ils régissent l'administration de la substance létale après que la décision d'aide à mourir a été accordée par le médecin auquel il en a été fait la demande, selon les termes et conditions définis aux articles 5 et 6.

Cette procédure constitue une nouveauté en droit interne qui serait introduite par la dépénalisation de l'euthanasie et du suicide assisté, prévue à l'article 2 du présent texte. Pour autant, cette dépénalisation se justifierait par l'autorisation de la loi, comme le prévoit l'article 122-4 du code pénal, auquel l'article 2 fait explicitement référence en ce qu'il admet comme causes d'irresponsabilité pénale les actes « *prescrits ou autorisés par des dispositions législatives ou réglementaires*. Ces dispositions procédurales ont donc une importance majeure dans la mesure où tout acte y dérogeant s'inscrirait hors de l'autorisation légale d'euthanasie et de suicide assisté, de sorte que son auteur en serait pleinement responsable sur le plan pénal.

Le droit positif prévoit actuellement la possibilité d'arrêter un traitement de maintien en vie, et de mettre en œuvre une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie. Cette procédure est régie par les articles L. 1110-5-2 et L. 1110-5-3 du code de la santé publique, et précisée au niveau réglementaire par les articles R. 4127-37-2 à R. 4127-38 du même code.

Le recours à la sédation profonde et continue peut être décidé à la demande du patient afin d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable lorsqu'il est atteint d'une maladie grave et incurable dont le pronostic vital est engagé à court terme et présente une souffrance réfractaire aux traitements, ou lorsqu'il est atteint d'une maladie grave et incurable et que sa décision d'arrêter les traitements engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'engager une souffrance insupportable.

Il peut également être décidé lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et que l'arrêt des traitements de maintien en vie a été décidé au titre du refus de l'obstination déraisonnable. Une procédure collégiale est alors mise en œuvre, comme il a été exposé précédemment dans ce rapport en commentaire de l'article 6.

À la demande du patient, la sédation profonde et continue peut être mise en œuvre à son domicile, ainsi que dans un établissement de santé ou dans un établissement et service qui accueille des personnes âgées ou qui lui apporte une assistance à domicile.<sup>1</sup> Le médecin est tenu d'accompagner le mourant jusqu'à ses derniers instants, d'assurer la qualité d'une vie qui prend fin par des soins et mesures appropriés, de sauvegarder la dignité du malade et de reconforter son entourage.<sup>2</sup> Il doit également veiller à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Article L. 1110-5-2 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Article R. 4127-38 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Article R. 4127-37-4 du code de la santé publique.

**B. Les articles 7 à 9 règlementent la préparation, le transport, l'administration, l'utilisation et la destruction de la préparation magistrale létale**

**1. L'article 7 précise les conditions dans lesquelles sont définis la date et le lieu de l'administration de la substance létale**

Pour mémoire, il sera rappelé que la procédure prévue à l'article 5 du présent texte prévoit que le médecin auprès duquel est formulée la demande d'aide à mourir est tenu de se prononcer sur celle-ci, dans un délai de quinze jours après qu'elle a été formulée, et après avoir recueilli l'avis d'un collègue pluriprofessionnel. En cas de décision favorable à la demande, celle-ci doit être réitérée dans un délai compris entre 48 heures et trois mois. Au-delà de ce délai, le médecin est tenu de vérifier le caractère libre et éclairé du demandeur de recourir à l'aide à mourir, au besoin en reconvoquant le collègue pluriprofessionnel.

Une fois la volonté du demandeur de recourir à l'aide à mourir confirmée, l'article 6 dispose que ce dernier détermine, en accord avec le médecin ayant accédé à sa demande, les modalités d'administration de la substance létale et le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner pour ce faire.

L'article 7 crée un nouvel article L. 1111-12-5 du code de la santé publique, qui précise ces conditions en reprenant les dispositions de l'article 9 du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie. **La volonté de la personne prime ainsi quant au choix de la date et du lieu de l'administration, ainsi que des personnes présentes.**

La personne demanderesse de l'aide à mourir et le médecin ou l'infirmier qui a été désigné pour l'accompagner décident ainsi ensemble de la date à laquelle il sera procédé à l'administration de la substance létale (I du présent article).

Si la date retenue est postérieure de plus d'un an à la notification de la décision accordant l'aide à mourir, le médecin ayant rendu la décision accordant l'aide à mourir est tenu de réévaluer, à l'approche de cette date, le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté de la personne.

Il est recouru à cette évaluation dans les mêmes termes que ceux prévus à l'article 5, dans l'hypothèse où la personne n'aurait pas réitéré formellement son choix d'accéder à l'aide à mourir dans un délai de trois mois suivant la notification de la décision le lui permettant. Ainsi, le médecin peut réunir le collègue pluriprofessionnel selon les modalités prévues au II du nouvel article L. 1111-12-4, mais il n'est pas tenu de le faire.

Le II de l'article 7 précise ensuite le lieu dans lequel la substance létale peut être administrée. Selon le dispositif proposé, cette administration pourrait avoir lieu, « à la demande de la personne, en dehors de son domicile ».

Cette rédaction semble supposer que le principe serait celui de l'administration de la substance létale au domicile du patient, mais qu'il serait toutefois possible d'y déroger à sa demande. En l'absence d'autre précision, il serait ainsi possible d'administrer la substance létale dans tout autre lieu que le domicile du patient.

Il est enfin précisé que le demandeur de l'aide à mourir choisit les personnes présentes lors de l'administration de la substance létale, le texte n'imposant aucune restriction.

## **2. L'article 8 encadre la réalisation et la délivrance de la préparation magistrale létale**

L'article 8 crée un nouvel article L. 1111-12-6 du code de la santé publique qui encadre la réalisation de la préparation magistrale létale après que la date d'administration de cette dernière a été déterminée. La préparation magistrale létale est réalisée par une pharmacie hospitalière à usage intérieur des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire désignée par arrêté du ministre chargé de la santé<sup>1</sup>, sur prescription du médecin auprès duquel a été formulée la demande d'aide à mourir.<sup>2</sup>

L'auteur du texte partage ainsi, comme le Gouvernement, le souhait de restreindre les pharmacies autorisées à réaliser une préparation magistrale létale. Lorsque la personne demanderesse de l'aide à mourir est hébergée dans un établissement doté d'une pharmacie à usage intérieur, la pharmacie à usage intérieur ayant réalisé la préparation magistrale la délivre au médecin ou à l'infirmier désigné pour accompagner la personne dans l'administration de la substance létale. Dans les autres hypothèses, la pharmacie à usage intérieur transmet la préparation magistrale létale à une pharmacie d'officine désignée par le médecin ou l'infirmier choisi pour l'administrer, la pharmacie d'officine étant ensuite tenue de la délivrer au professionnel précité.

Les pharmacies à usage intérieur *« répondent aux besoins pharmaceutiques des personnes prises en charge par l'établissement, service ou organisme dont elles relèvent, ou au sein d'un groupement hospitalier de territoire ou d'un groupement de coopération sanitaire dans lequel elles ont été constituées »*.

---

<sup>1</sup> Cet arrêté serait prévu au second alinéa du 1<sup>o</sup> de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique tel que modifié par l'article 16 du présent texte.

<sup>2</sup> Comme cela est prévu à l'article L. 1111-12-3 du code de la santé publique, introduit par l'article 5 du présent texte.

La liste des établissements autorisés à disposer d'une pharmacie à usage intérieur figure à l'article R. 5126-1 du code de la santé publique. Il s'agit notamment des établissements de santé, des installations de chirurgie esthétique, des établissements et services qui accueillent respectivement des personnes âgées et des personnes handicapées<sup>1</sup>, ainsi que des groupements de coopération sociale et médico-sociale<sup>2</sup>.

Les pharmacies d'officines sont définies à l'article L. 5125-1 du code de la santé publique, comme étant affectées à la dispensation au détail des médicaments, produits et objets dont la liste figure à l'article L. 4211-1 du même code<sup>3</sup> ainsi qu'à l'exécution des préparations magistrales ou officinales. Elles sont également chargées, dans des conditions définies par décret, de la dispensation de médicaments expérimentaux ou auxiliaires, ainsi que de conseil pharmaceutique.

Les dispositions de l'article 8 du présent texte s'inspirent de celles de l'article 10 du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie.

L'intention initiale du Gouvernement qui figure dans l'étude d'impact du projet de loi précité est de déroger aux dispositions de droit commun relatives aux préparations magistrales et aux médicaments réalisés dans le cadre de prescriptions nominatives, qui confèrent aux médecins la liberté de prescrire la composition d'une préparation magistrale selon les données de la littérature scientifique en leur possession. L'article 16 du présent texte prévoit de créer à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique<sup>4</sup> un cadre juridique *ad hoc* propre à la préparation magistrale létale, dont la composition serait définie par la Haute Autorité de santé, laquelle serait également chargée d'élaborer des « recommandations de bonnes pratiques sur ces substances et sur les conditions de leur utilisation ».

### **3. L'article 9 précise les diligences qu'il revient d'accomplir le jour de l'administration de la substance létale par le médecin ou l'infirmier désigné pour ce faire et pour accompagner la personne**

L'article 9 crée un nouvel article L. 1111-12-7 du code de la santé publique.

Le I de cet article énumère une liste d'obligations qu'il revient d'accomplir le jour choisi pour procéder à l'administration de la substance létale au médecin ou à l'infirmier qui a été désigné pour ce faire. Celui-ci est

---

<sup>1</sup> Ces établissements sont définis aux 2°, 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>2</sup> Article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>3</sup> Il s'agit notamment des médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine, des objets de pansement, des plantes médicinales et huiles essentielles, des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales et des préparations pour nourrissons, ainsi que des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*.

<sup>4</sup> Cet article recense une série de définitions spéciales de catégories de médicaments, qui proviennent pour une grande partie d'entre eux du droit de l'Union européenne.

ainsi tenu de vérifier une ultime fois que la volonté de la personne demanderesse de procéder, ou qu'il soit procédé, à l'administration de la substance létale, est toujours effective, et qu'elle reste libre.

Une fois cette condition remplie, le professionnel de santé doit, le cas échéant, préparer l'administration de la substance létale. Il doit ensuite surveiller son administration.

Le II de l'article 9 prévoit que le professionnel de santé suspende la procédure d'aide à mourir dans l'hypothèse où le patient souhaite reporter l'administration de la substance létale. Il sera alors convenu d'une nouvelle date pour y procéder, dans les conditions prévues à l'article L. 1111-12-5 du code de la santé, créé par l'article 7 de la présente proposition de loi.

Le III de l'article 9 précise que le professionnel de santé n'est plus obligé de se tenir aux côtés de la personne demanderesse de l'aide à mourir une fois la substance létale administrée, mais qu'il doit toutefois « *se trouver à une proximité suffisante pour pouvoir intervenir en cas de difficulté* », conformément aux recommandations qui auront été émises par la Haute Autorité de santé en application du 23° de l'article L. 161-37 du code de la santé publique, dans la rédaction résultant de l'article 16 de la présente proposition de loi.

Le IV précise que le certificat attestant le décès est établi dans les conditions prévues à l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales.

Le V régleme la restitution et la destruction de la substance létale non utilisée.

Lorsque l'aide à mourir n'a pas été administrée dans un établissement doté d'une pharmacie à usage intérieur, le professionnel de santé est tenu de rapporter à la pharmacie d'officine qui la lui a provisionnée, la substance létale qui n'aurait pas été utilisée - en ce compris le résidu de préparation magistrale qui aurait été partiellement utilisée. L'officine doit alors détruire cette substance dans des conditions sécurisées définies à l'article L. 4211-2 du code de la santé publique.

Le médecin ou l'infirmier désigné pour accompagner la personne demanderesse de l'aide à mourir et lui administrer la substance létale est enfin tenu de dresser un compte rendu des actes qu'il a accomplis conformément aux dispositions des I, II et III du présent article - à savoir le recueil de la volonté libre et éclairée de la personne de recourir à l'aide à mourir, la préparation, ainsi que l'administration ou la surveillance de l'administration de la substance létale.

Ce faisant, l'article 9 reprend les dispositions des I, II, IV et V de l'ancien article 11 du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, tout en précisant dès son premier alinéa que les obligations qui incombent au professionnel de santé doivent être réalisées le jour de l'administration de la substance létale – précision qui ne figurait pas auparavant.

Les dispositions du III du même article 11 n'ont, en revanche, pas été réintroduites. Celles-ci précisaient le principe de l'auto-administration de la substance létale par la personne demanderesse de l'aide à mourir, et le fait que cette administration pouvait être réalisée, à sa demande, par un tiers, uniquement lorsque la personne demanderesse n'était pas en mesure d'y procéder physiquement.

Le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie permettait également que le tiers qui procède à l'administration de la substance létale puisse être une personne volontaire désignée par la personne demanderesse de l'aide à mourir, en posant la seule condition d'absence de contrainte. Le présent texte restreint désormais cette faculté d'administrer l'aide à mourir aux seuls professionnels de santé, médecins ou infirmiers.

## II - Les principales modifications adoptées

### A. Les modifications apportées à l'article 7

#### 1. En première lecture à l'Assemblée nationale

En commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté **deux amendements apportant des précisions de fond.**

Le premier, déposé Mme Sandrine Runel et de plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste et apparentés visant à exclure « *les voies et espaces publics* » des lieux au sein desquels la substance létale peut être administrée.<sup>1</sup> L'exposé des motifs de l'amendement précise que l'objectif de ses auteurs est ainsi de proscrire l'administration de la substance létale « *sur la voie publique et l'espace public* » qui « *constituent des environnements inadéquats voire dangereux.* »

Le second<sup>2</sup>, déposé par M. René Pilato et plusieurs de ses collègues du groupe La France Insoumise – Nouveau Front Populaire, prévoit que le médecin ou l'infirmier choisi par le demandeur de l'aide à mourir pour l'accompagner lors de l'administration « *informe [ses] proches et les oriente si nécessaire vers les dispositifs d'accompagnement psychologique existants.* » Ces précisions rejoignent les dispositions de l'article R. 4127-37-4 du code de la santé publique qui prévoit que le médecin réalisant une sédation profonde et continue « *veille à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire* ».

---

<sup>1</sup> Amendement n° 746.

<sup>2</sup> Amendement n° 2132.

En séance plénière, l'Assemblée nationale a adopté un amendement<sup>1</sup> du Gouvernement réduisant à **trois mois au lieu d'un an** la durée entre la notification de la décision accordant à l'aide à mourir et la date choisie pour procéder à l'administration de la substance létale, au-delà de laquelle le médecin est tenu de réévaluer le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté du patient.

**Ce délai est désormais aligné sur le délai de trois mois** entre la notification de la décision accordant l'aide à mourir et la réitération, par le demandeur, de sa volonté d'y procéder, prévu à l'article 6 du présent texte et au-delà duquel le médecin est également tenu de réévaluer le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté du patient, en convoquant au besoin le collègue pluriprofessionnel.

Selon les éléments écrits apportés par la direction générale de la santé aux questions des rapporteurs, le délai d'un an était jugé trop long pour garantir la persistance de la volonté libre et éclairée du demandeur à l'aide à mourir, qui est un élément central du dispositif légal autorisant l'euthanasie et le suicide assisté. Il paraissait également peu adapté aux personnes dont l'état de santé lié à une maladie grave en phase terminale ou avancée est susceptible d'évolution rapide.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

## **2. En première lecture au Sénat**

En commission des affaires sociales, la commission a adopté **quatre amendements** de ses rapporteurs, tendant :

- à ajuster les dispositions de l'article 7 à l'hypothèse de l'euthanasie, en prévoyant qu'il ne soit pas seulement procédé à l'administration de la substance létale, mais qu'il y soit fait procéder<sup>2</sup> ;

- à **supprimer l'obligation pour le professionnel de santé de réévaluer la volonté libre et éclairée de la personne** à recourir à l'aide à mourir lorsque la date d'administration de la substance létale retenue est postérieure de plus de trois mois à la notification de la décision lui ouvrant l'accès à l'assistance médicale à mourir, conformément aux restrictions de l'accès à l'assistance médicale à mourir que la commission avait adopté à l'article 4<sup>3</sup> ;

- à **restreindre les lieux dans lesquels la substance létale peut être administrée**<sup>4</sup> au domicile de la personne ainsi qu'aux établissements de santé et établissements ou services médico-sociaux<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Amendement n° 2652.

<sup>2</sup> Amendement COM-155.

<sup>3</sup> Amendement COM-156.

<sup>4</sup> Amendement COM-157.

<sup>5</sup> Ces lieux sont définis par visa aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

- à expliciter le pouvoir de police dévolu au directeur d'un établissement de restreindre le nombre de personnes présentes lors de l'administration de la substance létale afin d'assurer la sécurité et de prévenir tout trouble à l'ordre intérieur de son établissement<sup>1</sup>.

**En séance publique, le Sénat a rejeté la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale.**

### **3. En deuxième lecture à l'Assemblée nationale**

En commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté **deux amendements** rédactionnels <sup>2</sup> du rapporteur Stéphane Delautrette visant notamment à reformuler l'exclusion des voies et espaces publics des lieux dans lesquels la substance létale peut être administrée.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article dans sa version résultant des travaux de la commission des affaires sociales.**

#### **B. Les modifications apportées à l'article 8**

##### **1. En première lecture à l'Assemblée nationale**

L'article 8 a été modifié en commission des affaires sociales, par les **trois amendements** suivants du rapporteur Stéphane Delautrette :

- le premier supprimant le terme « hospitalière » de l'expression « pharmacie hospitalière à usage intérieur », qui ne figurait pas dans le code de la santé publique<sup>3</sup> ;

- le second précisant que la pharmacie à usage intérieur et la pharmacie d'officine réalisent leur mission **dans un délai permettant l'administration de la substance létale à la date fixée**<sup>4</sup> ;

- le troisième apportant des modifications rédactionnelles<sup>5</sup>.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article dans sa version résultant des travaux de la commission des affaires sociales.**

##### **2. En première lecture au Sénat**

La commission des affaires sociales a adopté un **amendement limitant l'accès** à la préparation magistrale létale dans les pharmacies d'officine **aux seuls pharmaciens titulaires et adjoints**.<sup>6</sup>

**En séance publique, le Sénat a rejeté la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale.**

---

<sup>1</sup> Amendement COM-158.

<sup>2</sup> Amendements AS 691 et AS 692.

<sup>3</sup> Amendement AS 1146.

<sup>4</sup> Amendement AS 1145.

<sup>5</sup> Amendement AS 1147.

<sup>6</sup> Amendement COM-159.

### 3. En deuxième lecture à l'Assemblée nationale

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté **deux amendements** de son rapporteur Stéphane Delautrette, le premier prévoyant **la communication de la date d'administration de la substance létale à la pharmacie à usage intérieur**<sup>1</sup>, le second d'ordre rédactionnel<sup>2</sup>.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article dans sa version résultant des travaux de la commission des affaires sociales.**

#### C. Les modifications apportées à l'article 9

##### 1. En première lecture à l'Assemblée nationale

En commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté **six amendements** à l'article 9.

Trois d'entre eux ont été adoptés à l'initiative du rapporteur Stéphane Delautrette, soit :

- un amendement de coordination avec l'article 2<sup>3</sup> complétant les 1° et 3° du I afin de prévoir l'hypothèse de l'euthanasie et non la seule hypothèse du suicide assisté ;

- un amendement élargissant l'obligation de présence du professionnel de santé auprès de la personne demanderesse de l'aide à mourir **aux situations de suicide assisté**<sup>4</sup> ;

- un amendement rédactionnel.<sup>5</sup>

Deux amendements identiques portés par Mme Nicole Dubré-Chirat et ses collègues du groupe Ensemble pour la République, ainsi que Mme Danielle Simonet et ses collègues du groupe Écologiste et Social<sup>6</sup>, ont ajouté une phrase au IV afin **d'admettre la mort résultant de la procédure d'aide à mourir parmi les causes de mort naturelle**, en lien avec l'affection dont souffre le patient.

Cette modification avait pour finalité de permettre que l'assurance en cas de décès trouve à s'appliquer lorsque l'assuré a recours à l'aide à mourir. Or, l'article 19 du présent texte modifie déjà les articles L. 132-7 du code des assurances et L. 223-9 du code de la mutualité à cette fin.

---

<sup>1</sup> Amendement AS 693.

<sup>2</sup> Amendement AS 694.

<sup>3</sup> Amendement AS 1143.

<sup>4</sup> Amendement AS 1142.

<sup>5</sup> Amendement AS 1140.

<sup>6</sup> Amendements AS 586 et AS 895.

En séance plénière, l'article 9 a fait l'objet de **quatorze amendements**, dont un amendement rédactionnel<sup>1</sup> du rapporteur Stéphane Delautrette. Ont également été adoptés :

- un amendement de coordination<sup>2</sup>, porté par M. Thibault Bazin et ses collègues du groupe Les Républicains, réaffirmant le fait qu'il n'est recouru à l'assistance à l'administration de la substance létale **que dans la seule hypothèse où la personne demanderesse est incapable de se l'administrer elle-même** ;

- un amendement<sup>3</sup> porté par M. René Pilato et ses collègues du groupe la France Insoumise précisant que l'obligation du professionnel de santé de vérifier ultimement la volonté libre et éclairée de la personne avant l'administration de la substance létale, se traduit par le fait qu'il doit **vérifier l'absence de pressions exercées sur la personne de la part de celles qui l'accompagnent, aux fins de recourir ou de renoncer à l'aide à mourir** ;

- un amendement<sup>4</sup> porté par Mme Annie Vidal et ses collègues du groupe Ensemble pour la République complétant le II de l'article 9 afin de préciser que lorsque la personne souhaite reporter l'administration de la substance létale, la fixation d'une nouvelle date à laquelle il y sera procédé doit se faire à sa demande ;

- un amendement<sup>5</sup> porté par M. Hadrien Clouet et ses collègues du groupe La France Insoumise, renforçant l'obligation de présence du professionnel de santé lors de l'administration de la substance létale ;

- un amendement<sup>6</sup> déposé par le rapporteur Stéphane Delautrette, précisant qu'une fois la substance létale administrée, le professionnel de santé doit se trouver suffisamment près et en vision directe de la personne pour intervenir si une difficulté survient jusqu'au décès.

Enfin, l'assimilation, au IV de l'article, de la mort résultant d'une aide à mourir à une mort naturelle, qui avait été rajoutée lors de l'examen en commission, a été **supprimée** par le vote de dix amendements identiques<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup> Amendement n° 1729.

<sup>2</sup> Amendement n° 1666.

<sup>3</sup> Amendement n° 2373.

<sup>4</sup> Amendement n° 556.

<sup>5</sup> Amendement n° 2143.

<sup>6</sup> Amendement n° 1788.

<sup>7</sup> Amendements n° 260, 500, 727, 857, 1111, 1363, 2013, 2058, 2106, 2626.

## 2. En première lecture au Sénat

La commission des affaires sociales a adopté quatre **amendements** visant à :

- **expliciter l'obligation**, pour le professionnel de santé constatant l'existence de pressions de nature à inciter le patient à recourir à l'assistance médicale à mourir, d'en **informer le procureur de la République** ainsi que la **personne** exerçant une **mesure d'assistance ou de représentation** de la personne demanderesse<sup>1</sup> ;

- **supprimer la possibilité**, pour le demandeur de l'assistance médicale à mourir, **de demander le report de l'administration de la substance létale**<sup>2</sup> ;

- imposer la présence du professionnel de santé désigné pour accompagner la personne ainsi que celle d'un **officier de police judiciaire** aux **côtés de celle-ci lors de l'administration de la substance létale**, et ce jusqu'à ce que son décès soit constaté<sup>3</sup> ;

- **étendre à l'officier de police judiciaire l'obligation de dresser un compte rendu** de l'administration de la substance létale, qui incombait jusqu'alors au seul professionnel de santé<sup>4</sup>.

**En séance publique, le Sénat a rejeté la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale.**

## 3. En deuxième lecture à l'Assemblée nationale

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté **cinq amendements** de son rapporteur Stéphane Delautrette, soit quatre amendements rédactionnels<sup>5</sup> ainsi qu'un amendement imposant au professionnel de santé accompagnant la personne et constatant l'existence de pressions afin d'inciter celle-ci à recourir à l'aide à mourir, d'en **informer le médecin ayant statué sur la demande d'aide à mourir** afin qu'il en informe le procureur de la République et clôture la procédure au motif que les conditions d'accès ne sont plus réunies<sup>6</sup>.

En séance publique l'Assemblée nationale a adopté **cinq amendements**, dont un amendement rédactionnel du rapporteur Stéphane Delautrette<sup>7</sup> et quatre amendements<sup>8</sup> identiques portés respectivement par Mmes Sandrine Runel et certains de ses collègues du groupe Socialiste et apparentés, Élise Leboucher et certains de ses collègues du groupe La France Insoumise, Sandrine Rousseau et certains de ses

---

<sup>1</sup> Amendement COM-160.

<sup>2</sup> Amendement COM-161.

<sup>3</sup> Amendement COM-162.

<sup>4</sup> Amendement COM-163.

<sup>5</sup> Amendements AS 686, AS 687, AS 688 et AS 690.

<sup>6</sup> Amendement AS 689.

<sup>7</sup> Amendement 1727.

<sup>8</sup> Amendements n° 110, 1183, 1431 et 1457.

collègues du groupe Écologiste et Social, et Sophie Panonacle et certains de ses collègues du groupe Ensemble pour la République. Ces amendements avaient conséquence d'ouvrir l'euthanasie aux personnes capables de s'autoadministrer la substance létale, en cohérence avec les modifications initialement apportées à l'article 2. <sup>1</sup>

Les députés sont toutefois revenus sur ce choix au terme d'une seconde délibération, et ont adopté en conséquence un amendement du président de la commission des affaires sociales, Frédéric Valletoux<sup>2</sup>, réécrivant les dispositions précédemment supprimées.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

### **III - La position de la commission**

La commission des affaires sociales a tenu à reprendre les modifications qu'elle avait apportées au texte lors de son examen en première lecture au Sénat, sans revenir sur les modifications votées en seconde lecture par l'Assemblée nationale, qui sont principalement d'ordre rédactionnel, l'ouverture de l'euthanasie aux personnes en capacité physique de s'autoadministrer la substance létale n'ayant finalement pas prospéré.

Conformément au choix qui est le sien de **redéfinir le dispositif d'aide à mourir en assistance médicale à mourir**, tout en **restreignant l'accès à l'euthanasie et au suicide assisté aux seules personnes en situation de fin de vie**, la commission a adopté à l'article 7 **un amendement COM-85** apportant une précision rédactionnelle relative à l'euthanasie, **un amendement COM - 86** supprimant l'obligation pour le médecin ayant rendu une décision d'accès à l'assistance médicale à mourir, de réévaluer la volonté libre et éclairée de la personne d'y recourir lorsque la date d'administration de la substance létale retenue est postérieure de plus de trois mois à la notification de la décision précitée, ainsi qu'à l'article 9 **un amendement COM-92** supprimant la possibilité de demander le report de l'administration de la substance létale.

Elle a également repris les modifications adoptées en première lecture visant à **sécuriser l'exercice des professionnels de santé** dans la réalisation extrêmement délicate de **l'acte d'administration de la substance létale**, tout en rapprochant le dispositif d'assistance médicale à mourir de la procédure de sédation profonde et continue mise en œuvre en soins palliatifs.

À cette fin, elle adopte à l'article 7 **un amendement COM-87 restreignant les lieux dans lesquels la substance létale peut être administrée**, soit le domicile de la personne ainsi que les établissements de santé et établissements ou services médico-sociaux qui accueillent des personnes âgées et handicapées, ou des personnes atteintes de maladies chroniques, en ce compris les foyers d'accueil

---

<sup>1</sup> Amendements n° 103 et 893.

<sup>2</sup> Amendement n° 5.

médicalisés<sup>1</sup>, en s'inspirant notamment du cadre juridique de la sédation profonde et continue <sup>2</sup>.

La commission a également souhaité **renforcer les garanties procédurales régissant le circuit de préparation, de délivrance et d'administration de la substance létale**, en en **limitant l'accès** dans les pharmacies d'officine **aux seuls pharmaciens titulaires et adjoints** par un **amendement COM-89** à l'article 8.

S'inspirant du cadre juridique régissant l'euthanasie et le suicide assisté en Suisse, la commission a adopté à l'article 9 un **amendement COM-93** faisant intervenir un **officier de police judiciaire** lors de la réalisation de l'administration de la substance létale, et **imposant sa présence ainsi que celle du professionnel de santé aux côtés de la personne jusqu'à ce que le décès de celle-ci soit constaté**. Elle a également adopté un **amendement COM-94** étendant à l'officier de police judiciaire l'obligation d'établir un compte rendu de l'administration de la substance létale qui incombe déjà au professionnel de santé.

La suppression à l'article 9 de la mention des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de santé (HAS) relatives à l'administration de la substance létale<sup>3</sup>, introduite à l'article 16 du présent texte<sup>4</sup>, répond à une demande des professionnels de santé formulée lors des auditions devant les rapporteurs. En effet, dans l'attente de l'émission par la HAS de ces recommandations, le fait d'y renvoyer explicitement afin d'encadrer les diligences attendues des professionnels de santé crée un **vide juridique insécurisant alors qu'ils devront réaliser un geste létal légalement admis dans les limites de la procédure**.<sup>5</sup> La commission rappelle toutefois que de telles recommandations restent prévues à l'article 16 et qu'elles auront vocation en tout état de cause à renseigner les gestes et diligences attendus

---

<sup>1</sup> Ces lieux sont définis par visa aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>2</sup> Article L. 1110-5-2 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Cette suppression résulte de la réécriture de la fin de l'alinéa 8 de l'article 9, portée par l'amendement COM-93.

<sup>4</sup> L'article 16 prévoit de modifier l'article L. 161-37 du code de la santé publique, qui énonce les missions de la Haute Autorité de santé, afin d'y ajouter le fait de « définir les substances létales susceptibles d'être utilisées pour l'aide à mourir [...] et élaborer des recommandations de bonnes pratiques portant sur ces substances et sur les conditions de son utilisation, en tenant compte notamment des comptes rendus mentionnés à l'article L. 1111-12-7 du même code », ce dernier article étant introduit par l'article 9 du présent texte.

<sup>5</sup> L'article 2 du présent texte déclare irresponsables pénalement au sens de l'article 122-4 du code pénal, en ce qu'elles accompliraient « des actes prescrits ou autorisés par des dispositions législatives ou réglementaires », les « personnes qui concourent à l'exercice du droit à l'aide à mourir dans les conditions prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7 [du code de la santé publique]. Dès lors, la matérialité des faits encadrés par ces articles ne peut être constitutive d'une infraction réprimant les atteintes volontaires (assassinat, homicide) ou involontaires (homicide involontaire) à la vie. Le fait de rattacher explicitement à l'article L. 1111-12-7 les recommandations de bonnes pratiques élaborées par la HAS étend la protection conférée par l'article 122-4 aux actes qui y sont préconisés. A contrario, tout acte qui n'y figurerait pas pourrait être réprimé par la loi pénale.

des professionnels de santé lors de l'administration de la substance létale, sans que leur contenu ne soit assimilé aux diligences procédurales légalement autorisées.

Afin de **limiter les risques de troubles à l'ordre public** au sein d'un établissement ou service où serait administrée la substance létale, la commission a adopté un **amendement COM-88** à l'article 7 explicitant le **pouvoir de police dévolu au directeur d'un tel établissement ou service**, de restreindre le nombre de personnes présentes lors de la réalisation de cet acte.

Enfin, la commission s'est félicitée de la reprise, par les députés en seconde lecture du texte, de **l'obligation d'information de l'autorité judiciaire** par tout moyen dès lors que des pressions visant à inciter une personne à recourir à l'assistance médicale à mourir seraient constatées par les professionnels de santé.

Elle relève toutefois que le dispositif voté par les députés prévoit que cette obligation d'information du procureur de la République, et incidemment du tuteur ou toute personne chargée d'une mesure de représentation relative à la personne demanderesse de l'aide à mourir, incombe au seul médecin ayant rendu une décision d'accès à l'assistance médicale à mourir, et qui peut mettre fin à la procédure lorsqu'il estime que les conditions d'accès à ce dispositif ne sont plus réunies. Le texte adopté par l'Assemblée nationale en seconde lecture prévoyait ainsi à l'article 9 que les professionnels de santé constatant l'existence de telles pressions devaient en référer au médecin précité.

La commission n'est pas revenue sur ce dispositif mais l'a complété en réintroduisant à l'article 9 par **un amendement COM-91**, l'obligation pour le professionnel de santé constatant de telles pressions, d'en informer le procureur de la République par tout moyen, ainsi que la personne chargée d'une mesure de représentation. Cet ajout est conforme à l'esprit de l'article 40 du code de procédure pénale, qui impose à **tout fonctionnaire qui acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit dans l'exercice de ces fonctions, d'en donner avis sans délai au procureur**.

La commission a enfin adopté **un amendement COM-90** rédactionnel à l'article 8.

**La commission a adopté ces articles 7, 8 et 9 ainsi modifiés.**

*Article 10*

**Fin de la procédure d'aide à mourir**

*Cet article complète la procédure d'aide à mourir en précisant les conditions dans lesquelles il est mis fin à la procédure.*

*La commission a adopté cet article modifié par deux amendements, le premier rédactionnel, le second de coordination sémantique.*

**I - Le dispositif proposé**

**A. L'autorisation par la loi de la pratique encadrée de l'euthanasie et du suicide assisté s'accompagne d'une procédure ad hoc**

Comme il a déjà été évoqué dans le présent rapport, la dépénalisation du suicide assisté et de l'euthanasie, prévue à l'article 2 du présent texte, s'accompagne de dispositions procédurales encadrant strictement sa mise en œuvre. L'article 10 vient ainsi préciser les conditions dans lesquelles la procédure d'aide à mourir prend fin.

Si les dispositions procédurales relèvent principalement du domaine réglementaire, le Conseil constitutionnel admet toutefois que figure dans la loi la définition des **garanties spécifiques et appropriées** lorsqu'une disposition législative peut affecter, par ses conséquences, le droit au respect de la vie privée et les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques.<sup>1</sup>

En l'espèce, les conditions qui mettent fin à la procédure ont été pensées de telle sorte que le respect des conditions ouvrant l'accès à l'aide à mourir soit assuré jusqu'au moment ultime de l'administration de la substance létale, et notamment que la volonté libre et éclairée de la personne sollicitant l'aide à mourir soit toujours respectée.

**B. L'article 10 prévoit les conditions dans lesquelles la procédure d'aide à mourir prend fin**

L'article 10 crée un nouvel article L. 1111-12-8 au code de la santé publique énonçant les conditions dans lesquelles il est mis fin à la procédure d'aide à mourir. Les hypothèses retenues sont les suivantes :

- 1<sup>re</sup> hypothèse : Si la personne informe le médecin auprès duquel elle a formé la demande d'aide à mourir, ou le médecin ou l'infirmier désigné pour l'accompagner lors de l'administration de la substance létale, qu'elle renonce à l'aide à mourir ;

- 2<sup>ème</sup> hypothèse : Si le médecin auprès duquel la demande d'aide à mourir a été formée et qui a accédé à cette demande prend connaissance, ultérieurement à sa décision, d'informations l'amenant à considérer que les

---

<sup>1</sup> Décision CC, n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004.

conditions d'accès à l'aide à mourir n'étaient finalement pas remplies au moment de sa prise de décision, ou ont cessé de l'être depuis lors.

Pour mémoire, ces conditions cumulatives, qui sont prévues à l'article 4 du présent texte, consistent en le fait d'être âgé d'au moins dix-huit ans, d'être de nationalité française ou de résider de façon stable et régulière sur le territoire français, d'être atteint d'une affection grave et incurable qui engage le pronostic vital en phase avancée ou terminale, de présenter une souffrance physique ou psychologique soit réfractaire aux traitements, soit insupportable selon la personne lorsqu'elle a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement, et d'être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée ;

Dans une telle hypothèse, il est prévu que la décision du médecin de ne plus faire droit à la demande d'accès à l'aide à mourir soit formalisée par une décision motivée par écrit qui sera notifiée à la personne demanderesse. Une telle décision viendrait donc de fait se substituer à la précédente décision octroyant l'accès à l'aide à mourir prévue à l'article 5 du présent texte. Si la personne demanderesse de l'aide à mourir fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne, le texte prévoit que le mandataire désigné soit informé par écrit de la décision du médecin mettant fin à la procédure.

- 3<sup>ème</sup> hypothèse : Si la personne refuse l'administration de la substance létale.

Il est enfin précisé que toute nouvelle demande doit être présentée selon les modalités procédurales définies à l'article L. 1111-12-3 du code de la santé publique nouvellement introduit par l'article 5 du présent texte.

## **II - Les principales modifications adoptées**

### **A. Les modifications apportées en première lecture à l'Assemblée nationale**

**L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.**

### **B. Les modifications apportées en première lecture au Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté **deux amendements**, le premier d'ordre rédactionnel<sup>1</sup>, le second de coordination sémantique substituant la notion d'aide à mourir par celle d'assistance médicale à mourir<sup>2</sup>.

**En séance publique, le Sénat a rejeté la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale.**

---

<sup>1</sup> Amendement COM-165.

<sup>2</sup> Amendement COM-164.

### C. Les modifications apportées en deuxième lecture à l'Assemblée nationale

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté deux amendements de son rapporteur Stéphane Delautrette, le premier d'ordre rédactionnel<sup>1</sup>, le second<sup>2</sup> précisant que l'hypothèse selon laquelle le médecin ayant statué sur la demande d'aide à mourir peut mettre fin à la procédure lorsqu'il estime que les conditions ayant présidé à sa prise de décision ne sont plus remplies, se matérialise notamment lorsqu'il est informé par le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne, de l'existence de pressions avérées pour procéder à l'administration de la substance létale.

Cet ajout vient compléter l'obligation, instituée en seconde lecture par les députés, pour le professionnel de santé chargé d'accompagner la personne et constatant l'existence de pressions sur celle-ci afin de l'inciter à recourir à l'aide à mourir, d'en informer le médecin ayant ouvert l'accès à ce dispositif afin qu'il constate que la volonté de la personne d'y recourir est viciée et qu'il mette fin à la procédure sur ce fondement.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement<sup>3</sup> du rapporteur Stéphane Delautrette faisant reposer sur ce seul médecin la responsabilité d'informer le procureur de la République de l'existence de ces pressions, faits susceptibles de constituer une infraction pénale.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

### **III - La position de la commission**

La commission des affaires sociales se félicite des garanties procédurales offertes par l'encadrement strict des conditions dans lesquelles il est mis fin à la procédure.

Elle se satisfait également de l'ajout apporté en seconde lecture à l'Assemblée nationale, de l'obligation, pour le médecin ayant été informé de l'existence de faits susceptibles de caractériser une infraction pénale, d'en informer l'autorité judiciaire.

Conformément au texte de l'article 40 du code de procédure pénale, elle a fait le choix d'étendre à l'article 9 du présent texte cette obligation au professionnel de santé chargé d'accompagner la personne lorsqu'il lui revient de prendre connaissance de tels faits.

---

<sup>1</sup> Amendement AS 696.

<sup>2</sup> Amendement AS 695.

<sup>3</sup> Amendement 1726.

Enfin, elle a adopté un **amendement COM-95** remplaçant les occurrences des termes « aide à mourir » par les termes « assistance médicale à mourir », en cohérence avec le choix lexical opéré à l'article 2, qu'un **amendement rédactionnel COM-96**.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

#### *Article 11*

### **Création d'un traitement de données relatif aux procédures d'aide à mourir**

*Cet article propose de créer un système d'information pour enregistrer les actes réalisés par les professionnels de santé dans le cadre d'une procédure d'aide à mourir, afin de garantir leur traçabilité et leur exploitation à des fins statistiques.*

*La commission a adopté cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.*

#### **I - Le dispositif proposé**

##### *A. Tirer les conséquences des insuffisances actuelles concernant l'évaluation de la loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016*

#### **1. L'impossible évaluation des pratiques de sédation profonde et continue jusqu'au décès en l'absence de traçabilité des actes**

- La **loi n° 2016-87 du 2 février 2016** créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie a renforcé les dispositifs d'accompagnement de la fin de vie et autorisé, dans des conditions strictes, de recourir à la sédation profonde et continue jusqu'au décès associée à une analgésie.

Toutefois, aucun dispositif de traçabilité n'a été pensé pour suivre le volume de sédations profondes et continues jusqu'au décès effectivement pratiquées. **Près de dix ans après l'entrée en vigueur de la loi Claeys-Leonetti, aucun état des lieux précis ne peut donc être établi.**

- En 2018, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) constatait déjà la faiblesse des données disponibles relatives aux décisions médicales de fin de vie, notamment concernant la limitation ou l'arrêt des traitements, les jugeant parcellaires et anciennes<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Igas, *Évaluation de l'application de la loi du 2 février 2016 sur la fin de vie*, avril 2018.

- La commission des affaires sociales du Sénat dressait un constat similaire à celui de l'Igas dans son rapport sur les soins palliatifs publié en septembre 2021<sup>1</sup>. Les rapporteurs y soulignaient **la difficulté à objectiver les pratiques sédatives en fin de vie et l'impossibilité, en l'absence de données consolidées au niveau national, d'en déterminer la prévalence**. Le rapport relevait également le caractère hétérogène des conditions de mise en œuvre des pratiques sédatives en phase terminale.

- Enfin, en mars 2023, une mission d'information de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, dont l'objet était précisément d'évaluer la mise en œuvre de la loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016, réitérait le constat de l'absence d'outils pour procéder à un bilan quantitatif et qualitatif. Le président de la mission et ses rapporteurs analysaient ainsi : « *Les données relatives aux directives anticipées restent par exemple incertaines, tandis que l'on ne sait pas dénombrer précisément les sédations profondes et continues administrées chaque année, ni même les demandes à cet effet, pas plus que les procédures collégiales organisées. Les données publiées sont rares et parfois anciennes ou issues d'un échantillon peu représentatif. [...] Cette absence de retour d'expérience, certes délicat à recueillir auprès de personnes vulnérables, limite la capacité à évaluer l'effectivité concrète des droits des patients* » et « *Les codes disponibles ne permettent pas d'individualiser le type de sédation pratiqué et de différencier les sédations proportionnées des sédations profondes et continues* »<sup>2</sup>.

## **2. Des recommandations en faveur de la création d'un dispositif de suivi dédié**

- Dans son rapport dédié à l'évaluation de la loi du 2 février 2016, l'Igas recommandait de « *systématiser [...] la traçabilité dans le dossier médical des différentes étapes des processus de limitation ou d'arrêt de traitement* »<sup>3</sup>.

- Prolongeant ces premières réflexions, les sénateurs rapporteurs de la mission d'information sur les soins palliatifs appelaient non seulement à la **création d'un codage spécifique pour la sédation profonde et continue jusqu'au décès** au sein du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (Sniiram), mais aussi à la définition d'une **procédure de déclaration obligatoire à l'assurance maladie** des décisions d'arrêt de traitement de maintien en vie et de mise en œuvre d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès.

À cet égard, les rapporteurs relevaient que « *les données collectées dans le cadre de cette déclaration obligatoire – notamment concernant le patient et sa pathologie mais aussi les délais de mise en œuvre de la sédation et de survenue du décès – sont en effet indispensables afin de mieux objectiver les conditions de mise*

---

<sup>1</sup> Sénat, Rapport d'information sur les soins palliatifs, n° 866, fait au nom de la commission des affaires sociales, C. Bonfanti-Dossat, C. Imbert et M. Meunier, septembre 2021.

<sup>2</sup> Rapport d'information sur l'évaluation de la loi 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, O. Falorni, C. Fiat et D. Martin, commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, mars 2023.

<sup>3</sup> Igas, Évaluation de l'application de la loi du 2 février 2016 sur la fin de vie, avril 2018, p. 58.

*en œuvre des [sédations profondes et continues jusqu'au décès] et d'ainsi mieux documenter les recherches conduites sur la fin de vie en France »<sup>1</sup>. La création d'un traitement de données à caractère personnel dédié aurait permis de concrétiser la mise en œuvre de cette recommandation des rapporteurs.*

• En conclusion, en l'absence de dispositif de codage garant d'une traçabilité minimale – seule la traçabilité dans les dossiers médicaux individuels couverts par le secret médical est exigée par la loi –, **il s'est avéré impossible de dresser un bilan de la mise en œuvre des pratiques de sédation profonde et continue jusqu'au décès**, ainsi que des décisions d'arrêt de traitement de maintien en vie.

Ce n'est qu'au début de l'année 2025 qu'a été créé par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) un code spécifique au sein du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), permettant désormais de tracer les actes de sédation profonde et continue jusqu'au décès, en les distinguant des sédations palliatives hors sédation profonde et continue jusqu'au décès. Une première évaluation de ces pratiques devrait donc prochainement être disponible.

#### **B. La création d'un système d'information ad hoc à des fins de traçabilité pour les procédures d'aide à mourir**

Le premier alinéa du présent article vise à codifier **la création d'un système d'information dédié au contrôle et au suivi des procédures d'aide à mourir**.

Dans la continuité des articles 5 à 10, il est ainsi proposé de créer un nouvel article L. 1111-12-9 complétant la sous-section 3 « Procédure » de la section 2 bis « Droit à l'aide à mourir » du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique, prévoyant que chaque acte réalisé dans le cadre d'une procédure d'aide à mourir soit renseigné par les professionnels de santé dans un système d'information.

#### **1. La nature des informations ayant vocation à être renseignées dans le système d'information**

La **notion d'acte** employée dans le présent article peut renvoyer à deux notions bien distinctes :

- soit elle désigne un acte médical ou infirmier au sens de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire au sens de la liste des actes et prestations (LAP) ;

- soit elle désigne l'ensemble des actions réalisées par les professionnels de santé tout au long d'une procédure d'aide à mourir sans que ces actions ne correspondent nécessairement à des actes au sens de la LAP.

---

<sup>1</sup> Sénat, Rapport d'information sur les soins palliatifs, n° 866, fait au nom de la commission des affaires sociales, C. Bonfanti-Dossat, C. Imbert et M. Meunier, septembre 2021, p. 83.

L'usage du pluriel pour désigner les actes mentionnés dans les précédents articles plaide en faveur d'une conception extensive, englobant **toutes les actions réalisées par les professionnels de santé**. C'est l'acception que retenait l'étude d'impact du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, déposé à l'Assemblée nationale en avril 2024, qui recensait les informations ayant vocation à être renseignées par les professionnels de santé impliqués dans une procédure d'aide à mourir.

Ces informations, dont la liste est reproduite ci-dessous, s'apparentent davantage à **des documents de preuve matérialisant chacune des étapes de la procédure** qu'à **de véritables actes au sens de la classification commune des actes médicaux**.

Stade de la procédure d'aide à mourir	Informations à renseigner
1. Demande	<p>Demande initiale de la personne, accompagnée des pièces attestant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'authentification de l'identité et de l'âge ;</li> <li>- la satisfaction de la condition de nationalité ou de résidence ;</li> <li>- l'attestation de bonne délivrance des informations (générales) sur l'aide à mourir transmises par le médecin ;</li> <li>- le caractère libre et éclairé de la volonté exprimée (pièces complémentaires relatives à la capacité des personnes, notamment, le cas échéant, de la personne chargée de la mesure de protection)</li> </ul> <p>Proposition formalisée de prise en charge palliative transmise par le médecin, le cas échéant</p>
2. Évaluation	Décision du médecin
	Avis complémentaires
3. Confirmation	Confirmation de la demande de la personne, incluant les souhaits en matière de date, lieu et présence de proches pendant l'aide à mourir
	Attestation du médecin sur le maintien du discernement si cette réitération intervient plus de trois mois après son évaluation
	Attestation de bonne délivrance des informations personnalisées sur les modalités d'administration et d'action de la substance létale transmises par le médecin
	Prescription de la substance létale, accompagnée des informations nécessaires à sa préparation
	Identification du professionnel de santé (médecin ou infirmier) accompagnant
4. Préparation de la substance létale	Validation des étapes successives du circuit, de la réception initiale de la prescription, en passant par la mise à disposition de la substance létale, jusqu'à la mise dans le circuit de recyclage des produits non utilisés, le cas échéant
5. Réalisation de l'aide à mourir	Compte rendu du déroulement de l'aide à mourir, notamment en cas d'incident

Source : Étude d'impact du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et des personnes en fin de vie

## **2. Les conditions de mise en œuvre d'un nouveau traitement de données à caractère personnel relatives aux procédures d'aide à mourir**

Il ressort des travaux conduits à l'Assemblée nationale et, en amont, de l'étude d'impact du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, que **le système d'information mentionné au présent article renvoie à un nouveau traitement de données à caractère personnel**. Or, des conditions strictes régissent la création d'un traitement de données à caractère personnel dans le domaine de la santé.

Ces conditions sont plus particulièrement fixées par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés d'une part, et par le règlement européen relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, dit règlement général relatif à la protection des données<sup>1</sup>, d'autre part.

*a) Des conditions fixées par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés*

• Il ressort de **la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés**, qu'un traitement de données à caractère personnel n'est licite que s'il poursuit les objets listés à l'article 5 de ladite loi. Un tel traitement est notamment possible s'il est nécessaire :

- au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis ;

- à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique dont est investi le responsable du traitement<sup>2</sup>.

Au titre de la présente proposition de loi, l'obligation légale découlerait de **la création d'une commission de contrôle et d'évaluation des procédures d'aide à mourir, ayant pour mission d'exercer un contrôle a posteriori**. Au surplus, cette mission pourrait également être regardée comme d'intérêt public au sens du règlement général relatif à la protection des données. La condition tenant à l'objet du traitement serait donc satisfaite.

En termes procéduraux, l'article 8 de la loi du 6 janvier 1978, qui énumère les missions de la commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), prévoit que celle-ci doit être consultée sur tout projet de loi ou de décret, ou toute disposition de projet de loi ou de décret relatifs à la création ou à la mise en œuvre d'un traitement des données à caractère personnel. **De telles dispositions ne peuvent donc, en principe, entrer en vigueur sans l'avis préalable de cette autorité.**

---

<sup>1</sup> Règlement UE 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (dit « RGPD »).

<sup>2</sup> 3° et 5° de l'article 5 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

b) Des conditions encadrées par le règlement européen (UE) 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel (RGPD)

• En outre, le **règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données** (dit « RGPD »), prévoit d'autres dispositions encadrant strictement les conditions de création de traitement de données à caractère personnel et d'exploitation de ces données. Certaines concernent spécifiquement les données de santé, eu égard à leur sensibilité.

Entré en vigueur le 25 mai 2018, ce règlement vise à renforcer la garantie des droits des personnes et s'applique à toutes les structures, privées ou publiques, qui collectent et/ou traitent des données personnelles sur le territoire de l'Union européenne. Il a fait l'objet d'une transposition en droit français par la loi n° 2018-493 du 20 janvier 2018 relative à la protection des données personnelles, qui modifie diverses dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Du fait de leur caractère personnel et de leur nature médicale, les données qui seraient recueillies au titre du présent article entrent dans le périmètre de l'article 9 du règlement (UE) 2016/679. Le règlement interdit par principe les traitements de données à caractère personnel concernant la santé, mais aménage une pluralité de dérogations. Parmi ces dérogations, l'article 9 autorise notamment le traitement de telles informations :

- **lorsqu'il est nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense d'un droit en justice (f) ;**

- **pour des motifs d'intérêt public dans le domaine de la santé publique**, notamment pour garantir des normes élevées de qualité et de sécurité des soins de santé, tout en fixant des garanties de confidentialité des données (i).

Saisi pour avis de l'examen du projet de loi avorté du Gouvernement relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, le Conseil d'État a considéré que le traitement de données envisagé, « *qui a notamment pour finalité de permettre un contrôle des procédures d'aide à mourir en vue d'identifier, le cas échéant, des anomalies susceptibles de révéler l'existence d'un délit ou d'un crime ou de donner lieu à des actions en responsabilité, remplit la condition prévue au f) de ce paragraphe 2 dès lors qu'il est nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense d'un droit en justice. Au regard de la condition prévue au i) du même paragraphe, le traitement peut également être regardé comme nécessaire pour des motifs d'intérêt public dans le domaine de la santé publique* »<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Conseil d'État, n° 408204, Avis sur un projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, 4 avril 2024.

## II - Les principales modifications adoptées [ou proposées]

### A. Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture

#### 1. En commission

En commission, outre des amendements de précision rédactionnelle, les députés ont adopté deux amendements complétant la rédaction du deuxième alinéa de l'article.

Le premier amendement<sup>1</sup> vise à imposer que la mise en œuvre du système d'information respecte **les critères de sécurité et de protection mentionnés à l'article 31 de la loi n° 2024-449 du 21 mai 2024** visant à sécuriser et à réguler l'espace numérique. Ces critères s'appliquent aux données dont la violation est susceptible de porter atteinte à la santé ou à la vie des personnes. Cette référence vise à garantir, s'agissant des conditions de stockage ou d'exploitation de données de santé à caractère personnel, le respect de critères de sécurité et de protection garantissant la protection de ces données de tout accès non autorisé, notamment par des autorités étrangères ou non agréées.

Le second amendement prévoit que les actes enregistrés dans le système d'information se voient attribuer **une codification spécifique dans un but de traçabilité**<sup>2</sup>.

#### 2. En séance publique

En séance publique, les députés ont renforcé **l'exigence de traçabilité au fil de l'eau des actes pratiqués** en adoptant un amendement et un sous-amendement prévoyant que les actes sont enregistrés « à chaque étape de la procédure » et « sans délai »<sup>3</sup>.

Ils ont précisé, par un autre amendement, les conditions de codage des actes dans la classification commune des actes médicaux (CCAM)<sup>4</sup>, afin notamment de permettre « leur exploitation à des fins statistiques dans les conditions prévues au 2° du I de l'article L. 1111-12-13 du présent code »<sup>5</sup>. Ce renvoi au « 2° du I de l'article L. 1111-12-13 » vise la mission d'évaluation des procédures d'aide à mourir qu'exercerait la commission de contrôle et d'évaluation *a posteriori*. Pour saisir toute la portée de l'article, sa lecture doit donc être combinée avec celle de l'article 15, qui crée la commission précitée.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

---

<sup>1</sup> Amendement AS465.

<sup>2</sup> Amendement AS755.

<sup>3</sup> Amendement n° 1467 et sous-amendement n° 2729.

<sup>4</sup> La classification commune des actes médicaux permet de recueillir les informations concernant la production de soins des professionnels de santé et décrire l'activité qu'ils réalisent.

<sup>5</sup> Amendement n° 2120.

## **B. Les modifications adoptées par le Sénat en première lecture**

### **1. En commission**

**Les rapporteurs ont souligné les imprécisions rédactionnelles importantes de l'article, que la commission a jugé nécessaire de corriger.** En particulier, l'emploi du terme « actes » pour désigner à la fois les actions réalisées par les professionnels de santé tout au long d'une procédure d'aide à mourir et les actes médicaux techniques recensés par un code spécifique dans la CCAM génère une confusion préjudiciable à la bonne compréhension de la loi. À cet égard, la commission a tenu à rappeler que la CCAM a pour objet principal de décrire l'activité médicale en vue de la valorisation financière et de la facturation des actes, alors que l'enregistrement de toutes les opérations exécutées par les professionnels de santé dans le cadre d'une procédure d'aide à mourir vise prioritairement à constituer une base de données nécessaires à l'évaluation et au contrôle *a posteriori* des procédures mises en œuvre.

Dans un souci de clarté, les rapporteurs ont proposé un amendement de réécriture renvoyant à un arrêté du ministre chargé de la santé la liste des informations à recueillir à chaque étape de la procédure d'assistance médicale à mourir (COM-166).

S'agissant des actes ayant vocation à faire l'objet d'une facturation, les rapporteurs ont rappelé que la CCAM n'inventorie que les actes des professions médicales. Les infirmiers étant également susceptibles de procéder à l'administration de la substance létale, la commission a substitué à la CCAM la liste des actes et prestations (LAP) mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, qui inclut à la fois les actes médicaux et les actes infirmiers (COM-167).

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

### **2. En séance publique**

**Le Sénat a rejeté la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale.**

## **C. Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale en deuxième lecture**

### **1. En commission**

Les députés ont adopté deux amendements rédactionnels<sup>1</sup> et ont supprimé la référence au codage des actes au sein de la CCAM<sup>2</sup>, en s'appuyant sur les arguments déjà soulevés au Sénat en première lecture.

À l'initiative de la rapporteure, les députés ont préféré déplacer le sujet de la facturation des actes à l'article 18 de la proposition de loi.

---

<sup>1</sup> AS702 et AS703.

<sup>2</sup> AS707.

## 2. En séance publique

**L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

### III - La position de la commission

La commission a réaffirmé son attachement à la création d'un système d'information dédié aux situations de fin de vie, condition *sine qua non* de l'exercice de son contrôle par la commission de contrôle et d'évaluation créée par l'article 15. La mise en œuvre d'un tel système garantira **la traçabilité des procédures d'assistance médicale à mourir**. Elle tire les conséquences de l'expérience de la loi Claeys-Leonetti, qui n'a pas permis de suivre les actes de sédation profonde et continue jusqu'au décès au cours des dix dernières années.

La commission relève qu'en deuxième lecture, les députés ont adopté une version amendée de cet article pour tenir compte des remarques qu'elle avait formulées en première lecture et qui l'avait conduite à modifier sa rédaction de façon assez substantielle. Au terme des travaux de l'Assemblée nationale, une clarification a ainsi été opérée en supprimant la référence à l'attribution d'un code de la CCAM aux actes pratiqués par les professionnels de santé. Celle-ci figure désormais à l'article 18 de la proposition de loi, relatif aux modalités de prise en charge financière de l'aide à mourir par la sécurité sociale. La commission n'a pas jugé inapproprié ce déplacement des enjeux relatifs au codage et à la facturation des actes pratiqués dans le cadre des procédures d'aide à mourir.

En revanche, **les rapporteurs ont jugé utile d'améliorer la précision rédactionnelle du présent article**, conformément aux travaux conduits en première lecture. En particulier, les rapporteurs ont proposé de modifier la rédaction de la première phrase pour indiquer que les professionnels de santé auront à renseigner des informations qui ne sont pas nécessairement des actes (COM-98). Il s'agira notamment d'indiquer les délais écoulés entre chaque étape de la procédure, de confirmer la vérification du consentement, de mentionner la sollicitation d'avis ou de dresser un compte-rendu global de la procédure mise en œuvre.

Par le même amendement, **les rapporteurs ont proposé de renforcer l'exigence de traçabilité des procédures d'aide à mourir**, en précisant dans la loi les principales étapes devant faire l'objet de renseignements par les professionnels de santé, qui constitueront autant de verrous de vérification par la commission de contrôle et d'évaluation. Des exigences complémentaires seront fixées par voie réglementaire s'agissant de la liste des étapes de la procédure et de la nature des informations à renseigner.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

## Article 12

### Recours contre la décision d'aide à mourir

*Cet article énonce les voies de recours ouvertes contre les décisions prises dans le cadre de la procédure d'aide à mourir.*

*La commission a adopté cet article modifié par un amendement prévoyant que l'audience devant le juge judiciaire se tient par tout moyen, ainsi que par un amendement de coordination sémantique remplaçant la notion d'aide à mourir par celle d'assistance médicale à mourir.*

#### I - Le dispositif proposé

##### A. Les enjeux du droit au recours contre les décisions médicales portant une atteinte grave à l'intégrité corporelle et relatives à la fin de vie

##### 1. Le régime juridique des actes médicaux pratiqués sur des majeurs protégés

Le droit reconnaît deux catégories d'être vulnérables que sont les enfants, qui ne peuvent accomplir seuls les actes de la vie civile, et les majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection.

Les premiers sont exclus du dispositif de l'aide à mourir aux termes des conditions posées à l'article 4 de la présente proposition de loi. En revanche, les majeurs protégés y sont *a priori* pleinement accessibles, sous réserve qu'ils bénéficient d'une « *volonté libre et éclairée* ».

Ce choix, qui n'a pas été celui du législateur belge<sup>1</sup>, traduit une volonté du législateur français de ne pas imposer une différence de traitement qui pourrait s'apparenter à la discrimination, et serait incompatible avec l'article 12 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, ratifiée par la France, qui prévoit que « *les États parties prennent des mesures appropriées pour donner aux personnes handicapées accès à l'accompagnement dont elles peuvent avoir besoin pour exercer leur capacité juridique* ».

Toute réflexion relative au recours dont disposeront les personnes demanderesse de l'aide à mourir et leurs proches contre les décisions médicales y faisant droit, ou la refusant, ne saurait s'abstraire d'un développement sur la protection juridique dont bénéficient ces majeurs vulnérables, et d'une réflexion quant à l'autonomie dont ils disposent en matière d'actes médicaux.

---

<sup>1</sup> L'article 3 de la loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie impose que le patient soit « capable et conscient au moment de sa demande », ce qui exclut de fait les majeurs protégés.

*a) Le régime de protection juridique des majeurs*

La capacité juridique d'accomplir les actes de la vie civile à tous les majeurs de 18 ans est consacrée à l'article 488-1 du code civil depuis la loi n° 74-631 du 5 juillet 1974 fixant à dix-huit ans l'âge de la majorité.

Le régime français de la protection juridique des majeurs résulte, lui, de la loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs, qui organise cette protection à travers trois mesures que sont la tutelle, la curatelle et la sauvegarde de justice.

L'organisation de la protection des majeurs est régie par les principes de proportionnalité, de subsidiarité, de nécessité et d'individualisation des mesures de protection<sup>1</sup> : celle-ci doit être adaptée à l'incapacité de la personne et à sa situation. Afin de respecter la liberté du majeur, il ne doit être recouru à une mesure de protection juridique que lorsque celle-ci est strictement nécessaire et qu'il ne peut être pourvu d'une autre façon à ses besoins<sup>2</sup>.

Jusqu'à la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007, la notion de la protection de la personne du majeur ne figurait pas explicitement<sup>3</sup> dans les dispositions du code civil relatives aux majeurs incapables, la loi du 3 janvier 1968 précitée ayant seulement conceptualisé la protection du cadre de vie et du patrimoine personnel du majeur protégé. La jurisprudence<sup>4</sup> a ainsi consacré la place centrale de la protection de la personne du majeur dans la mesure de protection, qui va de pair avec la notion de représentation de la personne, privant le majeur de la possibilité de participer aux décisions personnelles le concernant. Ces apports ont ensuite été consacrés aux articles 415 et 425 du code civil par la loi du 5 mars 2007.

Ainsi, **les critères d'ouverture d'une mesure de protection juridique** figurent désormais depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 à l'article 425 du code civil, qui prévoit que **les majeurs qui sont dans l'impossibilité de pourvoir seuls à leurs propres intérêts en raison de l'altération, médicalement constatée, de leurs facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de leur volonté, ou de leurs facultés mentales, peuvent faire l'objet d'une mesure de protection juridique qui porte soit sur la protection de leurs intérêts patrimoniaux, soit sur la protection de leur personne.**

---

<sup>1</sup> Ces principes ont été réaffirmés par la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 à l'article 428 du code civil.

<sup>2</sup> La loi du 5 mars 2007 prévoit que les mesures de tutelle et de curatelle sont désormais prononcées pour une durée déterminée qui ne peut excéder 5 ans, afin d'imposer au juge le réexamen périodique de la nécessité de la mesure.

<sup>3</sup> Certains articles épars du code civil organisaient toutefois la protection de la personne du majeur, tel l'article 417 qui prévoyait de diviser la tutelle entre un tuteur à la personne et un tuteur aux biens, ou l'article 450, relatif à la tutelle des mineurs et auquel il était renvoyé pour celle des majeurs, qui disposait que « le tuteur prendra soin de la personne du mineur ».

<sup>4</sup> Aux termes d'un arrêt de la première chambre civile du 18 avril 1989, n° 87-14.563, la Cour de cassation a affirmé, dans un attendu de principe, que « les régimes civils d'incapacité [avaient pour] objet, d'une façon générale, de pourvoir à la protection de la personne et des biens de l'incapable. »

Enfin, l'altération des facultés mentales ou des facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de la volonté doit, sous peine d'irrecevabilité de la requête en ouverture, être constatée, ainsi que les conséquences qu'elle induit sur la vie du majeur, par un **certificat médical circonstancié** émanant d'un **médecin inscrit sur une liste établie par le procureur de la République**.

Les mesures de protection sont **graduées** suivant le **degré d'atteinte qu'elles portent à la capacité juridique du majeur**. Le juge dispose de la liberté de choisir celle qui lui semble le mieux adaptée aux besoins du majeur, tout en tenant compte de la volonté de ce dernier dans la mesure du possible.

La **sauvegarde de justice** est une **mesure provisoire qui protège les personnes subissant une altération temporaire ou limitée de leurs facultés personnelles**. Elle **ne restreint pas la capacité juridique du majeur<sup>1</sup>**, mais **organise l'administration de ses biens**, soit sous la forme d'un mandat conventionnel avec un mandataire judiciaire professionnel, soit sous la forme du régime dit de la « gestion d'affaires » qui permet à une liste limitative de personnes<sup>2</sup> d'effectuer les actes conservatoires que nécessite la gestion de son patrimoine. Elle prend fin lorsque la personne recouvre ses facultés, ou se transforme en mesure plus contraignante.

La **curatelle** est une **mesure intermédiaire qui s'applique aux majeurs qui ont besoin d'être contrôlés ou conseillés dans la vie civile**. Elle se décline en deux formats :

- la **curatelle simple**, qui adjoint au majeur protégé l'assistance et le conseil d'un curateur pour les actes dits de disposition, qui engagent son patrimoine pour le présent et l'avenir de manière durable et importante (ex : vente de sa résidence principale, consentir à une donation, accepter, renoncer ou partager une succession, agir en justice ou divorcer). Elle s'adresse aux personnes ayant des difficultés à prendre des décisions patrimoniales importantes ;

- la **curatelle renforcée** se distingue de la curatelle simple en imposant le consentement du curateur au mariage du majeur protégé. Il gère ses ressources et dépenses, dont ses charges. Elle s'adresse aux personnes qui ne sont pas capables de gérer leurs besoins financiers du quotidien.

---

<sup>1</sup> Celui-ci ne peut néanmoins pas être juré d'assises.

<sup>2</sup> Il peut s'agir du responsable de l'établissement de soins qui accueille le majeur, de son conjoint, de ses ascendants, descendants, frères et sœurs, du ministère public ou du juge des tutelles.

La **tutelle** est enfin la mesure de protection juridique la plus **contraignante en ce** qu'elle s'adresse aux **majeurs ayant besoin d'être représentés de manière continue dans les actes de la vie civile**. Il ne peut y être recouru qu'en **dernier ressort**, si aucune autre mesure de protection juridique ne peut être mise en place. Le tuteur est chargé d'une **mission générale de représentation** : il assure la gestion du **patrimoine du majeur** et la **protection de sa personne** en dehors des **actes dits strictement personnels**, définis non exhaustivement à l'article 458 du code civil et qui seront développés ultérieurement.

Contrairement aux autres mesures de protection, le majeur ne peut consentir aux **actes de disposition de son patrimoine et de gestion de ses ressources**, qui incombent entièrement au tuteur (*ouverture et clôture d'un compte en banque et d'un livret A, rachat d'une assurance vie, vente d'un bien, gestion de ses dépenses courantes, etc.*). Compte tenu de la relative autonomie du tuteur, un contrôle du juge des tutelles est instauré sur les actes de disposition les plus graves (*achat ou vente d'un bien immobilier, consentement à une donation, rédaction d'un testament, action en justice, acceptation, renoncement ou partage d'une succession*).

Dans un souci d'exhaustivité, il sera également précisé que le législateur a introduit deux nouvelles mesures que sont le **mandat de protection future**<sup>1</sup> et **l'habilitation familiale**. Le premier permet à toute personne de désigner, tant qu'elle est juridiquement capable, un tiers de confiance chargé de la représenter dans tous les actes de la vie civile dans le cas où elle serait ultérieurement privée de sa capacité juridique. La seconde permet au juge des tutelles, lorsqu'une personne remplit les conditions posées à l'article 425 du code civil précité, à savoir qu'elle est dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts, d'habiliter une ou plusieurs personnes parmi ses descendants, ascendants, frères et sœurs, son conjoint ou son partenaire civil de solidarité, de la représenter, de l'assister ou de passer certains actes dans son intérêt. Ces deux mesures ont pour particularité commune de ne pas être soumises au contrôle du juge judiciaire une fois ouvertes. Elles peuvent prévoir la représentation de la personne du majeur protégé, comme celle de ses biens, les attributions du mandataire étant définies par le juge conformément à l'altération constatée des facultés du majeur.

---

<sup>1</sup> Le mandat de protection future a été créé aux termes de la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 et l'habilitation familiale, aux termes de l'article 10 de l'ordonnance n° 2015-1288 du 15 octobre 2015.

**Synthèse des différentes mesures de protection des majeurs**

<b>Nom de la mesure</b>	<b>Objet</b>	<b>Protection du patrimoine</b>	<b>Protection de la personne</b>
<b>Sauvegarde de justice</b>	Mesure provisoire, maximum un an pour les personnes subissant une altération temporaire ou limitée de leurs facultés personnelles.	Organisation de l'administration des biens du majeur sans restreindre sa capacité juridique.	Non
<b>Curatelle simple ou renforcée</b>	Pour les personnes ayant besoin d'être assistées ou contrôlées d'une manière continue pour les actes importants de la vie civile.	Le majeur doit être <b>assisté</b> par son curateur pour des actes qui nécessitent une autorisation du tuteur dans la tutelle : il appose sa signature aux actes à côté de celle du majeur.  Pour la curatelle renforcée, le curateur perçoit seul les revenus de la personne sur un compte ouvert au nom de celle-ci et effectue ses dépenses courantes (charges) en lui versant le reliquat.	Le curateur <b>assiste</b> le majeur pour les actes relatifs à sa personne s'il ne peut prendre seul une décision personnelle.

<p><b>Tutelle</b></p>	<p>Pour les personnes ayant besoin d'être représentées de manière continue dans les actes de la vie civile.</p>	<p>Le tuteur <b>accomplit seul les actes conservatoires<sup>1</sup> et les actes d'administration<sup>2</sup>.</b> Les <b>actes de disposition<sup>3</sup></b> doivent être <b>autorisés</b> par le juge ou le conseil de famille<sup>4</sup>, de même que les transactions ou les compromis.</p>	<p>Le tuteur <b>assiste et représente</b> (il signe à sa place) le majeur qui ne peut prendre une décision personnelle pour tous les actes relatifs à sa personne à l'exception des actes strictement personnels<sup>5</sup>.</p>
<p><b>Habilitation familiale</b></p>	<p>Permet au juge des tutelles d'habiliter un proche du majeur protégé (ascendants, descendants, frères et sœurs, partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin, et au conjoint) à le représenter, l'assister (depuis le 25 mars 2019) ou passer des actes en son nom.</p>	<p>L'habilitation peut porter sur tout ou partie des actes portant sur les biens et sur la personne de l'intéressé que le tuteur a le pouvoir d'accomplir, seul ou <b>avec une autorisation.</b> <b>Le juge décide de l'étendue de l'habilitation et peut la modifier à tout moment. Une habilitation générale ne peut excéder 10 ans et peut être renouvelée pour une durée maximale de 20 ans si l'état du majeur n'est pas susceptible d'amélioration.</b></p> <p><b>La personne habilitée est soumise au contrôle du juge pour accomplir des actes en opposition avec les intérêts de la personne protégée.</b></p>	

Depuis 2007, **plusieurs lois se sont succédé pour renforcer l'autonomie des majeurs protégés et réduire le contrôle exercé par le juge judiciaire en charge de la protection des majeurs vulnérables** qu'est le juge d'instance, dénommé depuis 2019 juge des contentieux de la protection, et dans l'imaginaire commun, juge des tutelles.

<sup>1</sup> Permettent de sauvegarder le patrimoine.

<sup>2</sup> Les actes d'administration sont des actes d'exploitation ou de mise en valeur du patrimoine de la personne protégée (ouverture d'un compte bancaire ou d'un livret A, perception des revenus et gestion des comptes, pour les biens immeubles : conclusion et résiliation de baux d'habitation en tant que bailleur, actes d'administration d'un bien indivis).

<sup>3</sup> Les actes de disposition engagent le patrimoine de la personne protégée pour le présent ou l'avenir, par une modification importante de son contenu, une dépréciation significative de sa valeur en capital ou une altération durable des prérogatives de son titulaire. (Vente d'un bien meuble, d'un immeuble, d'une société, donation, acceptation d'une succession, révocation d'un contrat d'assurance vie).

<sup>4</sup> Le conseil de famille est un organe facultatif de la tutelle. Il est institué par le juge lorsque la consistance du patrimoine ou les nécessités de la protection du majeur le justifient. Il est composé d'au moins 4 membres parmi les parents et alliés du majeur ainsi que toute personne, résidant en France ou à l'étranger, qui manifeste un intérêt pour lui.

<sup>5</sup> L'article 458 du code civil contient une liste non exhaustive des actes strictement personnels : la déclaration de naissance d'un enfant, sa reconnaissance, les actes de l'autorité parentale, la déclaration du choix ou du changement de nom d'un enfant, le consentement à sa propre adoption ou à celle de son enfant.

*b) La protection juridique des majeurs oscille entre la préservation des intérêts qu'ils ne sont pas en mesure d'assurer et la consécration de leur autonomie*

*i) L'autonomie des majeurs protégés pour accomplir des actes personnels*

La protection du corps humain et de sa libre disposition telle qu'elle est organisée dans le code civil est construite sur le fondement des principes de primauté de la personne humaine et d'inviolabilité et de non-patrimonialité du corps humain. Ces principes n'ont pas, en eux-mêmes, de valeur constitutionnelle, mais permettent « *d'assurer le respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine* »<sup>1</sup>. Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain (article 16-1 du code civil), lequel ne peut faire l'objet de transactions financières (articles 16-5 et 16-6 du code civil). Il peut être porté atteinte à l'intégrité corporelle soit en cas de nécessité médicale pour la personne, soit, à titre exceptionnel, dans l'intérêt thérapeutique d'autrui, à la condition que le consentement de l'intéressé soit recueilli préalablement (article 16-3 du code civil).

Or, la question du consentement des personnes placées sous mesure de protection est éminemment complexe. Selon la commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)<sup>2</sup>, le consentement est la manifestation objective de la volonté, qui est une simple faculté de l'esprit qui peut s'exercer sur tout. Le consentement matérialise la volonté en la portant à la connaissance d'autrui, et il ne peut s'exercer que sur le possible.

Avant la loi du 5 mars 2007, le consentement des personnes vulnérables du fait d'altérations physiques ou mentales était pensé de manière binaire : les majeurs placés sous tutelle et curatelle étaient considérés comme incapables de consentir.

La négation *a priori* de l'existence de ce consentement est désormais contraire au principe de proportionnalité qui fonde le régime des mesures de protection des majeurs, et qui impose que la mesure de protection soit individualisée et graduée en fonction du degré d'altération des facultés personnelles de ce dernier.

Aux termes d'une recommandation R (99) 4 du 23 février 1999 qui a fait date, le Comité des ministres du Conseil de l'Europe a réaffirmé les principes de « *la prééminence des intérêts et du bien-être de la personne* » protégée, d'une part, et du « *respect de ses souhaits et de ses sentiments* », d'autre part. Il en a déduit qu'« *une mesure de protection ne devrait pas automatiquement priver la personne concernée du droit [...] de prendre toute décision de caractère personnel, ce à tout moment, dans la mesure où sa capacité lui permet* ».

---

<sup>1</sup> C. Const. 27 juillet 1994, n° 94-343/344-DC.

<sup>2</sup> CNCDH, Avis sur le consentement des personnes vulnérables.

Depuis les années 2000, le législateur a progressivement levé plusieurs interdictions qui frappaient le majeur protégé. Le Sénat a ainsi voté le 23 novembre 1999 une disposition permettant au juge des tutelles d'autoriser le majeur sous tutelle à exercer seul son droit de vote. La loi du 15 novembre 1999 a ensuite ouvert la possibilité à un majeur sous tutelle de conclure un pacte civil de solidarité.

Le législateur du 5 mars 2007 a accompli une avancée majeure en consacrant le fait que le respect des droits et libertés de la personne majeure n'était pas compatible avec une restriction totale de sa capacité juridique. Rompant avec la binarité préexistante qui niait ou reconnaissait pleinement l'existence du consentement, il a instauré un système de consentement gradué en sanctuarisant les actes qui touchent le plus fondamentalement à la personne.

Il a ainsi consacré à l'article 458 du code civil la notion jurisprudentielle d'actes éminemment personnels, qui écarte par principe toute assistance ou représentation de la personne<sup>1</sup> pour des actes qui exigent qu'il exprime lui-même sa volonté. Si le majeur n'est pas en état d'y consentir, ces actes ne pourront être accomplis. La loi n'en dresse qu'une liste non exhaustive. Il s'agit de la déclaration de naissance d'un enfant, sa reconnaissance, les actes de l'autorité parentale relatifs à sa personne ou encore le consentement donné à son adoption ou à celle de son propre enfant, ainsi que la déclaration du choix ou du changement du nom d'un enfant.

S'agissant des autres décisions relatives à la personne du majeur protégé, le principe est désormais celui de l'appréciation de son discernement au cas par cas. Il consent seul lorsqu'il est en état de prendre une décision libre et éclairée, il consent avec l'assistance de son curateur ou de son tuteur, de sa personne de confiance ou de son mandataire de protection future s'il a besoin d'être assisté, et s'il a besoin d'être représenté, son représentant consent pour lui.

Les décisions médicales sont toutefois soumises à un régime spécifique qu'il convient de présenter.

*ii) L'autonomie des majeurs protégés pour prendre des décisions médicales les concernant*

Les différentes lois bioéthiques qui se sont succédé depuis 1994 sont traversées par cette opposition entre l'impératif de protection des majeurs vulnérables et la reconnaissance de leur autonomie, laquelle traduit la volonté du législateur de les inclure dans la vie de la cité et de ne pas les priver, par principe, du libre exercice de leur citoyenneté.

---

<sup>1</sup> L'article 458 du code civil dispose ainsi « 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 ».

La participation d'un majeur protégé à une recherche impliquant la personne humaine est réglementée selon la conception graduée de leur consentement suivant la mesure dont ils font l'objet<sup>1</sup> : les majeurs sous curatelle doivent donner leur consentement assistés de leur curateur, et leur aptitude à consentir est vérifiée par le juge des tutelles lorsque ces recherches comportent un risque sérieux d'atteinte à la vie privée ou à l'intégrité du corps humain.

S'agissant des personnes faisant l'objet d'un mandat de protection future, d'une habilitation familiale ou d'une mesure de tutelle avec représentation relative à la personne, l'autorisation de participer à ces recherches est donnée par la personne chargée de la représentation du majeur, ou par le conseil de famille ou le juge des tutelles lorsque ces recherches comportent un risque sérieux d'atteinte à la vie privée ou à l'intégrité du corps humain.

L'assouplissement progressif des restrictions dont les majeurs protégés font l'objet en matière de bioéthique depuis les trente dernières années s'accompagne logiquement d'un retrait du contrôle exercé par l'autorité judiciaire.

La question du don d'organes de son vivant et du don de cellules hématopoïétiques en est une parfaite illustration.

La loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 avait ainsi posé le principe d'interdiction, pour le majeur protégé, de donner ses organes de son vivant, son sang, ainsi que ses tissus et cellules.

Cette interdiction a fait l'objet d'un premier assouplissement au terme de la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, laquelle a permis, à titre dérogatoire, le prélèvement sur des majeurs protégés de cellules souches hématopoïétiques au bénéfice de leur parent au second degré (frère ou sœur), et, à titre exceptionnel, de leurs parents aux troisième (oncle et tante/neveux et nièce) et quatrième degrés (cousins/cousines).

Considérant que cette interdiction de principe pouvait s'apparenter à une discrimination<sup>2</sup>, le législateur a finalement décidé de circonscrire cette interdiction de don d'organe, de cellules, de sang ou de tout produit du corps, aux seuls majeurs qui bénéficient d'une mesure de protection portant sur leur personne<sup>3</sup> aux termes de la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique. Les majeurs qui font l'objet d'une mesure d'assistance aux biens (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle aux biens) et dont le mandat de protection future ou l'habilitation familiale ne sont pas étendus aux actes personnels sont soumis au droit commun au consentement au don.

---

<sup>1</sup> Article L. 1122-2 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Étude d'impact du projet de loi bioéthique, p. 237.

<sup>3</sup> Articles L. 1241-4 et L. 1231-2 du code de la santé publique.

Cette démarche d'assouplissement s'inscrit également dans un souci de coordination avec d'autres dispositions du code de la santé publique, qui distingue les majeurs bénéficiant d'une mesure de protection avec représentation à la personne (mandat de protection future, habilitation familiale ou tutelle le précisant) des autres mesures.

À titre d'exemple, l'intervention médicale visant à ligaturer les trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive touchant un majeur qui fait l'objet d'une mesure de protection relative à la personne est subordonnée à l'autorisation du juge des tutelles, qui doit être saisi par la personne chargée de la mesure, sauf en cas de refus de la personne protégée<sup>1</sup>.

L'inclusion des majeurs protégés dans le régime de droit commun en matière de bioéthique trouve enfin son paroxysme dans le fait que, depuis la loi du 2 août 2021, l'ensemble des majeurs protégés sont soumis au droit commun du don post-mortem, à savoir un consentement présumé en l'absence de refus<sup>2</sup>. Cette souplesse s'explique néanmoins par le fait que le risque juridique ne porte plus sur la dignité de la personne mais sur l'atteinte à l'intégrité du corps d'une personne décédée.

Enfin, le régime de la sédation profonde et continue ne comporte aucune distinction pour les majeurs protégés, et se contente de différencier les patients hors d'état d'exprimer leur volonté de ceux qui le sont.

#### Le régime des actes médicaux pratiqués sur des majeurs protégés

<b>Prélèvement d'organe sur un majeur protégé</b>	<p>L'article L. 1231-2 du code de la santé publique prohibait par principe tout prélèvement d'organe sur une personne vivante majeure protégée.</p> <p>L'article L. 1232-2 du code de la santé publique autorisait le prélèvement d'organe post-mortem sous condition de l'accord du tuteur.</p> <p>Ces deux articles ont été modifiés par la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 (article 11), qui a souhaité, pour renforcer l'autonomie des majeurs protégés, permettre à ceux faisant l'objet des mesures d'assistance les plus légères (assistance ou représentation aux biens) de pouvoir donner leurs organes de leur vivant, et qui a soumis l'ensemble des majeurs protégés au droit commun du don d'organe post-mortem, soit un consentement présumé en l'absence de refus</p>
<b>Prélèvement de sang sur un majeur protégé en vue d'une utilisation thérapeutique sur autrui</b>	<p>L'article L. 1221-5 du code de la santé publique prohibait le don du sang par les majeurs protégés. Ces dispositions ont été assouplies par la loi du 2 août 2021 : le don du sang est désormais permis pour les seuls majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection avec représentation aux biens et assistance.</p>

<sup>1</sup> Article L. 2123-2 alinéa 2 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Article L. 1232-2 du code de la santé publique.

<b>Stérilisation à visée contraceptive sur les personnes majeures protégées</b>	L'article L. 2123-2 du code de la santé publique l'autorise sous conditions : pour les personnes majeures dont la mesure de protection juridique est justifiée par l'altération des facultés mentales ou en cas de contre-indication médicale absolue aux autres méthodes contraceptives. L'intervention doit être autorisée par le juge des tutelles et par la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne. Il est précisé que le refus de la personne protégée fait obstacle à la saisine du juge.
<b>Recherche biomédicale sur majeur protégé</b>	Les articles L. 1121-8 et L. 1122-2 du code de la santé publique interdisent la recherche biomédicale sur les personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique ou hors d'état d'exprimer leur consentement si des recherches d'une efficacité comparable peuvent être effectuées sur une autre catégorie de la population. Elle peut en revanche être autorisée si le bénéfice escompté, pour ces personnes et d'autres placées dans la même situation, est de nature à justifier le risque prévisible encouru.
<b>Conservation des gamètes</b>	L'article L. 2141-11 du code de la santé publique consacre l'autonomie du majeur protégé pour les actes de nature personnelle, en renvoyant explicitement à l'article 458 du code civil.

*iii) Le contrôle exercé par le juge judiciaire sur les décisions médicales relatives aux majeurs protégés se raréfie*

Tout en réservant les décisions en matière de santé qui sont régies par les dispositions particulières de code de la santé publique, le législateur du 5 mars 2007 avait prévu que toute décision mettant gravement en cause l'intégrité du corps humain ne puisse être prise par le curateur ou le tuteur qu'après autorisation donnée par le conseil de famille s'il a été institué ou par le juge des tutelles dans les autres cas.

Cette autorisation préalable et systématique du juge des tutelles pour les décisions portant gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée a ensuite été supprimée<sup>1</sup> par la loi du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, qui prévoit désormais qu'il ne soit recouru au juge que dans les seuls cas de désaccord entre la personne protégée et la personne chargée de sa représentation. Cette modification a été introduite dans le souci de renforcer la subsidiarité et la proportionnalité des mesures de protection juridique, et de « *rappeler qu'en matières médicale et médico-sociale, l'expression de la volonté du majeur doit primer* »<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Cette modification résulte d'un amendement n° CL 748 porté par M. Jean Terlié et ses collègues du groupe La République en Marche, adoptée par la commission des lois de l'Assemblée nationale en première lecture.

<sup>2</sup> Selon les motivations de l'amendement CL 748.

Ce désengagement s'inscrit dans un mouvement d'allègement du contrôle opéré par le juge judiciaire sur les actes accomplis par le majeur protégé placé sous tutelle ou sous curatelle, porté par la loi du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice. En matière d'actes personnels, l'autorisation judiciaire n'est plus requise pour que ce dernier recoure au mariage, au pacte civil de solidarité, et au divorce pour acceptation du principe de la rupture du mariage.

La suppression du caractère automatique de la saisine du juge lors de la réalisation d'actes ayant un fort retentissement sur la personne du majeur protégé appelle à une réflexion sur l'étendue du recours ouvert à ses proches contre de telles décisions. En matière d'actes relatifs à la fin de vie, la consécration de l'autonomie du majeur protégé et les principes d'indisponibilité du corps humain justifient qu'aucun recours ne soit ouvert aux tiers contre les décisions portant une atteinte grave à l'intégrité corporelle du majeur, à l'exception du tiers chargé d'une mesure de représentation juridique portant sur la personne du majeur. La Cour européenne des droits de l'homme estime ainsi, au nom du secret médical, que l'absence de recours de proches contre une décision d'euthanasie ne saurait porter atteinte à leur droit à la vie privée tel que protégé par l'article 8 de la Convention.

## **2° Le droit au recours contre les décisions relatives à la fin de vie**

*a) Les recours contre les décisions de sédation profonde et continue rendues en matière de soins palliatifs*

Le droit positif contient des dispositions relatives à l'accompagnement des personnes en fin de vie en matière de soins palliatifs. Les professionnels de santé sont tenus de mettre en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que le droit des personnes malades d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance soit respecté<sup>1</sup>. Toutefois, le refus de l'obstination déraisonnable justifie que le médecin en charge d'un patient hors d'état d'exprimer sa volonté décide d'arrêter ou de ne pas mettre en œuvre les traitements qui lui apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie.

Il peut également être recouru, à la demande du patient – ou, lorsqu'il n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté, au titre du refus de l'obstination déraisonnable –, à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès<sup>2</sup>.

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et qu'il n'a pas rédigé de directives anticipées, l'avis de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de sa famille et de ses proches, ainsi que, le cas

---

<sup>1</sup> Article L. 1110-5 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Article L. 1110-5-2 du code de la santé publique. Il ne peut toutefois pas être recouru à une telle sédation lorsque le patient, hors d'état d'exprimer sa volonté, avait explicitement écarté cette possibilité aux termes de ses directives anticipées.

échéant, de son tuteur, est recueilli lors d'une procédure collégiale définie à l'article R. 4127-37-2 du code de la santé publique, dont l'avis ne lie pas le médecin.

Lorsque le patient a rédigé des directives anticipées s'opposant à l'arrêt de traitements le maintenant artificiellement en vie, la loi reconnaît au médecin le pouvoir de refuser d'appliquer de telles directives anticipées, lorsqu'il les juge manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient. Cette décision est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et inscrite au dossier médical.<sup>1</sup>

Ces dispositions ont été déclarées conformes à la Constitution<sup>2</sup> ainsi qu'aux articles 2 et 8 de la Convention européenne des droits de l'homme.<sup>3</sup> La Conseil constitutionnel n'a ainsi pas souhaité substituer son appréciation à celle du législateur<sup>4</sup>, qui a estimé que les directives anticipées « ne pouvaient s'imposer en toute circonstance, dès lors qu'elles sont rédigées à un moment où la personne ne se trouve pas encore confrontée à la situation particulière de fin de vie dans laquelle elle ne sera plus en mesure d'exprimer sa volonté en raison de la gravité de son état. Ce faisant, [le législateur] a entendu garantir le droit de toute personne à recevoir les soins les plus appropriés à son état et assurer la sauvegarde de la dignité des personnes en fin de vie. »<sup>5</sup>

La décision du médecin d'arrêter ou de limiter les traitements de maintien en vie et de recourir à la sédation profonde et continue est susceptible de recours dans les conditions du droit commun, à savoir par la procédure de référé-liberté prévue à l'article L. 521-2 du code de justice administrative<sup>6</sup> s'agissant des décisions prises dans des établissements publics. S'agissant des décisions prises par des établissements privés, elles sont susceptibles de recours devant le tribunal judiciaire, qui peut être saisi en référé ou selon la procédure civile de droit commun. Une telle décision est notifiée aux personnes auprès desquelles le médecin a recueilli le témoignage de la volonté exprimée par le patient, à savoir la personne de confiance, ou, à défaut, la famille ou l'un des proches.

---

<sup>1</sup> Article L. 1111-11 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Aux termes d'une décision du 10 novembre 2022, n° 2022-1022 QPC, le Conseil constitutionnel a jugé conformes à la Constitution les termes « lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale » figurant à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> CEDH, *Medmoune contre France*, 5 février 2026.

<sup>4</sup> Au motif qu'il ne dispose pas d'un pouvoir général d'appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement.

<sup>5</sup> Décision du Conseil constitutionnel du 10 novembre 2022, n° 2022-1022 QPC, considérant 11.

<sup>6</sup> Aux termes de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, le juge des référés, saisi d'une demande urgente aux fins d'ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public aurait porté, dans l'exercice d'un de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale, est tenu de statuer sous 48 heures.

Si la notification d'une décision ouvre explicitement un intérêt à exercer un recours en justice contre celle-ci, le législateur a fait le choix de ne pas figer la qualité des personnes proches auxquelles une décision est notifiée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, d'une part, et de ne pas prévoir explicitement de notification à une tierce personne lorsque le majeur est juridiquement capable et pleinement conscient. Pour autant, l'intérêt à agir des requérants est apprécié par les juridictions, ce qui confère une certaine souplesse procédurale en cas d'abus allégué de la part des proches.

S'agissant des personnes incapables juridiquement que sont les mineurs et les majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, l'article R. 4127-37-2 du code de la santé publique prévoit que le médecin recueille respectivement l'avis des titulaires de l'autorité parentale et de la personne chargée de la mesure de protection.

Le Conseil d'État a eu l'occasion de préciser que lorsque le patient n'était pas en état d'exprimer sa volonté, seul l'avis de ses proches quant à l'expression de sa volonté était recherché au stade de la procédure collégiale, et non la représentation de sa personne. Il en a déduit que les médecins pouvaient recueillir le seul avis de son tuteur, lorsqu'il figurait parmi ces personnes proches et non l'avis du subrogé tuteur<sup>1</sup>.

Enfin, le Conseil constitutionnel, saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité portant sur la conformité aux droits et libertés garantis par la Constitution de la procédure de mise en œuvre de la sédation profonde et continue<sup>2</sup>, a été amené à préciser que le droit à un recours juridictionnel effectif imposait, d'une part, que la décision d'arrêt ou de limitation des traitements de maintien en vie d'une personne hors d'état de manifester sa volonté soit notifiée aux personnes auprès desquelles le médecin s'était enquis de la volonté du patient, dans des conditions leur permettant d'exercer un recours en temps utile, et d'autre part, que cette décision puisse faire l'objet d'un recours aux fins d'obtenir la suspension éventuelle de la décision contestée qui soit examinée dans les meilleurs délais par la juridiction compétente.

---

<sup>1</sup> Conseil d'État, juge des référés, formation collégiale du 24 avril 2019, n° 428117. Le rôle du subrogé tuteur est de surveiller les actes passés par le tuteur en cette qualité et de saisir le juge des tutelles s'il estime que des fautes ont été commises dans l'exercice de sa mission, ainsi que d'assister ou de représenter la personne protégée lorsque ses intérêts sont en opposition avec ceux du tuteur.

<sup>2</sup> Le Conseil constitutionnel s'est prononcé, aux termes d'une décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, sur la conformité à la Constitution des articles L. 1110-5-1, L. 1110-5-2 et L. 1111-4 du code de la santé publique.

*b) L'absence d'information des tiers d'une décision d'aide à mourir à la demande expresse du demandeur, et a fortiori l'absence de recours desdits tiers, ont été validées par la CEDH*

La Cour européenne des droits de l'homme octroie aux États une large marge d'appréciation dans l'édiction d'une législation autorisant le suicide assisté et l'euthanasie. Chaque État est libre d'autoriser ou non le suicide assisté et ou l'euthanasie.

L'interdiction du suicide assisté ou de l'euthanasie par un État membre n'est pas contraire à la Convention européenne des droits de l'homme. Le fait de ne pas permettre à des ressortissants de bénéficier d'une aide médicale à mourir ne saurait constituer une discrimination au sens de l'article 14 de la Convention, entre les patients qui sont dépendants d'un traitement de survie et de ceux qui ne le sont pas et ne peuvent hâter leur décès, dans la mesure où ces derniers bénéficiaient de soins palliatifs leur permettant de mourir paisiblement<sup>1</sup>. La Cour estime également que l'interdiction pénale du suicide assisté, qui a pour objet de prévenir un acte mettant en danger la vie et de protéger des intérêts liés à des considérations morales et éthiques, ne contrevient pas aux dispositions de l'article 8 de la Convention consacrant le droit au respect de la vie privée.

À l'inverse, la Convention européenne des droits de l'homme ne contient aucune disposition prohibant le fait, pour un État membre, d'autoriser le recours au suicide assisté et à l'euthanasie.

La Cour estime en effet que le fait pour des autorités nationales d'autoriser ou de pratiquer l'aide médicale à mourir ne contrevient pas au droit à la vie tel qu'énoncé à l'article 2 de la Convention, à condition que l'aide médicale à mourir soit accompagnée de garanties adéquates et suffisantes visant à éviter les abus et assurer le respect du droit à la vie. Elle ménage à ce titre un équilibre entre la protection du droit à la vie du patient et la protection du droit au respect de sa vie privée et de son autonomie personnelle.

Si la Cour européenne des droits de l'homme ne s'est pas prononcée explicitement sur les recours ouverts aux tiers contre les décisions accordant le bénéfice de l'aide médicale à mourir, elle s'est prononcée sur la législation belge prévoyant l'absence d'informations de proches sur une décision d'euthanasie, ce qui s'accompagne nécessairement de l'absence de recours.

Pour la Cour, la législation belge obligeant les médecins à s'entretenir de la demande d'euthanasie avec un proche uniquement lorsque cela émanait de la volonté du patient, ménage un équilibre entre des intérêts en jeu qu'elle présente comme concurrents, à savoir celui d'un tiers (en l'espèce, un fils) d'accompagner son proche dans ses derniers instants, et le droit de la personne euthanasiée au respect de sa vie privée et de son autonomie personnelle.

---

<sup>1</sup> CEDH, *Daniel Karsai contre Hongrie*, 24 juin 2024

Le refus d'un patient d'informer ses proches de sa décision de recourir à l'aide à mourir prime ainsi sur l'intérêt de ce proche à accompagner le patient lors de ses derniers instants. La Cour estime ainsi que « *le respect du caractère confidentiel des informations sur la santé constitu[e] un principe essentiel de toutes les parties contractantes de la Convention* » qui est « *capital, non seulement pour protéger la vie privée des malades, mais également pour préserver leur confiance dans le corps médical et les services de santé en général* »<sup>1</sup>.

Il convient toutefois de préciser que si la présente proposition de loi ne reconnaît pas explicitement d'intérêt à agir aux proches d'une personne demanderesse de l'aide médicale à mourir contre la décision y faisant droit, cet intérêt à agir sera apprécié au cas par cas par le juge saisi d'un recours formé par lesdits proches, compte tenu des circonstances de l'espèce (abus de faiblesse ou manquement procédural allégué). Dans le silence de la loi, cette question a donc nécessairement vocation à être tranchée par la jurisprudence.

#### **B. Le droit proposé : un recours contre les seules décisions relatives à l'aide médicale à mourir ouvert aux personnes l'ayant demandée devant le juge administratif**

L'article 12 du présent texte crée un nouvel article L. 1111-12-6 au code de la santé publique relatif aux recours ouverts contre les décisions prises dans le cadre de la procédure d'aide à mourir.

Dans sa version initiale, cet article prévoyait un seul recours contre la décision du médecin se prononçant sur la demande d'aide à mourir, qui était ouvert à la personne ayant formé cette demande devant le seul juge administratif. L'article reprenait ainsi *in extenso* les dispositions de l'ancien article 14 du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie.

Aux termes de son avis rendu le 4 avril 2024 sur le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, le Conseil d'État a relevé que « *la seule information de la personne chargée d'une mesure de protection avec représentation de la personne, et la possibilité pour celle-ci de former des observations dont le médecin devra tenir compte, [étaient] insuffisantes* ». Relevant que l'aide à mourir constituait un « *acte dont la nature implique un consentement de nature strictement personnelle* » au sens de l'article 458 du code civil, il a appelé à la mise en œuvre de garanties permettant de contrôler l'état de la volonté du majeur protégé, qui s'étendraient non seulement aux majeurs faisant l'objet **d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne**, mais également à ceux bénéficiant d'une **mesure d'assistance à la personne** (curatelle), qu'il identifie comme personnes vulnérables<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> CEDH, *Mortier contre Belgique*, 4 octobre 2022.

<sup>2</sup> Le Conseil d'État rappelle ainsi que l'article 459 du code civil, qui régit les effets de la curatelle et de la tutelle sur la protection de la personne, prévoit que l'assistance et la représentation de la personne sont mises en œuvre « lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle et éclairée ».

Au titre des garanties évoquées figure l'ouverture d'un recours de la personne chargée de la mesure de protection juridique contre la décision d'aide à mourir devant le juge des tutelles, ce qui suppose qu'une telle décision d'aide à mourir lui soit notifiée.

L'existence d'un tel recours se justifie selon le Conseil d'État au titre des garanties au droit à la vie tel qu'énoncé aux termes de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, lequel, s'il ne s'oppose pas à la dépénalisation de l'euthanasie, impose aux autorités le « *devoir de protéger les personnes vulnérables même contre des agissements par lesquels elles menacent leur propre vie* », et l'obligation d'« *empêcher un individu de mettre fin à ses jours si sa décision n'a pas été prise en toute connaissance de cause* »<sup>1</sup>.

## II - Les principales modifications adoptées

### A. Les modifications apportées en première lecture à l'Assemblée nationale

En commission des affaires sociales, le rapporteur Stéphane Delautrette a porté un amendement<sup>2</sup> élargissant le recours ouvert à la personne demanderesse de l'aide à mourir devant le juge administratif à la décision de mettre fin à la procédure dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 1111-12-8 du code de la santé publique, qui visent la situation dans laquelle le médecin décide de mettre fin à la procédure par une nouvelle décision écrite motivée, notifiée par la personne, au motif qu'il a pris connaissance, après avoir rendu une décision sur la demande d'aide à mourir, d'éléments d'informations selon lesquels les conditions d'accès à l'aide à mourir, énumérées à l'article L. 1111-12-2, n'étaient pas remplies ou avaient cessé de l'être.

En séance plénière, l'Assemblée nationale a adopté un amendement<sup>3</sup> permettant au tiers **chargé d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne** d'introduire un **recours devant le juge judiciaire**, en sa qualité de juge des contentieux de la protection, **contre la décision du médecin autorisant ce majeur à accéder à l'aide à mourir, en cas de doute sur l'aptitude de ce dernier à manifester sa volonté de façon libre et éclairée**. Ce recours doit être exercé dans un délai de deux jours suivant la notification de la décision accédant à la demande d'aide à mourir, et suspend l'exercice du recours devant le juge administratif. Le juge des contentieux de la protection est tenu de statuer dans un délai de deux jours. Cet amendement a été sous-amendé<sup>4</sup> à des fins de coordination par le rapporteur Stéphane Delautrette.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

---

<sup>1</sup> CEDH, 20 janvier 2011, n° 31322/07, *Haas c. Suisse*.

<sup>2</sup> Amendement AS1161.

<sup>3</sup> Amendement 1895.

<sup>4</sup> Sous-amendement n° 2730.

### **B. Les modifications apportées en première lecture au Sénat**

La commission des affaires sociales a adopté deux amendements.

Le premier procède aux modifications sémantiques requises au remplacement du droit à l'aide à mourir par le recours à l'assistance médicale à mourir<sup>1</sup>.

Le second<sup>2</sup> assure la pleine effectivité du recours contre la décision octroyant l'assistance à mourir formé devant le juge judiciaire des contentieux de la protection. Il **prévoit ainsi que l'audience se tient par tout moyen**, afin de prévenir toute difficulté matérielle qui empêcherait sa mise en œuvre dans un délai contraint.

**En séance publique, le Sénat a rejeté la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale.**

### **C. Les modifications apportées en deuxième lecture à l'Assemblée nationale**

**La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale n'a adopté aucune modification au texte par elle voté en première lecture.**

En séance publique, les députés ont adopté, contre l'avis du Gouvernement et de la commission des affaires sociales,<sup>3</sup> un amendement<sup>4</sup> de M. Dominique Potier et de ses collègues du groupe Socialiste et apparentés précisant que le recours devant le juge administratif formé par la personne demanderesse contre la décision du médecin se prononçant sur la demande d'aide à mourir ou contre la décision de ce même médecin de mettre fin à la procédure au motif que les conditions présidant à sa décision ne sont plus réunies, peut être exercé par la voie du **référé-liberté**.

La procédure de référé-liberté<sup>5</sup>, créée par la loi du 30 juin 2000, est une **procédure d'urgence permettant au juge administratif de mettre fin à une mesure administrative prise par une personne de droit public ou chargée d'une mission de service public, et portant une atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale**. Le juge des référés est tenu de se prononcer dans un délai de **quarante-huit heures**.

---

<sup>1</sup> Amendement COM-168.

<sup>2</sup> Amendement COM-169.

<sup>3</sup> M. Stéphane Delautrette, rapporteur du texte, a indiqué en séance que « cet amendement [était] satisfait [dans la mesure où] le choix de la juridiction administrative garantit la possibilité d'un recours et d'une réponse rapides. » Il a toutefois précisé que la loi n'avait pas à préciser la modalité du recours en question.

<sup>4</sup> Amendement n° 1869.

<sup>5</sup> Article L. 521-2 du code de la justice administrative.

La définition d'une liberté fondamentale est **strictement définie par la jurisprudence et ne s'étend pas à l'ensemble des droits et libertés constitutionnellement garantis**. Une liberté fondamentale peut notamment être excipée d'un texte international tel que la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme, ou encore être inspirée de Cours suprêmes étrangères.

Le Conseil d'État a ainsi précisé que **le droit à la santé ne saurait constituer une liberté fondamentale** au sens de l'article L. 521-2 du code de justice administrative fondant le référé-liberté. En revanche, le consentement libre et éclairé du patient aux soins médicaux qui lui sont prodigués constitue une telle liberté fondamentale.<sup>1</sup>

**L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

### **III - La position de la commission**

La commission des affaires sociales se félicite de l'introduction, en première lecture à l'Assemblée nationale, d'un recours ouvert aux personnes chargées d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne, contre les décisions se prononçant sur la demande d'aide à mourir formée par un majeur protégé.

Un tel recours lui semble nécessaire au respect des droits fondamentaux des majeurs protégés, qui s'entendent de personnes objectivement vulnérables. En effet, comme le relève le rapport du groupe de travail interministériel sur le dispositif de protection des majeurs d'avril 2000 présidé par Jean Favard, « *quatre publics spécifiques sont susceptibles d'entrer dans le dispositif de protection judiciaire des majeurs : les personnes âgées, les personnes handicapées, les malades psychiatriques et les personnes en situation d'exclusion sociale* »<sup>2</sup>.

Si la commission entend l'argument retenu par le Gouvernement et les auteurs de la présente proposition de loi, aux termes duquel l'exclusion des majeurs protégés de l'accès à l'aide à mourir pourrait s'apparenter à une discrimination, elle rappelle toutefois que l'article 12 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, qui impose aux États parties de reconnaître aux personnes handicapées une capacité juridique sur la base de l'égalité avec les autres personnes, appelle à la mise en œuvre de « *mesures relatives à l'exercice de la capacité juridique qui soient assorties de garanties appropriées et effectives pour prévenir les abus, conformément au droit international des droits de l'homme. Ces garanties doivent garantir que les mesures relatives à l'exercice de la capacité juridique respectent les droits, la volonté et les préférences de la personne concernée, soient exemptes de tout conflit d'intérêts et ne donnent lieu à aucun abus d'influence, soient proportionnées et adaptées à la situation de la personne*

---

<sup>1</sup> Conseil d'État, 8 septembre 2005, n° 284803.

<sup>2</sup> Rapport du groupe de travail interministériel sur le dispositif de protection des majeurs, p. 8.

concernée [...] et soient soumises à un contrôle périodique effectué par un organe indépendant et impartial ou une instance judiciaire »<sup>1</sup>.

Afin de rendre ce recours pleinement effectif, la commission a adopté, comme en première lecture, un **amendement COM-101 prévoyant que l'audience devant le juge des contentieux de la protection se tient par tout moyen**.

Cette précision d'ordre procédural permet de lever les obstacles matériels à la tenue d'une audience à distance, dans des situations critiques où le juge doit statuer sur un recours formé contre une décision d'assistance à mourir alors que la personne demanderesse ne dispose plus que de quelques jours à vivre (la commission ayant fait le choix à l'article 4 de restreindre l'accès à cette procédure aux personnes en situation de fin de vie).

Lors des auditions menées par Mme Agnès Canayer, rapporteur pour avis de la commission des lois, la direction des affaires civiles et du Sceau de la Chancellerie a rappelé que la situation particulièrement engorgée des juridictions judiciaires était l'un des éléments ayant présidé au choix d'unifier devant le seul juge administratif le contentieux contre les décisions se prononçant sur les demandes d'aide à mourir et sur les décisions mettant fin à la procédure. En effet, le pouvoir de connaître des décisions rendues par des médecins exerçant dans des établissements médicaux privés relève normalement de la compétence du juge judiciaire.

L'étude d'impact de l'article 14 du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, dont est inspirée la rédaction de l'actuel article 12 du présent texte, précise également que ce choix d'unification du contentieux devant le juge administratif se justifie par l'expertise acquise par la juridiction administrative sur les procédures d'arrêt de traitement, le livre V du code de justice administrative comprenant des procédures d'urgence, au titre desquelles figurent le référé-liberté et le référé-suspension.

Le renvoi aux dispositions de droit commun régissant le recours devant le juge administratif inclut déjà la procédure de référé parmi les voies procédurales ouvertes à la personne demanderesse d'assistance médicale à mourir.

La commission a ainsi supprimé, par un **amendement COM-100** la précision, ajoutée en seconde lecture par les députés, du fait qu'un recours contre une décision d'aide à mourir et contre une décision de mettre fin à la procédure, puisse être exercé par la voie d'un référé-liberté devant la juridiction administrative compétente.

---

<sup>1</sup> *Convention relative aux droits des personnes handicapées, article 12, § 4.*

D'une part, elle estime cet ajout superfétatoire comme indiqué précédemment. D'autre part, elle rappelle que les critères d'atteinte manifestement illégale à une liberté fondamentale, qui justifient le bien-fondé d'un recours à une telle procédure, sont appréciés par le juge administratif.

La personne demanderesse de l'aide à mourir, renommée par la commission assistance à mourir, dispose à tout instant de la procédure de la liberté d'y mettre fin, et ce jusqu'à l'acte ultime d'administration de la substance létale. Dès lors, ce recours devant le juge administratif concernera nécessairement **des décisions refusant l'accès à l'assistance médicale à mourir, ou mettant fin à cette procédure contre la volonté exprimée de la personne demanderesse** (la commission rappelle ainsi que la volonté exprimée ne correspond pas nécessairement à la volonté éclairée de la personne, laquelle peut être altérée par des troubles neurologiques ou un état de faiblesse de nature à altérer le discernement).

**Il reviendra ainsi au juge administratif saisi de se prononcer sur la question de savoir si le refus opposé par un médecin d'accéder à une demande d'assistance à mourir ou de mettre fin à une telle procédure s'analyse en une atteinte à une liberté fondamentale, justifiant le recours à cette voie procédurale.**

La question s'avère d'autant plus complexe au regard de la jurisprudence très récente de la Cour européenne des droits de l'homme. Dans une décision *Medmoune* contre France du 5 février 2026, la Cour a estimé que la décision d'arrêter des traitements de maintien en vie prise dans le cadre du processus décisionnel de la procédure de sédation profonde et continue en soins palliatifs, au terme d'une procédure collégiale et après avoir recueilli l'avis de membre de la famille, **en violation des directives anticipées exprimées par le patient, ne portait pas atteinte au droit à la vie** tel que protégé par l'article 2 **ni au droit au respect de la vie privée** garanti par l'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme.

La Cour a ainsi jugé que le fait, pour les médecins, de passer outre les directives anticipées d'un patient « *lorsqu'elles apparaissent manifestement inappropriées* » ou non conformes à sa situation médicale, était conforme à la Convention et que le fait de prévoir une telle possibilité dans la loi<sup>1</sup> relevait de la marge d'appréciation des États membres.

---

<sup>1</sup> L'article L. 1111-11 du code de la santé publique dispose notamment que « La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. ». Le Conseil constitutionnel a récemment conclu que ces dispositions étaient conformes à la Constitution (Conseil constitutionnel, 10 novembre 2022, n° 2022-1022 QPC).

Il est donc tout à fait possible que la jurisprudence constate que le fait de ne pas suivre la volonté exprimée par une personne d'accéder à l'assistance médicale à mourir ne soit pas considéré comme une atteinte manifestement illégale à une liberté fondamentale lorsqu'une telle décision se justifie par le fait que les conditions d'accès à l'assistance médicale à mourir prévues par la loi ne sont pas remplies.

Enfin, la commission a également adopté un **amendement COM-99** procédant aux modifications sémantiques nécessaires à la substitution du droit à l'aide à mourir par le recours à l'assistance médicale à mourir.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

### *Article 13*

#### **Renvoi à un décret en Conseil d'État des mesures réglementaires d'application**

*Cet article renvoie à un décret en Conseil d'État la définition des conditions d'application des articles 5 à 12 de la proposition de loi, régissant la procédure d'aide à mourir. Il cite notamment les modalités d'information des demandeurs, la forme et le contenu de la demande d'aide à mourir et de la confirmation du recours à celle-ci, ainsi que la procédure de vérification des conditions d'éligibilité.*

*La commission a adopté cet article modifié par cinq amendements, afin de soumettre ce décret en Conseil d'État à l'avis de la Haute Autorité de santé et du Comité consultatif national d'éthique et d'étendre son champ.*

#### **I - Le dispositif proposé**

**A. Le législateur a pu, sans méconnaître sa compétence, laisser au pouvoir réglementaire le soin de préciser la procédure de la sédation profonde et continue**

Relèvent du domaine de la loi l'ensemble des champs mentionnés à l'article 34 de la Constitution du 4 octobre 1958, qui dispose notamment que la loi « fixe les règles concernant [...] les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques » et « détermine les principes fondamentaux [...] de la sécurité sociale ».

Sur les sujets relatifs à la fin de vie, le Conseil constitutionnel a tiré de ces dispositions qu'il revenait au **législateur** de « déterminer les conditions dans lesquelles la poursuite ou l'arrêt des traitements d'une personne en fin de vie peuvent être décidés », les reliant aux « garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques, notamment en matière médicale »<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Voir notamment la décision n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022, Mme Zohra M. et autres.

Aux termes de l'article 21 de la Constitution du 4 octobre 1958, le Premier ministre « assure l'exécution des lois ». Pour ce faire, lui ou les membres du Gouvernement disposent d'un pouvoir réglementaire permettant de préciser et de rendre applicables les lois en vigueur.

Toutefois, le législateur est tenu d'épuiser la compétence qu'il tire de l'article 34 de la Constitution, sans quoi le Conseil constitutionnel peut censurer tout ou partie de la loi<sup>1</sup>.

Saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité sur la procédure de mise en œuvre de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, le Conseil constitutionnel a jugé que le législateur avait « assorti de garanties suffisantes la procédure qu'il a mise en place », qui prévoit notamment l'existence d'une procédure collégiale associant l'équipe soignante chargée de vérifier les critères d'éligibilité, les conditions de recueil de la volonté du patient et les lieux où peut être pratiquée la sédation. Il en tire que « les griefs tirés de [la] méconnaissance [...] de l'article 34 de la Constitution doivent donc être écartés »<sup>2</sup>.

**B. Le dispositif proposé : un renvoi à un décret en Conseil d'État de la définition des conditions d'application de la procédure d'aide à mourir fixée par la présente proposition de loi**

L'article 13 reprend les dispositions de l'article 15 du projet de loi sur la fin de vie, tel que modifié par les travaux de la commission spéciale avant l'interruption de son examen consécutivement à la dissolution de l'Assemblée nationale.

Il se propose de créer un article L. 1111-12-1 au sein du code de la santé publique, qui se borne à **renvoyer à un décret en Conseil d'État la précision des conditions d'applications des articles 5 à 12 de la présente proposition de loi**, inscrits dans la sous-section procédurale de l'aide à mourir.

Le décret en Conseil d'État serait notamment chargé de **préciser les modalités d'information** de la personne qui demande l'aide à mourir (1°), **la forme et le contenu de la demande d'aide à mourir et de la confirmation de la volonté d'y recourir une fois octroyée** (2°) et **la procédure de vérification des conditions d'éligibilité et de recueil des avis des professionnels** consultés dans le cadre de la procédure collégiale (3°).

---

<sup>1</sup> Décision n° 85-198 DC du 13 décembre 1985 sur la loi modifiant la loi n° 82-652 du 29 juillet 1982 et portant diverses dispositions relatives à la communication audiovisuelle.

<sup>2</sup> Décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés.

## II - Les principales modifications adoptées

### A. En première lecture à l'Assemblée nationale

#### 1. Au stade de la commission

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté **un amendement de précision** de son rapporteur M. Delautrette.

#### 2. Au stade de la séance publique

En cohérence avec le remplacement des avis des professionnels appelés à participer à la procédure collégiale par la **réunion d'un collège pluriprofessionnel**, un amendement de Mme Lingemann (Les Démocrates) a **retiré du champ renvoyé au décret en Conseil d'État les modalités de recueil des avis de ces professionnels**.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

### B. En première lecture au Sénat

#### 1. Au stade de la commission

En première lecture, la commission des affaires sociales a adopté quatre amendements de ses rapporteurs sur l'article 13. Elle a, d'abord, soumis le décret en Conseil d'État précisant les modalités d'application de l'assistance médicale à mourir à **avis préalable** de la Haute Autorité de santé (HAS) et du Comité consultatif national d'éthique (CCNE).

Sur proposition des rapporteurs, le champ de ce décret en Conseil d'État a en outre été étendu **aux conditions de préparation, de livraison, de traçabilité, de délivrance et de retour de la substance létale** et à la **forme et au contenu de l'ensemble des confirmations** émises par le demandeur d'une assistance médicale à mourir.

Enfin, la commission a adopté un amendement sémantique de ses rapporteurs.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

#### 2. Au stade de la séance publique

**Le Sénat a rejeté la proposition de loi en première lecture.**

### C. En deuxième lecture à l'Assemblée nationale

#### 1. Au stade de la commission

La commission a adopté cet article **sans modification**.

## 2. Au stade de la séance publique

L'Assemblée nationale a adopté **huit amendements identiques**<sup>1</sup> tendant à soumettre le décret en Conseil d'État précisant les modalités d'application de l'aide à mourir à **avis préalable du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom)**.

Elle a également adopté un amendement du Gouvernement **élargissant le champ du décret en Conseil d'État aux modalités de mise à disposition du registre national des mesures de protection** pour les médecins sollicités.

**En deuxième lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

### III - La position de la commission

La commission a pris note des évolutions apportées à l'Assemblée nationale en deuxième lecture, en soumettant le décret en Conseil d'État précisant les conditions d'application de l'aide à mourir à avis préalable du Cnom. Il s'agit, lui semble-t-il, d'une **évolution utile**, qui permettra d'assurer la **prise en considération de l'avis des médecins**, placés – parfois malgré eux – au cœur du dispositif proposé.

Pour autant, la commission a souhaité **assortir de garanties supplémentaires l'édiction du décret en Conseil d'État**, comme elle l'avait fait lors de la première lecture. Pour cela, elle a adopté l'amendement COM-102 de ses rapporteurs, prévoyant de **soumettre ce décret à avis préalable de la Haute Autorité de santé (HAS) et du Comité consultatif national d'éthique** pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE).

La HAS apportera **l'expertise scientifique et médicale indispensable à la définition de procédures sûres et rigoureuses** pour l'assistance médicale à mourir, tandis que le CCNE assurera une **réflexion éthique approfondie sur leurs implications**.

En outre, afin de sécuriser la mise en œuvre de ces dispositions relatives au circuit du médicament, la commission a adopté un amendement COM-106 visant à **étendre le champ du décret en Conseil d'État aux conditions de préparation, de livraison, de traçabilité, de délivrance et de retour de la substance létale**.

---

<sup>1</sup> Les auteurs des amendements sont M. Trébuchet et ses collègues du groupe Union des Droites pour la République (UDR), M. Bazin et certains de ses collègues du groupe Droite Républicaine (DR), Mme Blin et M. Brigand (DR), Mme Vidal et certains de ses collègues des groupes Ensemble pour la République (EPR) et Les Démocrates, Mme Petit (Les Démocrates), Mme Colin-Cesterlé et certains de ses collègues des groupes Horizons et Indépendants et DR, M. Potier et certains de ses collègues des groupes Socialistes et apparentés et Écologiste et social et M. Bentz (Rassemblement national).

La commission a également adopté un amendement COM-104 pour que soient **précisés par le décret en Conseil d'État la forme et le contenu de l'ensemble des confirmations** que devra émettre le patient pour attester de sa volonté de recourir à l'assistance médicale à mourir.

Enfin, la commission a adopté un **amendement sémantique** COM-103 tendant à substituer la notion d'assistance médicale à mourir à celle d'aide à mourir, ainsi qu'un amendement rédactionnel COM-105.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

## CHAPITRE IV

### Clause de conscience

#### *Article 14*

#### Clause de conscience

*Cet article institue une clause de conscience spécifique pour les professionnels de santé susceptibles de participer à l'instruction de la demande d'aide à mourir et à l'administration de la substance létale, à l'exception des pharmaciens. Tout professionnel faisant usage de sa clause de conscience serait toutefois tenu d'orienter le patient vers un professionnel disposé à participer à la mise en œuvre de l'aide à mourir, celui-ci devant s'être déclaré à la commission de contrôle et d'évaluation.*

*Par ailleurs, l'article prévoit que les responsables des établissements de santé et établissements et services médico-sociaux sont tenus d'y permettre l'intervention des professionnels de santé chargés de l'évaluation de l'éligibilité à l'aide à mourir et de l'accompagnement de l'administration de la substance létale.*

*La commission a adopté cet article modifié par six amendements. Elle a étendu le bénéfice de la clause de conscience à l'ensemble des professionnels de santé susceptibles de participer à la procédure d'assistance médicale à mourir, dont les pharmaciens, ainsi qu'aux professionnels du médico-social et aux psychologues pouvant être conviés à la réunion du collège pluriprofessionnel, et a renforcé la portée symbolique de la clause de conscience. Enfin, elle a instauré une clause de conscience collective à l'attention des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux dont le projet d'établissement est incompatible avec la mise en œuvre de l'assistance médicale à mourir en ses murs.*

#### I - Le dispositif proposé

*A. La clause de conscience générale, consacrée par la loi et par différents codes de déontologie de professionnels de santé, trouve des sources constitutionnelles mais doit être conciliée avec un accès effectif aux soins pour le patient*

**1. Une clause de conscience générale permet au professionnel de santé de refuser des soins pour des raisons personnelles ou professionnelles**

La clause de conscience désigne le **droit**, pour un professionnel de santé, de **ne pas pratiquer ou concourir à un acte** qui, bien qu'autorisé, **heurte ses convictions ou ses valeurs ou apparaît excéder ses compétences**.

La loi consacre une **clause de conscience générale**, qui prévoit la possibilité pour tout professionnel de santé d'opérer « *un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins* »<sup>1</sup>. Des dispositions similaires figurent dans le code de déontologie médicale, de niveau réglementaire, qui dispose en son article 47 qu'« *un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles* »<sup>2</sup>, ainsi que dans les codes de déontologie applicables à diverses professions de santé, comme les chirurgiens-dentistes<sup>3</sup>, les sages-femmes<sup>4</sup>, les masseurs-kinésithérapeutes<sup>5</sup> ou les infirmiers<sup>6</sup>.

## **2. La clause de conscience trouve des sources dans la liberté de conscience, mais doit être conciliée avec d'autres exigences constitutionnelles ou conventionnelles**

Cette clause de conscience trouve des **sources constitutionnelles** : selon le Conseil constitutionnel<sup>7</sup>, elle est **corollaire de la liberté de conscience** proclamée à l'article 10 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen du 27 août 1789, aux termes duquel « *nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi* ».

La liberté de conscience doit toutefois être **mise en balance avec d'autres principes** de valeur constitutionnelle ou garantis conventionnellement.

Il en va ainsi du **principe d'égalité devant la loi**<sup>8</sup> et devant le service public<sup>9</sup> et du **droit à la protection de la santé**<sup>10</sup>, pour ce qui concerne les principes de valeur constitutionnelle.

Pour ce qui est des principes conventionnels, la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) met **en regard de l'exercice effectif de leur liberté de conscience par les médecins**<sup>11</sup> la possibilité « *pour les patients d'accéder aux services auxquels ils ont droit* »<sup>12</sup>. Dans une résolution de 2010, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a également souligné la nécessité « *d'établir un équilibre entre l'objection de conscience d'un individu qui refuse d'accomplir un acte médical donné d'une part, et la responsabilité professionnelle*

---

<sup>1</sup> Article L. 1110-3 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Article R. 4127-47 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Article R. 4127-232 du code de la santé publique.

<sup>4</sup> Article R. 4137-328 du code de la santé publique.

<sup>5</sup> Article R. 4321-92 du code de la santé publique.

<sup>6</sup> Article R. 4312-12 du code de la santé publique.

<sup>7</sup> Décision n° 2013-353 QPC du 18 octobre 2013, M. Franck M. et autres.

<sup>8</sup> Article 6 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen du 26 août 1789.

<sup>9</sup> Décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 sur la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

<sup>10</sup> Onzième alinéa du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

<sup>11</sup> Garantie par l'article 9 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CESDH).

<sup>12</sup> CEDH, R. R. c. Pologne, n° 27 617/04, 26 mai 2011.

*et le droit de chaque patient à recevoir un traitement légal dans un délai approprié, d'autre part ».*

### **3. La loi assortit l'exercice de la clause de conscience de réserves tendant à assurer la conciliation entre la liberté de conscience et d'autres exigences constitutionnelles ou conventionnelles**

Par conséquent, **la loi assortit l'exercice de la clause de conscience générale de diverses réserves.**

D'abord, l'exercice de la clause de conscience **ne saurait conduire à un refus de soins discriminatoire.** L'article L. 1110-3 du code de la santé publique prohibe notamment **tout refus de soins sur le fondement de l'origine, du sexe, de la situation familiale,** de la situation de grossesse, de l'apparence, de la **précarité économique** ou, plus largement, du bénéfice de la complémentaire santé solidaire (C2S) ou de l'aide médicale de l'État (AME), **du handicap,** des mœurs, **des opinions politiques ou religieuses du patient.**

La loi écarte également la mobilisation de la clause de conscience dans **les cas d'urgence ou de manquement par le professionnel de santé au devoir d'humanité qui lui incombe**<sup>1</sup>. À défaut, le médecin est **passible de poursuites pénales** au titre de la non-assistance à personne en péril, un délit passible de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende, proscrit par l'article 223-6 du code pénal.

Enfin, le recours à la clause de conscience **ne saurait porter atteinte au principe de continuité des soins,** celle-ci devant « être assurée quelles que soient les circonstances »<sup>2</sup>, sous le contrôle du conseil départemental de l'ordre. Dès lors, « lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit **indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence** »<sup>3</sup>.

Ce principe est **également applicable à d'autres professions de santé** comme les infirmiers, aux termes du code de déontologie desquels « si l'infirmier se trouve dans l'obligation d'interrompre ou décide de ne pas effectuer des soins, il doit, **sous réserve de ne pas nuire au patient,** lui en expliquer les raisons, **l'orienter vers un confrère ou une structure adaptée et transmettre les informations utiles à la poursuite des soins** »<sup>4</sup>. Les chirurgiens-dentistes<sup>5</sup>, les sages-femmes<sup>6</sup> ou encore les masseurs-kinésithérapeutes<sup>7</sup> sont déontologiquement soumis à des **obligations similaires,** quoique rédigées différemment.

---

<sup>1</sup> Article L. 1110-3 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Articles L. 1110-3 et L. 6315-1 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Article L. 6315-1 du code de la santé publique.

<sup>4</sup> Article R. 4312-12 du code de la santé publique.

<sup>5</sup> Article R. 4127-232 du code de la santé publique.

<sup>6</sup> Article R. 4137-328 du code de la santé publique.

<sup>7</sup> Article R. 4321-92 du code de la santé publique.

**B. Le législateur a jugé nécessaire d'introduire des clauses de conscience spécifiques pour les actes médicaux ne revêtant pas stricto sensu le caractère de soins**

En sus de la clause de conscience générale, le législateur a consacré **trois clauses de conscience spécifiques**, relatives à des actes exercés par des professionnels de santé mais **ne revêtant pas stricto sensu le caractère de soins**.

**1. La clause de conscience spécifique relative à l'interruption volontaire de grossesse**

Le cas le plus emblématique, et le plus ancien, est celui de **l'interruption volontaire de grossesse (IVG)**.

Dès la loi Veil<sup>1</sup>, le législateur avait souhaité préciser qu'un médecin n'était « *jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci* », et qu'il n'était fait obligation à « *aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical [...] de concourir à une interruption de grossesse* », sous réserve, pour l'ensemble de ces professionnels de santé, d' « *informer, dès la première visite, l'intéressée de son refus* ».

**L'article L. 2212-8 du code de la santé publique reprend en substance ces dispositions**, mais les obligations du médecin et de la sage-femme refusant de réaliser une IVG sont désormais élargies<sup>2</sup> en ce qu'il leur revient désormais de **communiquer à la demandeuse le nom de professionnels susceptibles de réaliser cette intervention**. La clause de conscience spécifique à l'IVG est également **rappelée dans les codes de déontologie** des médecins<sup>3</sup> et des sages-femmes<sup>4</sup>.

L'originalité de la clause de conscience spécifique à l'IVG est qu'elle comporte la **notion de clause de conscience collective**.

Selon des dispositions adoptées lors de la loi Veil précitée **et toujours en vigueur** à l'article L. 2212-8 du code de la santé publique, il est **loisible à un établissement hospitalier privé de refuser que des IVG soient pratiquées dans ses locaux**. Une exception est prévue concernant les établissements privés **habilités à assurer le service public** hospitalier, qui ne peuvent faire valoir de clause de conscience collective que dans la mesure où d'autres établissements « *sont en mesure de répondre aux besoins locaux* ».

**Un second aspect collectif** de la clause de conscience spécifique à l'IVG a **disparu du droit en vigueur** avec la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception<sup>5</sup>. La loi prévoyait,

---

<sup>1</sup> Article 4 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.

<sup>2</sup> En vertu de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

<sup>3</sup> Article R. 4127-18 du code de la santé publique.

<sup>4</sup> Article R. 4127-324 du code de la santé publique.

<sup>5</sup> Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

jusqu'alors, qu'**un chef de service d'un établissement public de santé puisse refuser, au nom de son service, la pratique d'interruptions volontaires de grossesse**, charge alors à l'établissement de créer une unité dotée des moyens permettant la pratique des IVG. Appelé à se prononcer sur la constitutionnalité de la suppression de cette clause de conscience collective sur décision du chef de service, le Conseil constitutionnel a jugé que ces dispositions ne portaient atteinte « *à aucun principe ni à aucune règle de valeur constitutionnelle* », dès lors que le chef de service conservait le droit de ne pas réaliser lui-même des IVG. Le Conseil constitutionnel a en effet estimé qu'était « *ainsi sauvegardée sa liberté, laquelle relève de sa conscience personnelle et ne saurait s'exercer aux dépens de celle des autres médecins et membres du personnel hospitalier qui travaillent dans son service* »<sup>1</sup>.

Il est à noter que des députés ont, au cours de l'examen de la loi de modernisation de notre système de santé<sup>2</sup>, souhaité **supprimer la clause de conscience spécifique à l'IVG** par des amendements. Ceux-ci, qui avaient recueilli l'opposition du Conseil national de l'ordre des médecins et avaient reçu des avis défavorables de la commission et du Gouvernement, n'ont pas été adoptés. **Le débat juridique ne s'est pour autant pas éteint** avec le rejet de ces amendements : en juillet 2025, le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) s'est prononcé **pour la suppression de la clause de conscience spécifique**<sup>3</sup>, qu'il juge « *stigmatisante et juridiquement redondante* ».

## **2. La clause de conscience spécifique à la recherche sur les embryons humains et les cellules souches embryonnaires**

L'article L. 2151-10 du code de la santé publique prévoit une clause de conscience spécifique selon laquelle « *aucun chercheur, aucun ingénieur, technicien ou auxiliaire de recherche quel qu'il soit, aucun médecin ou auxiliaire médical n'est tenu de participer à quelque titre que ce soit aux recherches sur des embryons humains ou sur des cellules souches embryonnaires* ».

## **3. La clause de conscience spécifique aux opérations de stérilisation**

La loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a ouvert la possibilité, pour le médecin, de **pratiquer une ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive** à la demande du patient.

Elle a assorti cette possibilité d'une clause de conscience spécifique, prévoyant qu'« *un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais [qu']il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation* »<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 sur la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

<sup>2</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>3</sup> <https://cngof.fr/clause-de-conscience-specifique-ivg/>

<sup>4</sup> Article L. 2123-1 du code de la santé publique.

*C. Une clause de conscience est systématiquement prévue dans les législations autorisant l'euthanasie ou le suicide assisté*

À la connaissance des rapporteurs, l'introduction d'une aide à mourir dans une législation **a toujours été assortie d'une clause de conscience** pour les professionnels susceptibles d'y concourir.

Cette obligation est **systématiquement associée à celle d'en informer le patient**. Certains États comme les **Pays-Bas** exigent que l'information soit communiquée au patient à un **stade précoce**, d'autres comme le Luxembourg ont préféré **opter pour un délai d'information de 24 heures**, inscrit dans la loi.

Dans certaines législations, des **obligations formelles doivent en outre être respectées** : tel est le cas de la **Belgique**, pays dans lequel le médecin faisant usage de sa clause de conscience doit **justifier son refus**, ou de l'**Espagne**, qui exige un **support écrit**.

**L'orientation du patient vers d'autres praticiens susceptibles d'accéder à sa demande n'est pas une obligation systématique**, les différentes législations ayant chacune retenu des solutions différentes :

- en **Belgique**, le médecin faisant usage de sa clause de conscience doit renvoyer, dans un délai de sept jours, **le patient vers une association spécialisée**, qui s'occupe **d'adresser le patient vers un autre médecin**, auquel est transmis le dossier médical du patient sous quatre jours ;

- au **Luxembourg**, le médecin faisant usage de sa clause de conscience est bien tenu de **communiquer le dossier du patient à un autre médecin**, mais **il revient au patient de le désigner** ;

- en **Oregon**, le transfert du dossier du patient se fait **à la demande de ce dernier et au médecin de son choix** ;

- aux **Pays-Bas**, l'orientation vers un autre praticien n'est qu'une **possibilité pour le médecin** faisant usage de sa clause de conscience.

*D. Le droit proposé: l'introduction d'une clause de conscience spécifique pour l'aide à mourir, laquelle ne concerne cependant ni les pharmaciens, ni les professionnels ne répondant pas à la qualification de professionnels de santé*

L'article 14 reprend les dispositions de l'article 16 du projet de loi sur la fin de vie, tel que modifié par les travaux de la commission spéciale avant l'interruption de son examen consécutivement à la dissolution de l'Assemblée nationale.

Il se propose de créer une **sous-section 4 intitulée « Clause de conscience »** dans la section du code de la santé publique relative à l'aide à mourir, que l'article 2 se propose d'instituer.

Cette sous-section **ne contiendrait qu'un article L. 1111-12-12**, visant à **mettre en œuvre une clause de conscience spécifique à l'aide à mourir**.

En son I, ledit article L. 1111-12-12 prévoit que **les professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la demande d'aide à mourir**, dans l'évaluation de l'éligibilité du patient et dans la prescription de la substance létale **puissent ne pas concourir à la procédure d'aide à mourir**. La **mobilisation de la clause de conscience** est toutefois assortie, pour le professionnel, **du devoir d'informer sans délai le demandeur** de son refus et de lui **communiquer le nom de professionnels de santé disposés à participer à la mise en œuvre de l'aide à mourir**.

La formulation retenue apparaît **très proche** de celle en vigueur pour la **clause de conscience individuelle spécifique applicable à l'IVG**.

Toutefois, contrairement à ce qui prévaut pour l'IVG, la clause de conscience spécifique à l'aide à mourir **ne présente pas de caractère collectif, mais bien un caractère strictement individuel (II)**. La rédaction proposée pour l'article L. 1111-12-12 nouveau prévoit en effet que le responsable de l'établissement de santé ou de l'établissement ou service médico-social dans lequel le demandeur est admis ou hébergé est tenu de **permettre l'intervention des professionnels de santé** impliqués dans la demande d'aide à mourir et dans la procédure d'évaluation de l'éligibilité du patient, **ainsi que l'accès aux locaux du professionnel de santé** accompagnant le patient dans l'administration de la substance létale et **des proches que le patient a choisi** d'avoir auprès de lui pendant l'administration de la substance létale.

Enfin, en son III, l'article L. 1111-12-12 prévoit que les **professionnels de santé disposés à participer** à la procédure d'aide à mourir se déclarent auprès de la **commission de contrôle et d'évaluation** définie à l'article 15 de la proposition de loi.

## II - Les principales modifications adoptées

### A. En première lecture à l'Assemblée nationale

#### 1. Au stade de la commission

La commission des affaires sociales a adopté un amendement de M. Clouet et ses collègues du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire, visant à prévoir que le professionnel de santé faisant usage de sa clause de conscience en **informe, le cas échéant, le professionnel le sollicitant et lui communique le nom de professionnels de santé disposés à participer à la procédure collégiale**.

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a également adopté **trois amendements rédactionnels** de son rapporteur M. Delautrette.

#### 2. Au stade de la séance publique

L'Assemblée nationale a adopté **deux amendements rédactionnels** du rapporteur M. Delautrette.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié**

## **B. En première lecture au Sénat**

### **1. Au stade de la commission**

La commission a **soutenu le principe d'une clause de conscience spécifique** à l'assistance médicale à mourir mais a **regretté l'étroitesse du champ retenu** pour son application. Elle a donc étendu le bénéfice de cette clause de conscience à **l'ensemble des professionnels participant de manière suffisamment directe à la procédure.**

La commission a ainsi estimé **indispensable d'ouvrir aux pharmaciens le bénéfice de la clause de conscience** spécifique pour l'assistance médicale à mourir. Elle a, à cet effet, adopté un amendement de ses rapporteurs et des amendements identiques de Mme Demas (Les Républicains) et plusieurs de ses collègues et de Mme Bourcier (Les Indépendants - République et Territoires) et plusieurs de ses collègues.

Souhaitant offrir aux **professionnels ne revêtant pas la qualité de professionnels de santé les mêmes garanties** que celles accordées aux professionnels de santé jouant un rôle analogue dans la procédure, la commission a adopté, sur proposition de ses rapporteurs, un amendement pour **étendre la clause de conscience aux psychologues et personnels des établissements et services médico-sociaux** amenés à participer à la procédure collégiale, ainsi qu'un amendement identique de Mme Muller-Bronn et M. Houpert (Les Républicains).

La commission a également **renforcé la portée symbolique** de la clause de conscience spécifique en prévoyant, comme c'est le cas pour l'IVG, que les professionnels habilités à s'en prévaloir **ne soient « jamais » tenus de participer** à quelque titre que ce soit à une procédure d'assistance médicale à mourir.

Enfin, la commission a adopté un **amendement de précision** de ses rapporteurs quant au champ des établissements tenus de permettre la mise en œuvre, en leurs murs, d'une procédure d'assistance médicale à mourir.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

### **2. Au stade de la séance publique**

**Le Sénat a rejeté la proposition de loi en première lecture.**

## **C. En deuxième lecture à l'Assemblée nationale**

### **1. Au stade de la commission**

En deuxième lecture, la commission a adopté **deux amendements rédactionnels** de ses rapporteurs.

### **2. Au stade de la séance publique**

**L'Assemblée nationale a adopté l'article 14 dans la rédaction issue des travaux de sa commission des affaires sociales.**

**En deuxième lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

### **III - La position de la commission**

**La commission ne revient pas sur son attachement à la mise en œuvre d'une clause de conscience spécifique à l'assistance médicale à mourir**, et renvoie le lecteur aux observations qu'elle avait formulées à ce sujet lors de l'examen en première lecture.

La commission maintient son souhait de **renforcer la portée symbolique de la clause de conscience**, en prévoyant que les professionnels de santé ne soient « *jamais* » tenus de participer à l'assistance médicale à mourir, une rédaction calquée sur celle de la clause de conscience spécifique à l'IVG. Elle a adopté, en ce sens, l'amendement COM-109 de ses rapporteurs.

La commission **déplore que l'Assemblée nationale n'ait pas tenu compte de ses remarques quant à l'étroitesse du champ retenu pour l'exercice de la clause de conscience spécifique à l'aide à mourir**. Celui-ci **exclut toujours à la fois les pharmaciens et les professionnels ne revêtant pas la qualification de professionnels de santé**. Il apparaît à ce titre **excessivement restrictif** compte tenu du rôle confié à ces professionnels dans la procédure.

En ce qui concerne les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie, **la commission a pris bonne note de l'avis du Conseil d'État** sur le projet de loi initialement déposé, lequel fait valoir que les missions dévolues aux pharmaciens « *ne concourent pas de manière suffisamment directe à l'aide à mourir pour risquer de porter atteinte à la liberté de conscience des pharmaciens et des personnes qui travaillent auprès d'eux* ».

La commission relève toutefois, d'une part, que, si le Conseil d'État estime que l'absence de clause de conscience pour les pharmaciens n'est pas susceptible d'entacher le texte d'une violation de la liberté de conscience, **celui-ci n'indique pas, a contrario, qu'une quelconque norme de niveau constitutionnel ou conventionnel fasse obstacle à l'instauration d'une telle clause**.

Elle émet, d'autre part, **les plus vives réserves par rapport à l'interprétation du Conseil d'État**, qui semble considérer comme de **simples exécutants de décisions médicales les pharmaciens** qui, faut-il le rappeler, sont des **professionnels de santé**. Cette vision a « *très largement heurté les pharmaciens hospitaliers* », selon le Syndicat national des pharmaciens des établissements publics de santé (Synprefh).

**La préparation et la délivrance d'une substance magistrale létale n'ont pourtant rien d'actes purement techniques**: elles engagent au contraire la **responsabilité éthique et professionnelle des pharmaciens**, qui se trouveraient directement impliqués dans une procédure qui poursuit la

finalité explicite d'abrèger la vie du patient. L'interprétation selon laquelle la préparation de la substance létale utilisée à cette fin contribue de manière trop indirecte à la procédure pour justifier l'instauration d'une clause de conscience apparaît donc **parfaitement erronée aux yeux de la commission**.

La commission estime qu'il n'est pas concevable de contraindre des professionnels de santé, qui plus est déjà en activité aujourd'hui sans que ne leur incombe jamais une quelconque obligation similaire, à réaliser une préparation dont ils savent pertinemment qu'elle sera utilisée pour abrèger la vie d'un patient. Elle considère qu'il s'agirait là d'une **atteinte à leur liberté de conscience manifestement disproportionnée au regard des objectifs poursuivis** et des risques encourus pour l'effectivité du dispositif.

La commission rappelle en outre que **plus de 81 % des pharmaciens hospitaliers** réclament que leur soit ouvert le bénéfice de la clause de conscience, selon un sondage mené par le Synprefh. Ouvrir à ces pharmaciens la clause de conscience répond donc à une **demande quasi-unanime de la profession**.

Se refuser à le faire est d'autant moins explicable que les risques qu'ouvrir le bénéfice de la clause de conscience aux pharmaciens fait peser sur l'applicabilité de l'assistance médicale à mourir sont limités. La commission appelle, à ce titre, à la **confiance envers les professionnels de santé** : selon des données fournies par le Synprefh, seuls **19 % des pharmaciens hospitaliers se déclarent susceptibles de mobiliser cette clause de conscience**. Rien ne laisse donc présager qu'ouvrir le bénéfice de la clause de conscience aux pharmaciens puisse conduire à un **blocage de la procédure**, faute de professionnels disposés à y participer.

Les pharmaciens mobilisant leur clause de conscience seraient, du reste, **soumis aux mêmes obligations que les autres professionnels de santé dans la même situation** : il leur reviendrait, sans délai, d'informer de leur refus les médecins les sollicitant et de leur **communiquer le nom de pharmaciens disposés à participer à la procédure**.

Par conséquent, la commission maintient qu'il est **nécessaire d'ouvrir aux pharmaciens le bénéfice de la clause de conscience** spécifique pour l'assistance médicale à mourir, comme l'ont déjà fait avant nous certains pays comme le Canada. Elle a, à cet effet, adopté l'amendement COM-107 de ses rapporteurs et l'amendement identique n° 33 *rect. bis* de M. Chasseing.

La commission ne peut, en outre, que regretter que l'Assemblée nationale n'ait pas inclus dans le champ de la clause de conscience les **professionnels** susceptibles de participer à la procédure collégiale **sans revêtir la qualification de professionnels de santé**.

Pourtant, aux termes de l'article 6 de la proposition de loi, des professionnels travaillant dans des **établissements ou services hébergeant des personnes âgées ou handicapées** ou des **psychologues** qui interviennent dans le

traitement de la personne sont susceptibles d'être **conviés par le médecin sollicité à la réunion du collège pluriprofessionnel.**

Ces professionnels joueront, au sein de ce collège, le même rôle que leurs collègues professionnels de santé invités, lesquels bénéficient, en application du présent article, de la clause de conscience spécifique. **Ils seront amenés à se prononcer sur l'éligibilité du patient à l'assistance médicale à mourir, au même titre que leurs collègues professionnels de santé.**

**Il convient donc d'accorder aux professionnels ne revêtant pas la qualification de professionnels de santé les mêmes garanties que celles accordées aux professionnels de santé** afin de préserver leur liberté de conscience.

Le code de la santé publique a, du reste, **déjà ouvert le bénéfice de la clause de conscience à des professionnels ne revêtant pas la qualité de professionnels de santé**, mais susceptibles d'intervenir dans des procédures incompatibles avec l'exercice de leur liberté de conscience. Tel est notamment le cas des chercheurs, ingénieurs ou techniciens, qui ne sont jamais tenus de participer à quelque titre que ce soit aux recherches sur des embryons humains ou sur des cellules souches embryonnaires, comme le prévoit l'article L. 2151-10 du code de la santé publique.

La commission a donc adopté, sur proposition de ses rapporteurs, un amendement COM-108 en ce sens, comme elle l'avait fait en première lecture.

Par ailleurs, la commission a adopté un amendement COM-17 de M. Capus, introduisant une clause de conscience collective pour les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux dont le projet d'établissement est incompatible avec la mise en œuvre en leurs murs d'une assistance médicale à mourir. Il revient alors à l'agence régionale de santé territorialement compétente de désigner une structure en mesure de réaliser l'assistance médicale à mourir. L'établissement faisant usage de sa clause de conscience collective reste tenu d'assurer sans délai l'information du demandeur et son orientation vers la structure vers laquelle il est redirigé.

Enfin, la commission a adopté un amendement rédactionnel COM-110.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

## CHAPITRE V

### Contrôle et évaluation

#### *Article 15*

#### **Création d'une commission de contrôle et d'évaluation *a posteriori* de la mise en œuvre des procédures d'aide à mourir**

*Cet article vise à instituer une commission de contrôle a posteriori des procédures d'aide à mourir et, plus globalement, d'évaluation de l'application de la présente loi afin d'en établir un bilan annuel.*

*La commission a adopté cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.*

#### **I - Le dispositif proposé**

##### **A. La création d'instances de contrôle dans tous les pays ayant légalisé ou dépénalisé l'aide à mourir**

##### **1. Des instances de contrôle *a posteriori* dans tous les pays autorisant la pratique du suicide assisté ou de l'euthanasie**

Tous les pays ayant autorisé une aide à mourir, quelle que soit sa forme – suicide assisté et/ou euthanasie –, ont accompagné le dispositif d'un contrôle *a posteriori* des procédures mises en œuvre, exercé après le décès des personnes. Tel est notamment le cas des Pays-Bas, premier pays ayant légiféré sur l'euthanasie en Europe, de la Belgique, du Luxembourg, de la Suisse, du Canada ainsi que des États américains et australiens.

- Aux **Pays-Bas**, le médecin ayant pratiqué une euthanasie en avertit le médecin légiste de la commune, lequel transmet un signalement à la commission régionale de contrôle de l'euthanasie. Les commissions régionales sont chargées de la réalisation de ce contrôle dans un délai de six semaines, sur la base du rapport rédigé par le médecin ayant pratiqué l'acte légal, du compte-rendu d'un médecin indépendant, de certaines pièces du dossier médical du patient et d'une déclaration du médecin légiste. Elles vérifient en particulier le respect des critères fixés par la loi pour la mise en œuvre de la procédure d'euthanasie et peuvent solliciter des compléments d'informations auprès du médecin. En cas de doute quant à un manquement commis dans la conduite de la procédure ou de non-respect de l'une des conditions légales d'admissibilité à l'euthanasie, les commissions régionales alertent les autorités publiques compétentes qui peuvent décider d'engager des poursuites. Toutes les commissions sont composées d'un médecin, d'un juriste et d'un éthicien.

- En **Belgique**, une commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie a été créée par la loi de dépénalisation de l'euthanasie en 2002. Elle est composée de seize membres titulaires, comprenant pour moitié des docteurs en médecine ; les autres membres sont des juristes et des représentants des patients. Elle est destinataire, dans un délai de quatre jours ouvrables suivants le décès, d'un document d'enregistrement adressé par le médecin ayant pratiqué l'euthanasie. Comme aux Pays-Bas, elle vérifie le respect des conditions légales et ne dispose pas de pouvoir propre d'instruction ou de poursuite en cas de manquement identifié dans la mise en œuvre d'une euthanasie.

S'agissant de la matérialité du contrôle exercé, la commission rappelle dans son dernier rapport qu'elle peut « *approuver dans sa globalité une euthanasie pratiquée malgré certaines lacunes de forme* » et qu'« *elle agit comme tampon entre les médecins et le pouvoir judiciaire* »<sup>1</sup>. Chacun de ses rapports indique par ailleurs que « *La Commission n'a pas la possibilité d'évaluer la proportion du nombre d'euthanasies déclarées par rapport au nombre d'euthanasies réellement pratiquées.* »

Tant les modalités de fonctionnement que la composition de cette commission fédérale ont été critiquées. Elles ont d'ailleurs donné lieu à une condamnation de la Belgique par la Cour européenne des droits de l'homme en 2022 (cf. *infra*).

- En **Suisse**, le décès par suicide assisté étant assimilé à une mort violente, l'accompagnateur de la personne présent au moment de l'ingérence de la substance létale doit, à l'issue de la procédure, avertir la police. Les personnes présentes sur place sont interrogées et un médecin légiste examine le corps pour vérifier que l'assistance au suicide a été menée selon les recommandations et bonnes pratiques définies par l'Académie des sciences médicales. Toutefois, en l'absence de cadre légal régissant strictement ces critères, ceux-ci ne revêtent pas un caractère pleinement contraignant.

- Enfin, au **Canada**, l'accompagnement d'une personne dans une procédure d'aide à mourir doit donner lieu à l'envoi d'un rapport par le professionnel de santé dans un délai de 30 jours suivant le décès. Il n'existe pas, au niveau fédéral, de commission de contrôle mais seulement un dispositif de surveillance et de collecte des informations relatives aux procédures d'aide médicale à mourir. Ce dispositif d'évaluation a été globalement renforcé, en 2023<sup>2</sup>, afin d'améliorer la transparence des données disponibles concernant l'application de l'aide à mourir dans les diverses juridictions du pays.

---

<sup>1</sup> Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, *Onzième rapport aux chambres législatives (années 2022-2023)*.

<sup>2</sup> Règlement modifiant le règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir : DORS /2022-222.

Chaque juridiction étant compétente pour organiser le contrôle des procédures d'aide à mourir mises en œuvre sur son territoire, le Québec a institué une commission sur les soins de fin de vie qui examine toute question relative aux soins de fin de vie et veille au respect des exigences légales relatives à l'aide médicale à mourir. Cette commission examine chaque déclaration d'aide médicale à mourir dans un délai maximal de deux mois suivant sa réception. Elle dresse un bilan annuel de l'application de la loi.

Dans son rapport d'activités annuel du 1<sup>er</sup> avril 2022 au 31 mars 2023, la commission sur les soins de fin de vie du Québec indique que sur la base des renseignements qui lui ont été transmis, elle conclut qu'au moins « *l'une des exigences relatives à l'administration de l'[aide médicale d'État] édictée par la [loi concernant les soins de fin de vie] n'avait pas été respectée dans 0,5 % des cas pour lesquels une décision a été rendue* »<sup>1</sup>.

#### Liste des motifs de non-respect de l'une des exigences de la loi sur les soins de fin de vie au Québec (2022-2023)

Motif de non-respect	Nombre d'AMM
Critères relatifs aux conditions d'admissibilité à l'AMM	20
La personne n'était pas atteinte d'une maladie grave et incurable	19
Le médecin qui a administré l'AMM n'a pas obtenu l'avis d'un second médecin pour confirmer le respect des conditions prévues à l'article 26	1
Critères relatifs aux vérifications préalables par le médecin	3
La demande d'AMM a été contresignée par une personne qui n'était pas un professionnel de la santé ou des services sociaux	1
La personne qui a obtenu l'AMM n'était pas assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie	2

Source : Commission sur les soins de fin de vie, Rapport annuel d'activités du 1<sup>er</sup> avril 2022 au 31 mars 2023

Le rapport indique notamment, au titre de l'année écoulée : « *Dans seize cas, bien que le médecin ait indiqué la présence d'une maladie grave et incurable, la Commission, après analyse détaillée, a conclu que la condition que la personne présentait ne constituait pas une maladie grave et incurable. [...] Dans trois cas, la personne était atteinte d'un handicap* ». Or les personnes avec un handicap, mais sans maladie grave et incurable ne sont donc pas admissibles à l'aide médicale à mourir selon la loi canadienne sur les soins de fin de vie. Enfin, le dernier cas analysé concernait une situation dans laquelle « *le médecin qui a administré l'AMM n'a pas obtenu l'avis d'un second médecin pour confirmer le respect des conditions d'admissibilité à l'AMM.* »

<sup>1</sup> Commission sur les soins de fin de vie, Rapport annuel d'activités du 1<sup>er</sup> avril 2022 au 31 mars 2023.

- Au final, les systèmes de contrôle *a posteriori* sont globalement convergents, même si chaque législation possède ses spécificités propres.

Dans l'ensemble des pays s'étant dotés de ce type de contrôle, deux observations peuvent également être faites :

- d'une part, les commissions de contrôle sont confrontées à une problématique d'exhaustivité des données collectées, qui reposent sur les déclarations des professionnels de santé ; toutes constatent cette limite, directement liée au modèle du contrôle *a posteriori* seul, non combiné à un verrou *a priori* ;

- d'autre part, les évaluations conduites démontrent invariablement un volume très marginal de procédures non respectueuses des conditions légales<sup>1</sup>. Cette observation soulève évidemment des questionnements en lien avec la précédente.

En tout état de cause, le modèle du contrôle *a posteriori* ne permet pas de prévenir, avant la commission de l'acte létal, les situations dans lesquelles un manquement aux conditions matérielles ou procédurales de l'aide à mourir serait identifié.

## **2. Dans certains États, l'exercice d'un double contrôle *a priori* et *a posteriori* des procédures d'aide à mourir**

Si le modèle du contrôle *a posteriori* est majoritaire, plusieurs États ont fait le choix d'instituer un double contrôle *a priori* et *a posteriori*. Ce verrou supplémentaire vise à renforcer la protection des personnes sollicitant une aide à mourir, avant commission de l'acte létal. C'est le cas de l'Espagne, du Portugal, de l'Équateur et de la Colombie. Le Royaume-Uni s'oriente également vers un tel modèle *cf. infra*).

- Au **Portugal**, une commission de vérification et de validation doit se prononcer dans un délai de cinq jours ouvrés à compter de sa saisine, après évaluation médicale de la personne. Elle émet un avis préalable de validation qui autorise la poursuite de la procédure. En cas d'avis défavorable, la procédure est clôturée. Cette commission réunit des compétences juridiques, médicales et soignantes, ainsi qu'un spécialiste en bioéthique.

- En **Équateur** et en **Colombie**, un comité interdisciplinaire, composé notamment de médecins et de juristes, se réunit pour statuer sur l'admissibilité à l'aide à mourir de la personne. Dans les deux pays, le comité dispose d'un délai de dix jours pour statuer. Il peut, s'il le juge utile, solliciter des évaluations ou des documents complémentaires et rencontrer la personne sollicitant l'aide à mourir.

---

<sup>1</sup> Le rapport de bilan des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie aux Pays-Bas pour 2024 ne recense que six cas dans lesquels un médecin « n'avait pas respecté les critères de rigueur requis dans le cadre de l'euthanasie », tandis que le onzième rapport aux chambres législatives de la commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie belge n'en mentionne aucun.

• L'**Espagne** conjugue également un contrôle *a priori* et *a posteriori* des procédures d'aide à mourir depuis la loi organique 3/2021 du 24 mars 2021 ayant autorisé le suicide assisté et l'euthanasie<sup>1</sup>. Une commission de garantie et d'évaluation (*comisión de garantía y evaluación*) instituée dans chaque communauté autonome est ainsi chargée de :

- se prononcer sur les demandes d'aides à mourir des personnes ayant fait l'objet de deux évaluations médicales successives par deux médecins différents, concluant à leur éligibilité à la procédure ;

- statuer sur les appels formés par les personnes s'étant vues opposer un refus médical pour accéder à l'aide à mourir au regard des critères légaux ; ces décisions sont rendues dans un délai de 20 jours calendaires ;

- réaliser un rapport annuel évaluant l'application de la loi dans le ressort territorial de sa compétence.

Chaque commission compte au minimum sept membres, dont des médecins, des infirmiers et des juristes. Elles sont instituées par les gouvernements des communautés autonomes.

S'agissant de sa mission de contrôle *a priori*, la commission de garantie et d'évaluation est saisie par le médecin chargé de coordonner la mise en œuvre de la procédure, au terme de deux évaluations médicales successives. Le président de la commission dispose alors d'un délai de deux jours pour désigner deux membres – un juriste et un médecin – afin de statuer sur l'admissibilité à l'aide à mourir. Leur décision, fondée sur un rapport motivé, doit être rendue dans un délai de sept jours calendaires. Dans cet intervalle, les deux membres désignés ont la possibilité d'auditionner les médecins ayant évalué la personne, l'équipe soignante et la personne elle-même. La décision rendue au nom de la commission de garantie et d'évaluation est communiquée au médecin ayant saisi la commission<sup>2</sup>. En cas de décision défavorable, le patient peut former un recours contentieux devant la juridiction administrative.

Les présidents des commissions de chaque communauté se réunissent chaque année, à l'invitation du ministre de la santé, pour homogénéiser les conditions d'exécution de leurs missions et échanger sur les bonnes pratiques en matière d'euthanasie.

S'agissant de la mission de contrôle *a posteriori*, elle s'exerce selon des modalités similaires à celles observées dans les autres pays européens. Ainsi, dans un délai de cinq jours ouvrables après administration de la substance létale, le médecin adresse à la commission de garantie et de contrôle les documents attestant de la réalisation de la procédure d'euthanasie. La commission dispose de deux mois pour réaliser son contrôle sur la base des documents transmis, en

---

<sup>1</sup> Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la eutanasia.

<sup>2</sup> Article 10 de la ley organica 3/2021.

préservant l'anonymat de la personne. En cas de doute sur la légalité des conditions de réalisation de la procédure, la commission peut décider de lever l'anonymat.

**Au Royaume-Uni, l'examen en cours d'un projet de loi relatif à l'aide à mourir propose de créer « un commissaire à l'aide à mourir »**

Au Royaume-Uni, le projet de loi sur les personnes en fin de vie adopté le 20 juin 2025 par la Chambre des communes prévoit, dans l'hypothèse de son adoption par la Chambre des lords, qu'un commissaire à l'aide médicale à mourir serait nommé par le Premier ministre pour une durée maximale de 5 ans, renouvelable une seule fois. Celui-ci devrait avoir occupé un poste de juge dans une haute juridiction (cour suprême, haute cour) ou une juridiction d'appel et exercerait les missions suivantes :

- réceptionner les documents établissant l'éligibilité à l'aide à mourir des patients qui en font la demande, comprenant notamment les évaluations médicales de ces personnes ;

- proposer la désignation de personnalités siégeant dans les comités d'examen de l'aide médicale à mourir, chargés de se prononcer sur les demandes individuelles ;

- renvoyer aux comités d'examen de l'aide médicale à mourir les dossiers présentant l'ensemble des documents de preuve attendus ;

- statuer sur les appels formés à l'encontre des décisions défavorables des comités d'examen de l'aide médicale à mourir et, le cas échéant, leur renvoyer les situations individuelles litigieuses ;

- suivre et évaluer l'application de la loi relative à l'aide médicale à mourir et établir un rapport chaque année.

Chaque comité d'examen de l'aide médicale à mourir comprend un juriste, un médecin psychiatre et une personne exerçant dans les services sociaux ou de santé. Leurs membres sont nommés pour une durée de cinq années, renouvelable une fois, à l'instar du commissaire à l'aide médicale à mourir.

Les comités examinent les dossiers des personnes que leur envoie le commissaire, si les deux évaluations médicales successives exigées par la loi ont conclu à l'éligibilité de la personne à l'aide à mourir. Les comités s'assurent notamment que la personne a fait sa déclaration de demande d'aide à mourir volontairement, sans pression extérieure. À cette fin, ils peuvent interroger les médecins ayant procédé aux évaluations médicales, la personne elle-même, son mandataire le cas échéant, ou toute autre personne. Ils se prononcent sur l'admissibilité de la personne à l'aide à mourir au regard de l'ensemble de ces éléments et des documents précités, que leur communique le commissaire à l'aide médicale à mourir.

Les décisions rendues par les comités d'examen de l'aide à mourir peuvent faire l'objet d'un appel pour certains motifs. Dans ce cas, le commissaire renvoie le dossier de la personne à un autre comité d'examen de l'aide médicale à mourir pour qu'il se prononce sur la demande.

### **B. Un contrôle a posteriori exercé par une commission placée auprès du ministre chargé de la santé**

Le premier alinéa de l'article propose de codifier, au sein du CSP, la création d'une commission de contrôle et d'évaluation des procédures d'aide à mourir dans une sous-section 5 « Contrôle et évaluation » de la nouvelle section 2 *bis* (cf. commentaires précédents). Cette sous-section 5 serait constituée d'un unique article L. 1111-12-13.

Sont successivement analysés les missions, les moyens et les règles de composition et de fonctionnement de cette instance placée auprès du ministre chargé de la santé.

#### **1. Une pluralité de missions**

• Le I du nouvel article L. 1111-12-13 fixe l'existence d'une commission de contrôle et d'évaluation placée auprès du ministre chargé de la santé ainsi que les missions qu'elle est chargée d'assurer :

- le contrôle *a posteriori* des conditions de mise en œuvre de chacune des procédures d'aide à mourir mises en œuvre sur le territoire national ;

- une évaluation plus générale de l'application de la loi reconnaissant la possibilité de recourir à une aide à mourir, sur la base de données agrégées et anonymisées ; cette évaluation donne lieu à une information annuelle du Parlement et, le cas échéant, à la formulation de recommandations ;

- l'enregistrement dans un registre dédié, accessible aux seuls médecins, des déclarations des professionnels de santé volontaires pour participer à la mise en œuvre d'une procédure d'aide à mourir.

• La mission de **contrôle**, qui vise à s'assurer du respect des dispositions fixées par la loi, s'étendrait aux conditions d'accès à l'aide à mourir ainsi qu'à la procédure mise en œuvre, soit aux dispositions des articles 2 à 13 de la présente proposition de loi.

Ce contrôle est censé être exhaustif puisqu'il devrait concerner « *chaque procédure d'aide à mourir* », c'est-à-dire toutes les procédures susceptibles d'être mises en œuvre sur le territoire national, quel que soit leur nombre.

Le format de ce contrôle est globalement **conforme à celui qui prévaut dans la majorité des pays ayant légiféré sur le suicide assisté et/ou l'euthanasie**.

Si la Cour européenne des droits de l'homme admet qu'un contrôle *a posteriori* seul puisse satisfaire aux exigences de l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des libertés et des droits de l'homme (CESDH), c'est-à-dire la protection du droit à la vie, les garanties présentées par les conditions d'exercice de ce contrôle sont alors appréciées de façon « *particulièrement rigoureuse* »<sup>1</sup> (cf. *infra*).

---

<sup>1</sup> CEDH, *Mortier c. Belgique*, n° 78017/17, 4 octobre 2022.

- La mission d'**évaluation** vise à établir chaque année un bilan quantitatif et qualitatif consolidé. L'information faite au Parlement consisterait vraisemblablement en un rapport, support à d'éventuelles recommandations formulées par la commission de contrôle et d'évaluation pour améliorer les conditions de mise en œuvre de la loi.

- Quant à l'**enregistrement des déclarations** des professionnels de santé acceptant de participer à des procédures d'aide à mourir, l'accessibilité de ce registre serait réservée aux seuls médecins afin de les protéger de toute pression extérieure dans l'exercice de leur profession et de faciliter l'orientation des personnes désireuses d'accéder à une aide à mourir vers des professionnels s'étant déclarés sur le registre dédié.

## 2. Des moyens au service du contrôle et de l'évaluation

- **Pour l'exécution de ses missions, il est prévu que la commission de contrôle et d'évaluation puisse s'appuyer sur les outils suivants :**

- un système d'information dédié à l'enregistrement des actes pratiqués dans le cadre des procédures d'aide à mourir ;
- un registre de déclarations des professionnels de santé volontaires ;
- une possibilité d'accès au dossier médical de la personne décédée à l'issue d'une procédure d'aide à mourir.

Aux termes du I, **la création d'un système d'information est nécessaire à l'exécution de la double mission de contrôle *a posteriori* et d'évaluation** de l'application de la loi, chacune reposant sur l'existence d'un traitement de données à caractère personnel *ad hoc*, tel que mentionné au nouvel article L. 1111-12-9<sup>1</sup>. Ainsi que le relevait le Conseil d'État, « *Ce traitement de données, dont la responsabilité est confiée à une commission de contrôle et d'évaluation des procédures d'aide à mourir, a pour finalité d'assurer le suivi des procédures d'aide à mourir et le contrôle a posteriori de chacune d'entre elles, tant sur les conditions de fond que sur la procédure à suivre, ainsi que l'évaluation annuelle de la mise en œuvre de la loi* »<sup>2</sup>.

En conséquence, au II, **la responsabilité de la gestion et de l'exploitation de ce système d'information est confiée à la commission de contrôle et d'évaluation**, « *aux seules fins d'assurer le suivi, le contrôle et l'évaluation des dispositions* » prévues à la section 2 *bis* relative au droit à l'aide à mourir. En cohérence, ce même alinéa organise une dérogation à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, qui réserve le partage d'informations couvertes par le secret médical aux seuls professionnels de santé appartenant à une même équipe de soins. Les membres de la commission de contrôle et d'évaluation bénéficieraient donc de cette dérogation pour l'exécution de leurs missions.

---

<sup>1</sup> Article qui serait créé par l'article 11 de la présente proposition de loi.

<sup>2</sup> Conseil d'État, n° 408204, Avis sur un projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, 4 avril 2024.

Le III prévoit la même dérogation à l'article L. 1110-4, pour ouvrir la possibilité aux médecins membres de la commission de consulter directement les dossiers médicaux des personnes ayant accédé à une aide à mourir, « *dans la mesure strictement nécessaire à leur mission* ».

### **Une dérogation aux conditions d'exploitation des données individuelles couvertes par le secret médical**

L'article L. 1110-4 du code de la santé publique fixe l'obligation de secret médical incombant à tout professionnel de santé, du secteur médico-social ou social, et à toute structure de soins ou de prise en charge dans l'un de ces secteurs. Il dispose ainsi, dans son premier alinéa, que :

*« I.- Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. »*

Ces informations, couvertes par le secret médical, peuvent être partagées par des professionnels appartenant à une même équipe de soins. Néanmoins, le patient peut à tout moment s'opposer au partage et à l'échange d'informations le concernant. En outre, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, de telles informations peuvent être partagées avec la famille, les proches ou la personne de confiance, sauf opposition de la personne.

Seuls des professionnels du soin agissant auprès du patient sont donc habilités à échanger et à recevoir des informations couvertes par le secret médical. En conséquence, autoriser des tiers non professionnels de santé à accéder aux informations relatives à la mise en œuvre d'une aide à mourir conduit à déroger à ces dispositions. Le Conseil d'État en conclut la nécessité de recourir au vecteur législatif<sup>1</sup>.

Pour la mise en œuvre de ces dispositions, l'avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) devrait être sollicité, conformément à l'article 8 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, sur deux projets de décrets en Conseil d'État portant respectivement sur :

- les conditions d'accès des professionnels de santé aux déclarations des membres de leurs professions disposés à participer à la mise en œuvre des procédures d'aide à mourir (alinéa 7) ;

- les modalités de traitement et de partage des données enregistrées dans le système d'information mentionné à l'article L. 1111-12-9 (alinéa 10), dont la responsabilité est confiée à la commission de contrôle et d'évaluation.

<sup>1</sup> Conseil d'État, n° 408204, Avis sur un projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, 4 avril 2024.

Les conditions d'extraction et d'anonymisation de ces données ne sont en effet pas définies.

• **En cas de présomption d'un manquement aux conditions légales régissant la procédure d'aide à mourir, la commission ne dispose pas de moyens propres pour agir.** Dans cette situation, elle doit s'en référer à d'autres autorités pour l'engagement éventuel de poursuites.

En l'espèce, le huitième alinéa du I prévoit qu'en cas de suspicion de manquement par les professionnels de santé aux règles déontologiques ou professionnelles régissant leur exercice, la commission peut saisir la chambre disciplinaire de l'ordre compétent.

S'agissant des médecins, il ressort de l'article L. 4123-2 du code de la santé publique que toute plainte doit être déposée devant le conseil départemental de l'ordre en vue d'une conciliation. La plainte est transmise par le conseil départemental de l'ordre des médecins à la chambre disciplinaire de première instance, placée auprès du conseil régional de l'ordre, en cas d'échec de la conciliation. Les mêmes dispositions sont applicables aux infirmiers, en vertu du III de l'article L. 4312-3 du même code. Les présidents des conseils départementaux des ordres des médecins et ceux des conseils départementaux ou interdépartementaux des ordres des infirmiers peuvent par ailleurs ester en justice et, devant les juridictions, exercer tous les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de leur profession<sup>1</sup>.

### **3. La détermination des règles de composition et de fonctionnement renvoyée à un décret en Conseil d'État**

Le IV se borne à renvoyer à un décret en Conseil d'État le soin de fixer les règles relatives à la composition et au fonctionnement de la commission de contrôle et d'évaluation, ainsi que celles portant sur les modalités d'examen des dossiers des personnes ayant accédé à une aide à mourir.

L'importante marge d'appréciation confiée au pouvoir réglementaire sur ces aspects contraste avec la précision des droits étrangers sur ces mêmes règles. Seules deux exigences sont mentionnées par le présent alinéa :

- que les règles fixées par le pouvoir réglementaire soient de nature à garantir l'indépendance et l'impartialité de la commission ;
- que deux médecins au moins siègent au sein de la commission.

Aucune autre condition n'est ainsi prévue concernant l'éventuel caractère pluridisciplinaire de la commission, ni les compétences attendues des autres membres, notamment juridiques. Aucun nombre minimum ni maximum de membres n'est imposé, ne permettant pas préjuger, sur la base des seules dispositions législatives, la physionomie générale de cette commission chargée de contrôler la mise en œuvre des procédures d'aide à mourir.

---

<sup>1</sup> Articles L. 4123-1 et L. 4312-3 du code de la santé publique.

### **Des exigences d'indépendance et d'impartialité contrôlées par la Cour européenne des droits de l'homme**

Dans un arrêt du 4 octobre 2022, *Mortier contre Belgique* (78017/17), la Cour européenne des droits de l'homme a condamné la Belgique en raison des insuffisances de garanties procédurales présentées par la commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie belge.

La commission belge, ayant eu à se prononcer sur le cas de l'euthanasie de M. Tom Mortier, mère du requérant, avait statué en comptant parmi ses membres délibérants un médecin, en l'espèce co-président de la commission, lequel ne s'était pas récusé. Il résultait donc des modalités de sa composition un manque d'indépendance de la commission, contraire aux garanties découlant de l'article 2 de la CESDH protégeant le droit à la vie.

En outre, la durée excessive de la première enquête pénale – environ trois ans et un mois – conduite par les autorités belges suite au dépôt de plainte de M. Mortier n'a pas satisfait à l'exigence de promptitude également requise par l'article 2 de la CESDH pour identifier et punir les responsables « *lorsqu'il y a une dénonciation ou une plainte par un proche du défunt indiquant l'existence de circonstances suspectes* ».

La Cour a ainsi jugé :

« *L'obligation qui pèse sur l'État de protéger le droit à la vie implique non seulement des obligations positives matérielles, mais aussi l'obligation positive procédurale de veiller à ce que soit en place, pour les cas de décès, un système judiciaire effectif et indépendant. Ce système peut varier selon les circonstances, mais il doit permettre à bref délai d'établir les faits, de contraindre les responsables à rendre des comptes et de fournir aux victimes une réparation adéquate* » (§166)

« *La loi relative à l'euthanasie a instauré un contrôle a posteriori automatique effectué par la Commission pour chaque euthanasie pratiquée (paragraphe 52-53 ci-dessus). De l'avis de la Cour, dans la mesure où le législateur belge a choisi d'instaurer uniquement un contrôle de l'euthanasie a posteriori (paragraphe 52-55 ci-dessus), ce contrôle doit être effectué de manière particulièrement rigoureuse pour satisfaire aux obligations prévues par l'article 2 de la Convention.* » (§171)

« *S'agissant de la composition de la Commission, la Cour note que la loi relative à l'euthanasie prévoit la présence de docteurs en médecine, de professeurs de droit ainsi que de professionnels issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable (paragraphe 53 ci-dessus), ce qui constitue sans doute un gage en termes de connaissances et de pratiques multidisciplinaires. De plus, le fait que les membres de la Commission soient proposés par une assemblée législative constitue également une garantie de son indépendance, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par le requérant.* » (§174)

« *le système mis en place par le législateur belge concernant une euthanasie contrôlée sur la seule base du volet anonyme du document d'enregistrement ne répond pas aux exigences découlant de l'article 2 de la Convention. En effet, la procédure prévue [...] n'empêche pas le médecin qui a pratiqué l'euthanasie de siéger dans la Commission et de voter sur la question de savoir si ses propres actes étaient compatibles avec les exigences matérielles et procédurales du droit interne. La Cour considère que laisser à la seule discrétion du membre concerné la décision de garder le silence lorsqu'il constate qu'il était impliqué dans l'euthanasie faisant l'objet du contrôle [...] ne saurait être considéré comme suffisant pour assurer l'indépendance de la Commission.* » (§177)

Il en résulte que tout État légalisant la pratique du suicide assisté ou de l'euthanasie est tenu :

- de veiller à ce que sa législation respecte les exigences d'indépendance et d'impartialité de sa commission de contrôle, notamment pour l'exercice d'un contrôle *a posteriori* ;

- de permettre la conduite d'une enquête pénale prompte et approfondie en cas de dépôt de plainte ou de dénonciation indiquant l'existence de circonstances suspectes.

## II - Les principales modifications adoptées

### A. Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture

#### 1. En commission

Outre un amendement rédactionnel, les députés ont adopté six amendements ayant pour objet :

- d'élargir le champ de la mission de contrôle de la commission éponyme aux dispositions de la nouvelle sous-section 4, c'est-à-dire à l'exercice de la clause de conscience par les professionnels de santé et aux devoirs et obligations qui en découlent<sup>1</sup>. En effet, il résulte de ces dispositions que les professionnels ne souhaitant pas participer à une procédure d'aide à mourir doivent communiquer à la personne le nom d'autres professionnels de santé disposés à le faire, et que le responsable de l'établissement de santé accueillant une personne ayant sollicité une aide à mourir est tenu de prendre certaines dispositions pour le bon déroulement de la procédure. Le respect de ces obligations relèverait donc également de la mission de contrôle de la commission.

- de préciser que la mission de suivi et d'évaluation exercée par la commission repose sur la mise en œuvre d'« *une approche sociologique et éthique* »<sup>2</sup> ;

- de rendre accessible le registre des déclarations des professionnels volontaires à l'ensemble des professionnels de santé plutôt qu'aux seuls médecins, afin de faciliter la mise en relation entre pairs et des patients avec ces mêmes pairs<sup>3</sup> ;

---

<sup>1</sup> AS766.

<sup>2</sup> AS1184.

<sup>3</sup> AS768.

- d'assurer que la commission de contrôle et d'évaluation signale au procureur de la République les faits susceptibles de constituer un crime ou un délit<sup>1</sup>. Sur le fond, cet amendement constitue un rappel du droit en vigueur : le devoir de signalement de tels faits au procureur de la République incombe en effet d'ores et déjà à tout agent public et à « toute autorité constituée » en vertu de l'article 40 du code de procédure pénale auquel fait désormais référence l'article<sup>2</sup> ;

- d'étoffer la composition de la commission de contrôle et d'évaluation<sup>3</sup> a été substantiellement étoffé. Le IV liste désormais un minimum de membres siégeant au sein de la commission : deux médecins, un conseiller d'État, un conseiller à la Cour de cassation, deux représentants des usagers du système de santé, ainsi que deux personnalités expertes justifiant de compétences dans le domaine des sciences humaines et sociales. La liste de ces membres témoigne de la recherche d'une composition équilibrée associant des expertises variées – notamment médicales et juridiques – et élargie aux patients. Sans être nécessairement exhaustive, l'essentiel de la composition de la commission apparaît donc fixé dans cet article au terme des travaux de l'Assemblée nationale. Il reviendrait au Gouvernement, par la voie d'un décret en Conseil d'État, de déterminer les modalités selon lesquelles la composition de cette commission peut être complétée.

## **2. En séance publique**

Les députés ont modifié cet article par deux amendements rédactionnels et trois amendements identiques visant à transformer la possibilité de saisir la chambre disciplinaire ordinale compétente en une obligation de saisine, en cas de manquement commis dans la procédure d'aide à mourir<sup>4</sup>.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

### **B. Les modifications adoptées par le Sénat en première lecture**

#### **1. En commission**

**Il est apparu nécessaire aux rapporteurs de consolider les garanties d'indépendance et d'impartialité de la commission de contrôle et d'évaluation pour l'exercice de son contrôle *a posteriori*.** À cette fin, ils ont présenté plusieurs amendements, successivement examinés et adoptés à la commission.

Les rapporteurs ont ainsi proposé de fixer la durée de nomination des membres de la commission à cinq ans (COM-183). Ils ont également jugé opportun que les modalités de désignation du président de cette commission soient précisées par la loi : sur proposition du ministre de la santé, le président

---

<sup>1</sup> AS1177.

<sup>2</sup> Le Conseil d'État, dans son avis du 4 avril 2024 sur le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, considérait que la commission de contrôle et d'évaluation devrait être regardée comme une autorité constituée au sens de l'article 40 du code de procédure pénale.

<sup>3</sup> AS1185 (rect).

<sup>4</sup> Amendements n° 74, 1300 et 2598.

serait nommé après avoir été auditionné par les commission compétentes de l'Assemblée nationale et du Sénat, conformément aux modalités fixées au I de l'article L.1451-1 du code de la santé publique (COM-185). S'agissant des membres, ceux siégeant en leur qualité de médecin devraient être proposés par le conseil national de l'ordre des médecins (COM-182) ; tous les membres devraient par ailleurs attester être vierge de tout engagement associatif relatif à l'euthanasie ou au suicide assisté, dans un sens ou dans l'autre (COM-184). En outre, les rapporteurs ont préconisé que soit mentionnée la possibilité d'un contrôle approfondi sur un échantillon de dossiers, dans l'hypothèse où le nombre de cas à examiner serait trop volumineux pour que puisse être réalisé un tel contrôle en dehors des seules situations où la commission suspecterait un manquement aux conditions légales (COM-179).

La commission a adopté un amendement de précision rédactionnelle relatif aux conditions de saisine de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre compétent lorsque la commission estime que certains faits commis par les professionnels de santé dans le cadre d'une procédure d'aide à mourir sont susceptibles de constituer un manquement aux règles déontologiques ou professionnelles (COM-181).

Elle a enfin adopté un amendement sémantique substituant la notion d'assistance médicale à mourir à celle d'aide à mourir (COM-178) et un amendement rédactionnel (COM-180).

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

## **2. En séance publique**

**Le Sénat a rejeté la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale.**

### **C. Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale en deuxième lecture**

#### **1. En commission**

Les députés ont adopté un amendement rédactionnel.

#### **2. En séance publique**

Les députés ont adopté deux amendements, l'un visant à réaffirmer le rôle de la commission d'évaluation et de contrôle *a posteriori* comme gestionnaire du système d'information dédié aux procédures d'aide à mourir et garante de son bon fonctionnement<sup>1</sup>, l'autre visant à permettre l'accès au dossier médical partagé des personnes par les médecins membres de la commission<sup>2</sup>.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

---

<sup>1</sup> Amendement n° 2160.

<sup>2</sup> Amendement n° 2158.

### III - La position de la commission

Comme en première lecture, la commission s'est interrogée sur l'opportunité de recourir à un contrôle *a priori* des procédures d'aide à mourir. Cette forme de contrôle consolide en effet l'exigence de protection de la vulnérabilité des personnes en renforçant le contrôle sur la décision autorisant le recours à une procédure d'assistance médicale à mourir.

Néanmoins, le choix d'un dispositif resserré sur les seules personnes dont le pronostic vital serait engagé à court terme élimine d'emblée le risque d'une procédure criminelle. Ce choix interdit aussi la possibilité de recourir au contrôle *a priori* compte tenu du temps restant à vivre aux personnes qui seraient concernées, limité à quelques jours. Ainsi, **un dispositif d'assistance médicale à mourir strictement encadré rend à la fois inutile et inopérant le recours à un contrôle a priori.**

Si la commission souscrit à l'utilité d'un tel contrôle lorsque l'aide à mourir concerne des personnes dont le pronostic vital n'est engagé qu'à moyen ou long terme, elle a néanmoins rappelé que **la Cour européenne des droits de l'homme a admis le caractère suffisant d'un contrôle a posteriori** dans son arrêt *Mortier c. Belgique* du 4 octobre 2022<sup>1</sup>. Dans ce cas, elle exige en revanche que les garanties matérielles et procédurales caractérisant le contrôle *a posteriori* soient renforcées, précisément du fait de l'absence de contrôle préalable à l'acte d'euthanasie par une instance indépendante.

À cet égard, la commission a regretté que les nombreux amendements qu'elle avait proposée en première lecture, qui visaient notamment à renforcer l'impartialité de la commission de contrôle et d'évaluation et à préciser les modalités de son fonctionnement dans la loi, n'aient pas été repris à l'Assemblée nationale. **Si la mise en œuvre d'un contrôle a posteriori lui apparaît proportionné au format resserré de l'assistance médicale à mourir qu'elle a adopté**, la commission a de nouveau adopté, à l'initiative de ses rapporteurs, des amendements visant à :

- fixer la durée de nomination des membres de la commission de contrôle et d'évaluation à cinq ans (COM-117) ;
- préciser les modalités de désignation du président de cette commission (COM-119) ;
- ce que les membres siégeant en qualité de médecin soient proposés par le conseil national de l'ordre des médecins (COM-116) ;
- garantir l'absence d'engagement associatif des membres de la commission en faveur ou à l'encontre de l'euthanasie ou du suicide assisté (COM-118) ;
- permettre l'exercice d'un contrôle approfondi sur un échantillon de dossiers, à la discrétion de la commission (COM-113) ;

---

<sup>1</sup> CEDH, 4 octobre 2022, n°78017/17, *Mortier c. Belgique*.

- préciser les conditions de saisine de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre compétent lorsque la commission estime que des faits commis par les professionnels de santé sont susceptibles de constituer un manquement aux règles déontologiques ou professionnelles (COM-115) ;

- substituer la notion d'assistance médicale à mourir à celle d'aide à mourir (COM-112).

Elle a également adopté un amendement rédactionnel (COM-114).

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

#### *Article 16*

### **Définition des substances létales autorisées**

*L'article 16 procède à diverses modifications visant construire un cadre juridique ad hoc à la réalisation, à la délivrance, au transport, à la collecte et à la destruction de la préparation magistrale létale utilisée dans la procédure d'aide à mourir. Il introduit sa définition parmi les médicaments à usage humain et renvoie à la Haute Autorité de santé la responsabilité de définir sa composition. Il étend également la mission de l'Agence nationale de sécurité du médicament afin de lui permettre, à titre exceptionnel et sur demande du ministre chargé de la santé, d'évaluer les produits destinés à l'aide à mourir.*

*La commission a adopté cet article modifié par un amendement rédactionnel ainsi que par un amendement de coordination sémantique remplaçant la notion d'aide à mourir par celle d'assistance médicale à mourir.*

#### **I - Le dispositif proposé**

##### **A. Le droit positif encadre la fabrication et la dispensation des médicaments par les laboratoires pharmaceutiques et les pharmacies**

Le droit positif prohibe actuellement l'administration à un être humain de toute substance létale. Le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature entraîner la mort est ainsi défini par l'article 221-5 du code pénal comme un crime d'empoisonnement, sanctionné par la réclusion criminelle de trente ans, et en cas de circonstances aggravantes, par la réclusion criminelle à perpétuité.

Les dispositions du code de la santé publique qui régissent le médicament à usage humain n'en font actuellement pas état.

## **1. La notion de médicament est transposée du droit européen et déclinée en plusieurs catégories dans le code de la santé publique**

Le médicament fait l'objet de plusieurs qualifications juridiques : la directive européenne 65/65 CEE du 26 janvier 1965 le définit soit par la présentation qui est donnée (conditionnement, posologie) des substances qui le composent, soit par leur fonction curative ou préventive.

Le droit français le définit à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique par rapport à sa composition et à sa fonction comme « *toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou pouvant lui être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier ses fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.* »

Il s'agit de la plus ancienne des catégories de produits de santé. Sa définition est étroitement liée à l'activité réservée aux pharmaciens, qui en détiennent le monopole de fabrication, de contrôle, de distribution et de vente.

L'encadrement des médicaments, et plus largement, des produits de santé, est réalisé par deux opérateurs que sont :

- l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), établissement public placé sous la tutelle du ministère de la santé chargé, depuis le 1<sup>er</sup> mai 2012, de l'évaluation scientifique et technique des médicaments et des produits biologiques. Elle est notamment chargée de la délivrance d'autorisations de mise sur le marché des médicaments ;

- la Haute Autorité de santé (HAS), autorité publique indépendante à caractère scientifique, chargée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005 d'évaluer le service attendu des produits de santé et de promouvoir des bonnes pratiques et le bon usage de soins auprès des usagers du système de santé.

Les médicaments se déclinent en différentes catégories, au titre desquelles figurent :

- la **spécialité pharmaceutique**, qui est un médicament préparé à l'avance, présenté sous un conditionnement particulier et caractérisé par une dénomination spéciale<sup>1</sup>, fabriqué industriellement et exploité par les entreprises pharmaceutiques ;

- la **préparation magistrale**, qui est un médicament prescrit et formulé par le magistère qu'est le médecin. Il s'agit de « *tout médicament préparé selon une prescription médicale destinée à un malade déterminé lorsqu'il n'existe pas de spécialité pharmaceutique adaptée ou disponible [...]* »<sup>2</sup> ;

---

<sup>1</sup> Article L. 5111-2 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Article L. 5121-1 du code de la santé publique.

- la **spécialité générique**, qui est un médicament contenant les mêmes principes actifs que la spécialité de référence<sup>1</sup>.

Les préparations magistrales doivent être réalisées en conformité avec des bonnes pratiques de préparations définies par l'ANSM, à destination d'un patient déterminé, selon une prescription médicale<sup>2</sup>. Elles se distinguent ainsi des préparations hospitalières ou officinales qui sont réalisées en avance et en petites séries pour un ou plusieurs patients.

Afin d'être commercialisée, une spécialité pharmaceutique doit faire l'objet d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'ANSM pour une durée de cinq ans renouvelables à la demande d'un laboratoire pharmaceutique, après l'évaluation de son rapport risque/bénéfice. Certains médicaments destinés à traiter des maladies graves ou rares peuvent, avant leur autorisation de mise sur le marché, faire l'objet d'une **autorisation temporaire d'utilisation** pour une durée limitée. Ils peuvent être pris en charge par l'assurance maladie<sup>3</sup> au titre de :

- l'« accès précoce » qui concerne les médicaments répondant à un besoin thérapeutique non couvert, qui sont susceptibles d'être innovants et pour lesquels le laboratoire s'engage à déposer une autorisation de mise sur le marché ou une demande de remboursement de droit commun. Ces demandes sont déposées auprès de la Haute Autorité de santé ;

- l'« accès compassionnel » qui concerne les médicaments non destinés à obtenir une autorisation de mise sur le marché mais qui répondent de façon satisfaisante à un besoin thérapeutique non couvert. Ces autorisations sont octroyées par l'ANSM.

À la suite de l'affaire du Médiateur, le législateur a restreint la réalisation de préparation magistrale à la seule hypothèse de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible disposant d'une autorisation de mise sur le marché, d'une autorisation temporaire d'utilisation, d'une autorisation d'importation parallèle ou, à titre exceptionnel, dans le cas d'une rupture de stock d'un médicament, en l'absence d'autorisation d'importation délivrée à un établissement pharmaceutique.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Article L. 5121-1 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> La Cour de justice de l'Union européenne a précisé que la préparation magistrale devait être réalisée sur la base d'une prescription émanant d'un professionnel habilité à cet effet, qui concerne un malade spécialement désigné, identifié avant chaque préparation de sorte qu'elles ne puissent être réalisées d'avance (CJUE, 16 juillet 2015, n° C-544/13 et C-545/13).

<sup>3</sup> Article 78 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

<sup>4</sup> Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

## 2. La fabrication et la vente de médicaments relèvent du monopole des pharmaciens

La préparation, la vente en gros et au détail et la dispensation au public des médicaments à usage humain relèvent du monopole des pharmaciens.

Les pharmaciens peuvent exercer en pharmacie d'officine, en pharmacie à usage intérieur ou en entreprises pharmaceutiques, ces dernières étant spécialisées dans la fabrication et la distribution en gros de médicaments.

Les **pharmacies d'officine** dispensent au détail des médicaments, produits et objets mentionnés à l'article L. 4211-1 du code de la santé publique (soit les médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine, les objets de pansements et articles présentés comme conformes à la pharmacopée, les plantes médicinales, huiles essentielles, préparations pour nourrissons...), ainsi que, dans des conditions définies par décret, des médicaments expérimentaux ou auxiliaires. Elles sont également chargées de l'exécution de préparations magistrales ou officinales ainsi que du conseil pharmaceutique.<sup>1</sup>

Les **pharmacies à usage intérieur** sont hébergées par des établissements de santé, certains établissements médico-sociaux ou par les services d'incendie et de secours et ont pour mission de répondre aux besoins pharmaceutiques des personnes prises en charge par ces établissements.

Les médicaments sont également déclinés selon le lieu de leur préparation par l'une ou l'autre de ces catégories de pharmacies :

- la **préparation hospitalière** vise tout médicament, à l'exception des produits de thérapies génique ou cellulaire, qui est préparé par une pharmacie à usage intérieur ou un établissement pharmaceutique d'un établissement de santé ;

- la **préparation officinale** définit tout médicament préparé en pharmacie, inscrit à la pharmacopée ou au formulaire national et destiné à être dispensé directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie.

Les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé et des hôpitaux des armées sont autorisées à déroger au principe de l'usage intérieur des préparations qu'elles fabriquent afin de dispenser à des patients qui ne sont plus hospitalisés au sein desdits établissements, des médicaments ou des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales. Il s'agit de la pratique dite de « **rétrocession hospitalière** », codifiée à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, qui prévoit que la liste des médicaments susceptibles d'être rétrocédés, ainsi que leur prix de cession, est définie par le directeur général de l'ANSM selon des critères définis par décret.

---

<sup>1</sup> Article L. 5125-1 du code de la santé publique.

**B. L'article 16 confère un cadre juridique à la préparation magistrale létale utilisée dans le cadre de la procédure d'aide à mourir, ainsi qu'à sa préparation et à son circuit de dispensation**

Le présent texte autorise l'administration d'une substance létale dans le cadre de la procédure d'aide à mourir. L'article 16 a ainsi pour objet d'introduire un cadre juridique *ad hoc* dans le code de la santé publique.

Tout d'abord, il étend les missions de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Le I du présent article confère une nouvelle mission dévolue à la Haute Autorité de santé en insérant un 23° à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que la HAS soit désormais chargée de « définir les substances létales susceptibles d'être utilisées pour l'aide à mourir (...) et élaborer des recommandations de bonne pratique portant sur ces substances et sur les conditions de leur utilisation, en tenant compte notamment des comptes rendus [établis par le professionnel de santé, médecin ou infirmier, chargé d'administrer la substance létale.] »<sup>1</sup>

Le 4° du II complète l'article L. 5311-1 du code de la santé publique afin d'étendre les missions de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé au fait de procéder, à titre exceptionnel et sur demande du ministre chargé de la santé, à l'évaluation des produits de santé destinés à l'aide à mourir prévue à l'article L. 1111-12-1 du même code, introduit par l'article 2 du présent texte.

L'article 16 introduit ensuite au sein du code de la santé publique la substance létale parmi les substances autorisées, et intègre pour ce faire sa définition parmi les médicaments à usage humain énumérés à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique (modification apportée au 1° du II du présent article).

Cette préparation est définie par renvoi à deux dispositions du présent projet de loi, à savoir qu'elle doit être préparée d'une part, dans le respect des recommandations de la Haute Autorité de santé prévues au 23° de l'article L. 161-37 du même code, inséré par le I du présent article, et d'autre part, par l'une des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire désignées par arrêté du ministre chargé de la santé.

L'assimilation de la préparation magistrale létale à un médicament à usage humain est toutefois juridiquement contestable dans la mesure où sa finalité létale diffère de la finalité du médicament, laquelle est préventive et curative, ou vise à établir un diagnostic médical.

---

<sup>1</sup> Ces comptes rendus sont prévus à l'article 9 du présent projet de loi en ce qu'il introduit un article L. 1111-12-7 du code de la santé publique.

L'article 16 consolide ensuite le cadre juridique du circuit de préparation et de délivrance de la substance létale par les pharmacies à usage intérieur, sa transmission éventuelle à une pharmacie d'officine, et sa collecte et sa destruction une fois le produit partiellement ou non utilisé, tel que le prévoient les articles 8 et 9 du présent texte.<sup>1</sup>

Ce cadre nouvellement créé reprend au 1° du I de l'article 16 les conditions prévues à l'article L. 5132-8 du code de la santé publique, qui régit la production, la fabrication, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition et l'emploi de plantes, substances ou préparations classées comme vénéneuses. Il est prévu que les conditions de prescription et de délivrance de ces préparations soient fixées après avis des conseils nationaux de l'ordre des médecins et des pharmaciens.

La transmission à une pharmacie d'officine d'une préparation magistrale létale réalisée par une pharmacie à usage intérieur chargée de sa délivrance, telle que prévue à l'article 8 du présent projet de loi<sup>2</sup>, est assimilé à l'activité de rétrocession hospitalière des pharmacies à usage intérieur d'un établissement de santé ou d'un hôpital des armées, qui consiste en le fait, pour ces pharmacies, de dispenser des médicaments à des personnes qui ne sont plus dans ces établissements. Le 3° du II du présent article modifie l'article L. 5126-6 du code de la santé publique à cette fin.

Enfin, le 3° du II de l'article 16 adjoint au nombre des autorisations nécessaires aux entreprises exploitant un médicament, citées à l'article L. 5121-14-3 du code de la santé publique, une autorisation d'utilisation temporaire de cinq ans délivrée pour les médicaments à base de cannabis par l'ANSM<sup>3</sup>, ainsi que les recommandations mentionnées au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale relatives à la préparation magistrale létale.

---

<sup>1</sup> Il est fait référence à ce circuit de préparation à l'article 5 du présent texte, qui prévoit que le médecin ayant favorablement accueilli la demande d'aide à mourir la prescrit conformément aux recommandations prévues au 23° de l'article L. 1111-12-3 du code de la santé publique et l'adresse à l'une des pharmacies à usage intérieur désignées par arrêté du ministre chargé de la santé mentionné au second alinéa du 1° de l'article L. 5121-1 du même code. L'article 8 du présent texte précise ensuite les diligences devant être accomplies par les pharmacies à usage intérieur pour la réalisation, la transmission éventuelle à une pharmacie d'officine, et la délivrance de la préparation magistrale létale. L'article 9 prévoit la collecte du produit non ou partiellement utilisé et sa destruction, et renvoie pour ce faire aux dispositions de droit commun relatives aux médicaments à usage humain non utilisés prévues à l'article L. 4211-2 du même code.

<sup>2</sup> Codifié à l'article L. 1111-12-6 nouvellement créé du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Mentionnée à l'article L. 5121-15 du code de la santé publique.

## II - Les principales modifications adoptées

### A. Les modifications apportées en première lecture à l'Assemblée nationale

En commission des affaires sociales, l'article 16 a été modifié par deux amendements de la rapporteure Élise Leboucher, soit :

- un amendement rédactionnel<sup>1</sup> imposant un pluriel au terme de « bonne pratique » portant sur les substances composant la préparation magistrale létale et les conditions de leur utilisation, qu'il reviendra à la Haute Autorité de santé de recommander ;

- un amendement de coordination d'une erreur de référence relative à l'imputation d'une modification apportée à l'article L. 5121-14-3 du code de la santé publique.<sup>2</sup>

En séance plénière, l'article n'a fait l'objet d'aucune modification.

**L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

### B. Les modifications apportées en première lecture au Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté cet article modifié par **deux amendements**, le premier<sup>3</sup> procédant à des modifications sémantiques visant à remplacer l'aide à mourir par l'assistance médicale à mourir, et le second revenant sur l'accord au pluriel du terme de « bonnes pratiques » effectué par l'Assemblée nationale.<sup>4</sup>

**En séance publique, le Sénat a rejeté la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale.**

### C. Les modifications apportées en deuxième lecture à l'Assemblée nationale

**En seconde lecture, l'Assemblée nationale n'a apporté aucune modification au texte par elle adopté en première lecture.**

## III - La position de la commission

La commission des affaires sociales reconnaît la nécessité de créer un cadre juridique nouveau à la suite de l'autorisation, par la loi, de l'administration d'une substance létale dans le cadre de la procédure d'aide à mourir qu'elle a requalifié en assistance médicale à mourir.

Soucieuse de sécuriser la pratique des professionnels de santé ainsi que le circuit de réalisation et de délivrance d'une telle substance au danger inégalé, la commission partage la finalité du présent article dont les dispositions techniques lui semblent suffisamment rigoureuses, nonobstant

---

<sup>1</sup> Amendement AS1180.

<sup>2</sup> Amendement AS1181.

<sup>3</sup> Amendement COM-186.

<sup>4</sup> Amendement COM-187.

l'assimilation de cette substance à un médicament à usage humain. Ce rattachement, s'il reste juridiquement contestable dans la mesure où la substance létale ne remplit pas, de fait, les conditions du médicament, n'en reste pas moins nécessaire dans la mesure où il permet le rattachement du circuit de sa préparation et de sa délivrance à des dispositions préexistantes encadrant la réalisation de préparations magistrales par des pharmacies à usage intérieur, ainsi que leur rétrocession à des pharmacies d'officines. La commission partage le souci de l'auteur du texte, qui fut celui du Gouvernement avant lui dans la mesure où le présent article reprend extensivement les dispositions de l'article 18 du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, d'encadrer strictement la réalisation de la substance létale en la confiant à des pharmacies à usage intérieur définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

Elle se félicite également du rattachement des activités de fabrication et de transport d'une telle substance à celles régissant l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition et l'emploi de plantes, substances ou préparations classées comme vénéneuses, selon les conditions prévues à l'article L. 5132-8 du code de la santé publique.

Elle approuve enfin l'extension des missions dévolues à la Haute Autorité de santé ainsi qu'à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé visant respectivement à élaborer des recommandations de bonne pratique portant sur les substances composant la substance létale et sur les conditions de leur utilisation, ainsi qu'à procéder à titre exceptionnel à leur évaluation. Ces apports seront précieux afin de sécuriser la pratique des professionnels de santé participant à l'assistance médicale à mourir.

Conformément au choix qui était le sien en première lecture, la commission a adopté **un amendement COM-121 déclinant au singulier le terme de « bonne pratique » ainsi qu'un amendement COM-120 visant à remplacer la notion d'aide à mourir par l'assistance médicale à mourir.**

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

## CHAPITRE VI

### Dispositions pénales

#### *Article 17*

#### **Délit d'entrave à l'aide à mourir**

*Cet article propose de créer un délit d'entrave à l'aide à mourir sur le modèle du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse.*

*La commission a adopté un amendement réécrivant entièrement cet article afin d'étendre à l'assistance médicale à mourir le délit prohibant la publicité et la propagande en faveur de moyens de se donner la mort, prévu à l'article 223-14 du code pénal.*

#### **I - Le dispositif proposé : la sanction de l'entrave à l'aide à mourir**

##### *A. Le code pénal consacre un délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse*

**1. Le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse a été modifié à de multiples reprises, rendant son dispositif désormais peu lisible**

**La loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 dite loi « Veil » a dépénalisé le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), autorisant ainsi les femmes à avorter dans des conditions sanitaires strictement encadrées par le code de la santé publique.**

**La loi constitutionnelle du 8 mars 2024 a ensuite inscrit la liberté des femmes de recourir à l'IVG dans la Constitution, en précisant à l'article 34, énumérant le domaine de la loi, que celle-ci « détermine les conditions dans lesquelles s'exerce la liberté garantie à la femme d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse ».**

**Entre ces deux consécutions juridiques de la liberté d'interrompre une grossesse, le législateur a sanctionné les comportements susceptibles d'y porter atteinte. La loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social, dite loi « Neiertz », a créé à l'article L. 162-15 du code de la santé publique un délit réprimant l'entrave à l'interruption volontaire de grossesse.**

Dans sa rédaction initiale, ce délit avait pour objectif de sanctionner les actions des militants anti-IVG, dites « *commando* », et incriminait le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une interruption volontaire de grossesse et les actes préalables à celles-ci, à travers deux comportements consistant :

- soit à **perturber l'accès aux établissements** pratiquant des interruptions volontaires de grossesse<sup>1</sup>, ou la **libre circulation** des personnes à l'intérieur de ces établissements<sup>2</sup> ;

- soit à exercer des **menaces** ou **actes d'intimidation** à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans ces établissements, et des femmes venues y subir une IVG.

L'incrimination de ces comportements se justifie par le fait qu'ils étaient **susceptibles de porter atteinte à la sérénité, à la quiétude et à l'ordre qui doivent présider à la décision d'avorter ainsi qu'à la réalisation de l'opération médicale d'un avortement**. Ils étaient également susceptibles de **dissuader** les femmes d'exercer sereinement leur droit de recourir à l'avortement.

Pour que l'entrave soit sanctionnée, il n'est pas nécessaire qu'elle ait effectivement empêché une femme de décider d'avorter (*les pressions psychologiques exercées n'ont pas emporté une décision de renoncer à l'avortement*) ni qu'elle ait effectivement empêché une femme d'avorter (*celle-ci peut avoir finalement avorté malgré une entrave physique lui condamnant pendant un temps l'accès à l'établissement pratiquant des avortements*).

Ce délit a ensuite fait l'objet d'une recodification à l'article L. 2223-2 du code de la santé publique<sup>3</sup>, ainsi que de plusieurs modifications successives en réponse à l'évolution des comportements attentatoires à la liberté d'avorter. Le délit d'entrave est donc un **délit empirique** dont la matérialité, l'objet et les personnes par lui protégées n'ont eu de cesse d'être régulièrement étendus, portant atteinte à sa lisibilité actuelle.

---

<sup>1</sup> L'interruption volontaire de grossesse ne peut avoir lieu que dans un établissement de santé public ou privé, ou, dans le cadre d'une convention conclue entre un praticien et une sage-femme, un centre de planification ou d'éducation familiale ou un centre de santé.

<sup>2</sup> La jurisprudence retient ainsi le délit d'entrave lorsque des militants ont perturbé la libre circulation à l'intérieur d'un centre hospitalier en s'enchaînant au sol par les chevilles à l'aide d'antivols de motocyclettes dans une salle d'interventions d'un service d'orthogénie, ce qui a eu pour conséquence d'empêcher plusieurs interruptions volontaires de grossesse ainsi que des consultations préalables à cette intervention (Cour de cassation, chambre criminelle, 31 janvier 1996, n° 95-81.319).

<sup>3</sup> Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de la santé publique.

La loi n° 2001-88 du 4 juillet 2001 a ainsi élargi l'entrave physique à **l'atteinte aux conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans des établissements pratiquant des avortements**, et a précisé qu'une telle entrave pouvait s'exercer « *de quelque manière que ce soit* ». Elle a également étendu l'entrave psychique à **l'entourage des femmes** venues subir une interruption volontaire de grossesse, tout en précisant que cette entrave pouvait prendre la forme de « *pressions morales et psychologiques* ».

La loi n° 2014-873 du 4 août 2014 a ensuite étendu l'objet de l'entrave – qui consistait jusqu'alors en le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer une IVG – au fait de **s'informer à son sujet**<sup>1</sup>.

À la suite de l'essor de la bulle internet et de l'information en ligne, la loi n° 2017-347 du 20 mars 2017 a **élargi l'entrave à l'information sur une IVG aux informations diffusées sur internet**, l'entrave étant commise « *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.* » Elle a également étendu le délit d'entrave, dans sa dimension psychique d'actes d'intimidations et de menaces, aux « *personnes cherchant à s'informer sur une interruption volontaire de grossesse* ».

L'exposé des motifs de cette loi renseigne l'intention explicite du législateur de lutter contre une **entreprise de désinformation ciblée sur internet** ayant pour effet « *d'induire en erreur, d'intimider et/ou exercer des pressions psychologiques et morales afin de dissuader de recourir à l'IVG* ». La répression visait ainsi particulièrement des sites anti-IVG se faisant passer pour « *purement informatifs* », en utilisant notamment des codes de sites officiels (numéros verts, référence à des « *centres nationaux d'écoute* »), qui apparaissaient parmi les premières occurrences des moteurs de recherche<sup>2</sup>.

Cette rédaction a toutefois fait l'objet de nombreuses critiques dans la mesure où les termes « *par tout moyen* » couvraient déjà l'ensemble des vecteurs de désinformation, de sorte qu'il n'était juridiquement pas nécessaire de préciser sa dimension numérique. La doctrine a notamment souligné qu'un tel ajout portait atteinte à la lisibilité du dispositif.

---

<sup>1</sup> La sénatrice Laurence Rossignol, auteure de l'amendement ayant porté cette modification, a précisé la volonté du législateur « d'étendre le délit d'entrave à l'IVG à l'accès à l'information sur l'IVG » et notamment celle diffusée dans des établissements ne pratiquant pas nécessairement l'IVG mais étant habilités à délivrer de l'information relative à celle-ci, soit les *plannings familiaux*, les *centres d'orthogénie* ou encore les *centres d'information sur les droits des femmes et des familles*.

<sup>2</sup> Ce phénomène d'ampleur avait été dénoncé aux termes du premier volet du rapport relatif à l'accès à l'IVG, volet 1, *information sur l'avortement sur internet*, remis à la ministre des Droits des femmes en 2013.

À la suite de ces multiples modifications, le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse est désormais rédigé comme suit :

**Article L. 2223-2 du code de la santé publique**

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.

**2. Le Conseil constitutionnel a drastiquement réduit la portée du délit d'entrave afin de préserver la liberté d'expression**

L'élargissement successif des termes de ce délit n'en a pas seulement complexifié le dispositif, **il était également susceptible de porter une atteinte disproportionnée à la liberté d'expression** dans la mesure où ses termes pouvaient assimiler à une entrave psychologique le simple fait de diffuser sur internet des informations erronées ou visant à dissuader des personnes désireuses de s'informer sur l'IVG.

Le Conseil constitutionnel, saisi d'un contrôle *a priori* de la loi du 20 mars 2017, a **formulé deux réserves d'interprétation de ce délit<sup>1</sup>, en réduisant de ce fait drastiquement la portée.**

<sup>1</sup> Décision n° 2017-747 DC du 16 mars 2017.

Il a ainsi précisé que « *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* » **ne constituait pas un cas autonome d'entrave**, et n'était réprimée qu'à la condition que cette diffusion se matérialise **par l'un des deux comportements incriminés par le délit d'entrave**, à savoir la perturbation de l'accès à des établissements pratiquant l'IVG (1°) ou des menaces et actes d'intimidation à l'encontre de femmes souhaitant pratiquer une IVG (2°)<sup>1</sup>.

Si le Conseil constitutionnel a estimé que **les dispositions du 1° de l'article L. 2223-2 du code de la santé publique**, réprimant l'entrave physique perturbant l'accès aux établissements pratiquant l'IVG, **ne portaient pas une atteinte disproportionnée à la liberté d'expression et de communication** dans la mesure où le champ de l'infraction était **suffisamment circonscrit**, tant au regard du **lieu de commission des faits** que des **personnes visées**, il a toutefois formulé **deux réserves d'interprétation sur les dispositions du 2°** de l'article L. 2223-2 précité, qui réprime les pressions morales et psychologiques, ainsi que les menaces et actes d'intimidation.

La première réserve d'interprétation précise que « *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* ».

La seconde réserve d'interprétation du Conseil constitutionnel porte sur le fait que dans le cadre du 2°, l'entrave psychique ne serait constituée que si la victime était désireuse de « *solliciter une information, et non une opinion [portant sur] les conditions dans lesquelles une interruption volontaire de grossesse est pratiquée ou sur ses conséquences* ». Il a également exigé qu'une telle information, pour constituer une entrave, soit « *donnée par une personne détenant ou prétendant détenir une compétence en la matière* ».

Ainsi, seraient susceptibles d'être condamnés au titre du délit d'entrave les seuls auteurs de sites internet contenant de fausses informations, **qui détiennent une compétence médicale ou prétendent que tel est le cas**, et dont il est matériellement prouvé qu'ils ont **exercé des pressions téléphoniques** *via* la diffusion d'un numéro vert, **ou par courrier ou mail sur des femmes souhaitant se renseigner sur un avortement par elles envisagées**.

---

<sup>1</sup> Il en a conclu que ces dispositions étaient suffisamment claires pour respecter le principe de légalité des délits et des peines et l'objectif à valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi.

### 3. La jurisprudence a consacré le délit d'entrave dans des termes plus larges que ceux retenus par le législateur

a) *L'état de nécessité ne saurait être invoqué comme une justification possible de l'entrave à l'interruption volontaire de grossesse*

Parmi les causes d'irresponsabilité pénale figure l'état de nécessité, qui autorise un individu à commettre une infraction lorsque cela est nécessaire pour éviter la réalisation d'un dommage aussi grave ou plus grave que celui qui résulterait de cette infraction<sup>1</sup>.

L'article 122-7 du code pénal dispose ainsi que « *n'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a une disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace* ».

Dans un cas d'espèce de militants ayant perturbé la réalisation d'un avortement pour « *sauvegarder un enfant à naître d'une atteinte à sa vie* », la Cour de cassation a été amenée à préciser<sup>2</sup> que l'état de nécessité ne saurait être invoqué pour justifier le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse dans la mesure où celle-ci était autorisée par la loi sous certaines conditions.

b) *Les juridictions retiennent le délit d'entrave même lorsque l'avortement est pratiqué dans des conditions qui ne sont pas celles prévues par la loi*

Malgré le fait que le législateur ait explicitement précisé, dans le titre du chapitre du code de la santé publique abritant le délit d'entrave, sa volonté de réprimer l'entrave à l'interruption **légitime** de grossesse, la jurisprudence estime pour sa part que **la licéité de l'intervention entravée n'est pas une condition préalable à la constitution d'un délit d'entrave à l'IVG**. La Cour de cassation a ainsi répété à plusieurs reprises que « *la preuve du respect, par l'établissement hospitalier, des exigences des articles L. 2212-1 et suivants du code de la santé publique n'était pas une condition préalable du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse* »<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> L'exemple le plus couramment cité par la doctrine est celui d'une mère de famille ayant volé un pain dans une boulangerie pour nourrir son enfant malade et sous-alimenté (Tribunal correctionnel de Château-Thierry, 4 mars 1898).

<sup>2</sup> Cour de cassation, chambre criminelle, 31 janvier 1996, n° 95-81.319, précitée.

<sup>3</sup> Il s'agit d'une jurisprudence constante de la chambre criminelle de la Cour de cassation, réitérée par des arrêts en date des 2 septembre 1997, n° 96-84.102, 5 mai 1997, n° 96-81.889 et 7 avril 1999, n° 97-85.978.

**B. Le droit proposé : la création d'un délit d'entrave à l'aide à mourir**

**1. Le délit d'entrave à l'aide à mourir a pour objet de réprimer toute action visant à empêcher des personnes de s'informer ou de recourir à l'aide à mourir, dans les mêmes termes que le délit d'entrave à l'IVG**

Les dispositions du présent article créent un article L. 1111-12-4 du code de la santé publique consacrant un délit d'entrave à l'aide à mourir, sur le modèle du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse.

**Texte du nouvel article L. 1111-12-4 du code de la santé publique dans sa version initiale issue du texte déposé à l'Assemblée nationale**

« Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 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 habilités à pratiquer l'aide à mourir ou à tout autre lieu où elle peut être régulièrement pratiquée, 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, quel qu'il soit, choisi par une personne pour l'administration de la substance létale ;

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 l'aide à mourir, des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans les établissements habilités, des patients souhaitant recourir à l'aide à mourir ou de l'entourage de ces derniers.

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 lorsque les faits ont été commis en vue d'empêcher ou de tenter d'empêcher l'aide à mourir ou les actes préalables prévus au présent chapitre. »

Il ne figurait pas dans le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie.

Le rapporteur général de la proposition de loi pour l'Assemblée nationale, M. Olivier Falorni, s'est longuement expliqué devant la commission des affaires sociales de l'introduction d'un tel article, qu'il considère comme une « *mesure de justice* » visant à prévenir toute action des personnes opposées à l'aide à mourir à « *imposer [leur] vérité en empêchant aux autres d'être libres* ».

Il a ainsi précisé que « *ce qui sera prohibé [n'est pas] une conviction, une prise de parole respectueuse du débat, l'apport de nuances, l'expression, par amour, du fait qu'on préférerait qu'un parent ou un ami reste parmi nous malgré tout. L'interdiction, punie d'un emprisonnement et d'une amende, concernera seulement le fait d'empêcher l'usage du droit nouveau que nous souhaitons ouvrir et de déranger l'entourage personnel et médical* »<sup>1</sup>.

Les principales différences entre les rédactions des deux délits d'entrave à l'IVG et à l'aide à mourir tiennent d'une part au fait que l'entrave physique à l'aide à mourir, prévue au 1<sup>o</sup>, s'étend à **tout lieu choisi par une personne pour l'administration de la substance létale**, eu égard au fait que l'aide à mourir peut-être pratiquée au domicile et dans tout lieu « *à l'exception des voies et espaces publics* », selon la version adoptée en séance par l'Assemblée nationale en première lecture<sup>2</sup>. La seconde différence entre les deux rédactions tient au fait que la qualité à agir pour ester en justice et exercer les droits reconnus à la partie civile victime du délit d'entrave à l'aide à mourir, reconnue aux associations régulièrement déclarées depuis au moins cinq ans à la date des faits, est précisée dans le corps de l'article.

Une telle qualité à agir pour exercer les droits reconnus à la partie civile du délit d'entrave à l'IVG est toutefois reconnue dans les mêmes termes à l'article L. 2333-1 du code de la santé publique.

Ces dispositions complètent la liste des associations disposant de la qualité à agir pour exercer les droits reconnus à la partie civile de certaines infractions, en lien avec l'objet statutaire desdites associations, qui figure aux articles 2-1 à 2-25 du code de procédure pénale. La plupart des articles ouvrant qualité à agir à ces associations posent comme condition préalable le fait qu'elles soient régulièrement déclarées depuis au moins cinq ans à la date des faits, condition retenue également aux termes du présent article.

Les associations ayant pour objet de combattre le suicide ne figurent pas dans cette liste et ne peuvent donc pas exercer les droits dévolus aux parties civiles, sauf si elles démontrent avoir subi un préjudice personnel causé par l'infraction.

## **2. Le débat sur la création d'un délit d'incitation à l'aide à mourir comme corollaire de la sanction de son entrave n'a pas lieu d'être**

L'introduction, avant même l'accès à l'aide à mourir, d'un délit prohibant une possible entrave à sa réalisation fait l'objet de nombreux débats politiques, **dans la mesure où ce délit aurait vocation à incriminer des comportements projetés**, contrairement au délit d'entrave à l'IVG qui a incriminé des comportements préexistants et causant un trouble à l'ordre public.

---

<sup>1</sup> *Compte rendu n° 80 de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, vendredi 2 mai 2025, Séance de 14 h 30.*

<sup>2</sup> *Cette rédaction est issue de l'amendement n° 746, porté par Mme Sandrine Runel et ses collègues du groupe Socialiste.*

Des propositions de création d'un **délit d'incitation à l'aide à mourir**, visant incriminer le fait d'exercer des pressions ou menaces sur des personnes vulnérables afin que celles-ci recourent à l'aide à mourir, ont été formulées dans le débat public. **De tels comportements seraient déjà sanctionnés par le code pénal, ce qui justifie que cette proposition n'ait pas été suivie d'effet par les rapporteurs du texte.**

En effet, si le suicide n'est plus incriminé depuis que la Révolution française a consacré le droit de disposer de sa vie comme un droit inaliénable, Le législateur a toutefois souhaité « *protéger les êtres les plus vulnérables contre les agissements de tiers les incitant à accomplir un geste irrémédiable* »<sup>1</sup> à la suite de la parution en 1982 d'un livre de Claude Guillon et Yves Le Bonniec intitulé *Suicide, mode d'emploi*, nommé d'après le titre du roman de Georges Perec *La vie, mode d'emploi*.

Cet ouvrage contenait des informations très pratiques sur les doses létales de produits toxiques ou stupéfiants à ingérer pour mettre fin à ses jours, et sa publication se serait vue suivie d'une hausse du nombre de suicides.

La loi n° 87-1133 du 31 décembre 1987 « *tendant à réprimer la provocation au suicide* » a finalement introduit un délit de provocation au suicide « *tenté ou consommé* ». La rédaction initiale de ce délit de provocation au suicide en étendait les peines à « *ceux qui auront fait de la propagande ou de la publicité, quel qu'en soit le mode, en faveur de produits, d'objets ou de méthodes préconisés comme moyens de se donner la mort* ».

Le code pénal comporte désormais deux délits distincts que sont le **délit de provocation au suicide**, prévu en son article 223-13, et le **délit prohibant la propagande ou la publicité en faveur de moyens de se donner la mort**, qui figure en son article 223-14.

La provocation au suicide est réprimée d'une peine de trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende. Ce quantum maximal de peine est porté à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende lorsque la victime est un mineur de quinze ans. La responsabilité des personnes morales peut également être recherchée. Elles encourent notamment une amende dont le montant maximal est le quintuple<sup>2</sup> de celui prévu par l'article L. 223-13.

La jurisprudence a précisé que **la provocation se distinguait de l'aide**, de sorte que le délit de provocation au suicide n'incrimine pas la **pratique de l'assistance au suicide**<sup>3</sup>. Pour être punissable, la provocation doit être suivie d'une tentative de suicide ou d'un suicide. L'assistance au suicide

---

<sup>1</sup> *Exposé des motifs de la proposition de loi Dailly devenue la loi n° 87-1133 du 31 décembre 1987.*

<sup>2</sup> *Article 131-38 du code pénal.*

<sup>3</sup> *Il a ainsi été jugé que le fait de fournir une arme à une personne désireuse de mettre fin à ses jours ne constituait pas une provocation au suicide. La provocation suppose également un acte positif, la présence d'un tiers aux côtés d'une personne commettant un suicide ne pouvant relever que de l'infraction d'omission de porter secours. L'élément intentionnel du délit se matérialise par le fait que l'acte doit avoir été accompli avec la volonté de voir la victime passer à l'acte.*

a néanmoins pu donner lieu à des poursuites sous la forme d'autres infractions que sont l'homicide involontaire ou volontaire, l'empoisonnement ou encore l'omission de porter secours.

L'accès à l'aide à mourir étant soumis à l'expression de la volonté libre et éclairée de la personne, qui est régulièrement recueillie à différents stades de la procédure, **toute incitation ou provocation de nature à contraindre cette volonté serait sanctionnée par l'arrêt de la procédure à l'initiative du médecin**, sur le fondement de l'article 10 du présent texte. Encore faudra-t-il que le médecin ait conscience de l'existence de telles pressions, même si le texte de l'article 9 compte désormais, au nombre des diligences que le professionnel de santé accompagnant doit accomplir le jour de l'administration de la substance létale, le fait, pour ce dernier, de s'assurer que la personne « *ne subisse aucune pression de la part des personnes qui l'accompagnent pour procéder ou renoncer à l'administration* ».

En tout état de cause, le comportement visant à inciter à recourir à la procédure d'aide à mourir pourrait relever de **l'infraction d'abus de faiblesse**, prévue à l'article L. 223-15-2 du code pénal, qui sanctionne de trois ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende « *l'abus frauduleux de [...] la situation de faiblesse [...] d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique [...] est apparente ou connue de son auteur, pour conduire [...] cette personne [...] à un acte [qui lui est] gravement préjudiciable* ».

## II - Les principales modifications adoptées

### A. Les modifications apportées en première lecture à l'Assemblée nationale

En première lecture, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements portés par la rapporteure du texte, Élise Leboucher, soit :

- un amendement prévoyant la codification de ces dispositions à l'article L. 1115-4 du code de la santé publique et non plus à l'article L. 1111-12-4 du code de la santé publique<sup>1</sup> et un amendement effectuant des précisions de coordination en conséquence<sup>2</sup> ;

- un amendement<sup>3</sup> précisant que l'entrave physique prévue au 1° de l'article était réprimée en ce qu'elle **portait atteinte aux conditions de travail des personnels participant à la mise en œuvre de l'aide à mourir**, et non plus aux seuls personnels « *médicaux et non médicaux travaillant dans les établissements habilités [à pratiquer l'aide à mourir]* » ;

---

<sup>1</sup> Amendements AS1168.

<sup>2</sup> Amendement AS 1173.

<sup>3</sup> Amendement AS 1171.

- un amendement<sup>1</sup> visant à étendre le champ du délit d'entrave à l'encontre de **professionnels de santé volontaires** qui se sont, conformément aux dispositions du III l'article L. 1111-12-12 du code de la santé publique créé à l'article 14 de la présente proposition de loi, déclarés auprès de la commission de contrôle et d'évaluation créée à l'article 15 de ladite proposition de loi, comme étant disposé à participer à la procédure d'aide à mourir.

Au stade de la séance publique, l'article 17 a été modifié par trois amendements identiques qui ont eu pour effet de **doubler le montant de l'amende et le quantum de peine initialement retenu**, pour les porter respectivement de **15 000 à 30 000 euros et d'un à deux ans d'emprisonnement, sur le modèle du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse.**

Ces amendements étaient respectivement portés par la députée Marie-Noëlle Battistel et ses collègues Socialistes et apparentés<sup>2</sup>, la députée Danielle Simmonet et ses collègues du groupe Écologiste et social<sup>3</sup>, et la députée Karen Erodi et ses collègues du groupe La France Insoumise et du Nouveau Front Populaire<sup>4</sup>.

#### **B. Les modifications apportées en première lecture au Sénat**

La commission des affaires sociales du Sénat a supprimé<sup>5</sup> l'article 17.

**En séance publique, le Sénat a rejeté la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale.**

#### **C. Les modifications apportées en deuxième lecture à l'Assemblée nationale**

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté **un amendement rédactionnel**<sup>6</sup> de la rapporteure Élise Leboucher.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté l'article 17 modifié par **un amendement**<sup>7</sup> du président de la commission des affaires sociales, Frédéric Valletoux, et plusieurs de ses collègues du groupe Horizons et Indépendants, **instaurant un délit dit d'incitation à l'aide à mourir**. Le fait d'« *exercer des pressions sur une personne afin qu'elle ait recours à l'aide à mourir* » est puni **d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende**. Il est également précisé que « *la mise à disposition ou la fourniture d'informations sur les modalités d'exercice du droit à l'aide à mourir ne constitue pas une infraction.* »

---

<sup>1</sup> Amendement AS1170.

<sup>2</sup> Amendement n° 586.

<sup>3</sup> Amendement n° 2126.

<sup>4</sup> Amendement n° 2377.

<sup>5</sup> Amendement COM-188.

<sup>6</sup> Amendement AS 663.

<sup>7</sup> Amendement n° 261.

L'exposé des motifs de cet amendement le justifie par le fait que le délit d'abus de faiblesse prévu par le code pénal *« n'apparaît pas suffisamment opérant et applicable à la situation de l'aide à mourir »*.

L'auteur de cet amendement s'appuie notamment sur la jurisprudence de la Cour de cassation, qui prévoirait que le délit puisse être constitué *« sans que le dommage soit effectivement réalisé »*, mais à la condition que l'auteur obtienne de la victime quelque chose *« de nature à lui causer un grave préjudice »*.

Il en déduit que l'exercice de pressions sur une personne pour qu'elle ait recours à l'aide à mourir ne pourrait constituer une infraction dans les hypothèses où la victime ne passe pas à l'acte.

L'abus de faiblesse est un délit très ancien, qui figurait déjà dans le code pénal de 1810 mais consistait en le fait d'abuser de la vulnérabilité des seuls mineurs. Il a été codifié à l'article 313-4 du nouveau code pénal de 1992, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 1994 comme incriminant *« l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse soit d'un mineur, soit d'une personne dont la particulière vulnérabilité due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, pour obliger ce mineur ou cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables »*. L'ancien article 313-4 du code pénal figurait parmi **les crimes et délits contre les biens**, au titre des **infractions voisines de l'escroquerie**.

Aux termes d'une décision du 12 janvier 2000 citée par les députés auteurs de l'amendement, la chambre criminelle de la Cour de cassation a estimé qu'un tel abus était constitué **y compris lorsque l'acte causant un grave préjudice à la victime n'était pas valable, et que le dommage ne s'était pas réalisé**.

En l'espèce, était condamné un médecin ayant eu connaissance de la vulnérabilité physique et psychique de son patient pour l'avoir obligé à signer un compromis de vente de son bien immobilier à une valeur *« sciemment minorée dans une forte proportion »*. Le patient avait ensuite été placé sous tutelle et le tuteur n'avait pas réitéré la promesse de vente. L'acte de vente n'avait finalement pas eu lieu, de sorte que le dommage causé à la victime ne s'était pas réalisé.

Le loi n° 2001-405 du 12 juin 2001 tendant à renforcer la prévention et la répression des mouvements sectaires a ensuite modifié le délit d'abus de faiblesse pour le rattacher expressément aux **atteintes à la personne humaine**.

Il figure désormais parmi les **infractions incriminant la mise en danger de la personne**, à l'article 223-15-2 du code pénal. Le principal ajout de cette loi à l'article 223-15-2 précité, qui a perduré dans sa rédaction en vigueur entre le 12 juin 2001 et le 12 mai 2024, consiste en le fait que la vulnérabilité de la personne protégée pouvait également se matérialiser par un *« état de sujétion psychologique ou physique résultant de pressions graves ou réitérées ou de techniques propres à altérer son jugement »*.

Les assises nationales des dérives sectaires, qui se sont tenues en 2023, ont dressé le constat d'une **exploitation insuffisante de cette infraction par les juridictions au regard des dérives sectaires observées.**

Il a été reproché au délit d'abus de faiblesse de ne pas sanctionner suffisamment le fait de « *placer ou maintenir autrui dans un état de sujétion psychologique ou physique* » ainsi que les dommages résultant d'une dégradation grave de leur santé psychologique ou physique, pour **prévenir uniquement les abus** pouvant résulter d'un tel état<sup>1</sup>.

Afin de pallier cette lacune dans l'arsenal législatif de lutte contre les dérives sectaires, la loi n° 2004-420 du 10 mai 2024 a consacré à l'article 223-15-3<sup>2</sup> du code pénal un **délit autonome de placement ou de maintien en état de sujétion psychologique et psychique.**

Elle a également modifié l'article 223-15-2 du code pénal, lequel consacre désormais le délit d'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse « *soit d'un mineur, soit d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur, pour conduire ce mineur ou cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables.* » La peine encourue est de trois ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende et peut être majorée en cas de circonstances aggravantes de commission de l'infraction par l'utilisation d'un service de communication au public en ligne<sup>3</sup>, ou en bande organisée<sup>4</sup>.

### III - La position de la commission

La commission partage les réserves de ses rapporteurs relatives à l'introduction d'un délit d'entrave à l'aide à mourir. À son sens, l'assimilation de l'aide à mourir à la liberté d'interrompre volontairement une grossesse n'a pas lieu d'être, et ce pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, la commission estime que la reconnaissance d'une aide à mourir répond à une **volonté d'alléger les souffrances en fin de vie et non d'un droit de disposer librement du moment de sa mort.**

---

<sup>1</sup> Étude d'impact de la loi n° 2004-420 du 10 mai 2024 visant à renforcer la lutte contre les dérives sectaires et à améliorer l'accompagnement de la victime, p. 43.

<sup>2</sup> L'article 223-15-3 du code pénal incrimine désormais, d'une part, « le fait de placer ou de maintenir une personne dans un état de sujétion psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou réitérées ou de techniques propres à altérer son jugement et ayant pour effet de causer une altération grave de sa santé physique ou mentale ou de conduire cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables », et d'autre part, Ces faits sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende, cette peine étant majorée en présence de circonstances aggravantes tenant à la personne de la victime, ou au fait qu'une telle sujétion soit commise en bande organisée.

<sup>3</sup> Les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et 750 000 euros d'amende.

<sup>4</sup> Les peines encourues sont portées à sept ans d'emprisonnement et un million d'euros d'amende.

Pour cette raison, la commission a substitué au droit à l'aide à mourir l'accès à un dispositif d'assistance médicale à mourir, complémentaire à celui de la sédation profonde et continue en soins palliatifs. Pour y accéder, la personne demanderesse doit désormais être atteinte d'une affection grave et incurable, voir son pronostic vital engagé à court terme, et présenter une souffrance réfractaire aux traitements ou prendre une décision d'arrêter d'un traitement de maintien en vie susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.<sup>1</sup>

**L'analogie avec l'interruption volontaire de grossesse, qui est désormais un droit constitutionnellement garanti, est de ce fait inopérante.** La commission constate que ni la Constitution, ni la Convention européenne des droits de l'homme ne font de l'accès à l'euthanasie ou au suicide assisté une liberté fondamentales.

Dès lors qu'il a été fait le choix de ne pas ouvrir l'euthanasie et le suicide assisté à des personnes disposant de plusieurs mois voire années de vie, les personnes qui auront recours à l'assistance médicale à mourir seront peu ou prou celles qui ont déjà accès au dispositif de sédation profonde et continue. Or, la commission constate **qu'aucune entrave à la mise en œuvre du dispositif de sédation profonde et continue n'a été empiriquement constatée**, de sorte que le législateur n'a pas jugé nécessaire de consacrer un délit d'entrave à la sédation profonde et continue.

Le fait de réprimer une entrave à l'assistance médicale à mourir purement abstraite relève donc d'un choix idéologique auquel la commission se refuse d'autant plus que le délit d'entrave à l'IVG est, dans sa rédaction actuelle, éminemment perfectible. Il lui apparaît en effet **difficilement lisible et peu opérant** après que le Conseil constitutionnel a drastiquement réduit la portée, ce qui explique **qu'il ne donne aujourd'hui très peu lieu à sanction effective**.

En second lieu, la commission s'oppose également à la **reconnaissance d'un délit d'incitation à l'assistance médicale à mourir**, adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture.

D'une part, elle émet des réserves quant à la nécessité d'introduire un tel délit au motif que les dispositions pénales préexistantes ne permettraient pas de sanctionner la réalisation de pressions aux fins d'inciter une personne à recourir à l'assistance médicale à mourir.

La commission des affaires sociales ne souscrit pas à la lecture de l'article 223-15-2 du code pénal prohibant l'abus de faiblesse opérée par les députés. En considérant que la jurisprudence de la chambre criminelle de la Cour de cassation du 12 juin 2001 serait susceptible de s'appliquer à un acte matériel d'atteinte à la personne, et non pas aux seuls actes juridiques de

---

<sup>1</sup> Ces conditions figurent à l'article 4 du présent texte tel qu'amendé par la commission, qui reprend les critères d'accès à la sédation profonde et continue définis à l'article L. 1110-5-2 du code de la santé publique.

disposition d'un bien, la commission constate qu'une telle jurisprudence permettrait de **sanctionner l'existence de pressions exercées sur une personne afin qu'elle recoure à l'assistance à mourir y compris quand l'acte d'administration de la substance létale, qui est en lui-même gravement préjudiciable à la victime, n'a pas eu lieu, et que l'atteinte à la vie ne s'est pas réalisée.**

Au demeurant, l'intention du législateur depuis la loi n°2001-405 du 12 juin 2001 tendant à renforcer la prévention et la répression des mouvements sectaires est clairement de sanctionner à travers l'abus de faiblesse des atteintes à la personne, susceptibles de la mettre en danger. La commission relève que la rédaction actuelle de l'article 223-15-2 du code pénal sanctionne l'abus frauduleux de la vulnérabilité d'une personne **qui peut être caractérisée par son état de maladie**, ce qui correspond à l'état des personnes demanderesses de l'aide à mourir.

En outre, l'exercice de pressions sur une personne afin qu'elle recoure à l'assistance à mourir sous la forme d'un suicide assisté pourrait être réprimé par le délit de provocation au suicide, qui sanctionne le fait de « *provoquer au suicide d'autrui [...] lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d'une tentative de suicide.* » Les juridictions devront toutefois s'interroger sur la qualification du commencement d'exécution de la tentative dans le cadre de la procédure d'assistance à mourir : le fait de saisir un médecin d'une demande de suicide assisté dans le cadre d'une procédure légale d'assistance à mourir pourrait-il s'analyser en un acte matérialisant le commencement de l'exécution d'un suicide ?<sup>1</sup>

La commission rappelle enfin que les délits d'abus de faiblesse et de provocation au suicide **sont plus sévèrement sanctionnés** que le nouveau délit dit « d'incitation » créé à l'article 17. Le délit d'abus de faiblesse est puni de trois ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende, et le délit de provocation au suicide, de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Enfin, l'amendement n° 261 modifiant l'article 17 va à l'encontre de la position de la commission en ce qu'il dispose que « *la mise à disposition ou la fourniture d'informations sur les modalités d'exercice du droit à l'aide à mourir ne constitue pas une infraction.* »

La commission conçoit tout à fait que les professionnels de santé puissent être amenés à apporter des informations sur les modalités de l'assistance médicale à mourir lorsqu'une telle demande émane des patients. En revanche, la commission reste **désireuse de préserver les personnes vulnérables des pressions indirectes qui pourraient être matérialisées par une publicité** en faveur de l'assistance médicale à mourir dans l'espace public.

---

<sup>1</sup> Selon l'article 121-5 du code pénal, « *la tentative est constituée dès lors que, manifestée par un commencement d'exécution, elle n'a été suspendue ou n'a manqué son effet qu'en raison de circonstances indépendantes de la volonté de son auteur.* »

**En conséquence, la commission a adopté un amendement COM-122 réécrivant l'article 17 afin d'étendre à l'assistance médicale à mourir le délit prohibant la publicité et la propagande en faveur de moyens de se donner la mort, prévu à l'article 223-14 du code pénal.**

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

## CHAPITRE VII

### Dispositions diverses

#### *Article 18*

#### **Conditions financières de prise en charge de l'aide à mourir**

*Cet article fixe le principe d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie de l'ensemble des frais afférents à la procédure d'aide à mourir, de la consultation de demande à la fourniture et à l'administration de la substance létale. Pour ce faire, le patient demandeur se verra exempté sur ces actes de ticket modérateur, de participation forfaitaire et de franchise annuelle.*

*La commission a adopté cet article en inscrivant dans le droit commun la prise en charge de l'assistance médicale à mourir. Elle a adopté trois autres amendements visant à améliorer la rédaction proposée.*

#### **I - Le dispositif proposé**

##### **A. La prise en charge d'un acte, produit ou prestation par l'assurance maladie est conditionnée à son inscription sur une liste**

La prise en charge des frais de santé trouve ses sources dans le bloc de constitutionnalité, puisque l'alinéa 11 du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946<sup>1</sup> « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».

Ainsi, aux termes de l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale, « la Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la sécurité sociale ». En cohérence, l'article L. 160-1 dispose quant à lui que « toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé ».

La prise en charge des frais de santé est assurée par les branches maladie des différents régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Le champ des actes, produits et prestations que l'assurance maladie est amenée à prendre en charge est régi par l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale. Il inclut notamment :

- la couverture des frais de médecine générale et spéciale ;
- la couverture des frais d'hospitalisation, de traitement dans des établissements de soins, et d'interventions chirurgicales ;
- la couverture des frais de soins et de prothèses dentaires ;

- la couverture des frais pharmaceutiques et d'appareil ;
- la couverture de différents actes relatifs à la prévention, comme les examens de dépistage, les consultations de prévention, certaines vaccinations, les examens de prévention bucco-dentaires ou les examens de repérage des troubles du neuro-développement ;
- la couverture des frais de transport sanitaire.

L'étendue précise des actes, produits et prestations remboursables par l'assurance maladie, de nature réglementaire<sup>2</sup>, repose sur l'inscription sur une liste<sup>3</sup>, après l'évaluation de son service rendu, afin que ne soient pris en charge par la solidarité nationale que les faits qui concourent véritablement à améliorer la santé des assurés. Il existe plusieurs listes de prise en charge : par exemple la **liste des actes et prestations** pour les actes ou prestations réalisés par les professionnels de santé<sup>4</sup>, la **liste des médicaments remboursables**<sup>5</sup> ou la **liste des produits et prestations remboursables**<sup>6</sup> (LPP) pour les dispositifs médicaux

La couverture proposée par l'assurance maladie s'est **progressivement étendue** pour sortir du champ de la protection contre la maladie *stricto sensu* et **incorporer plus largement des actes médicaux ne revêtant pas le caractère de soins**. Si le mandat de l'assurance maladie a, depuis sa création, inclus la prise en charge des frais médicaux, pharmaceutiques et biologiques des femmes enceintes<sup>7</sup>, le législateur l'a par exemple élargi aux **frais liés à une interruption volontaire de grossesse** ou, plus récemment, à certains frais afférents à **l'assistance médicale à la procréation**<sup>8</sup>.

Le législateur a également ouvert la prise en charge par l'assurance maladie de produits ne revêtant pas la qualification de produits de santé, comme certaines **protections hygiéniques**<sup>9</sup>, ou d'actes réalisées par des **psychologues** dans le cadre du parcours Mon soutien psy<sup>10</sup>, ceux-ci n'étant pourtant pas des professionnels de santé au sens de la quatrième partie du code de la santé publique.

---

<sup>1</sup> Dont la valeur constitutionnelle a été reconnue par une décision n° 71-44 DC du 16 juillet 1971 dite « Liberté d'association ».

<sup>2</sup> Sur décision de l'union nationale des caisses d'assurance maladie.

<sup>3</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

<sup>4</sup> Article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

<sup>5</sup> Article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

<sup>6</sup> Article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>7</sup> Article L. 160-9 du code de la sécurité sociale.

<sup>8</sup> Loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique.

<sup>9</sup> Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024. Ces dispositions restent toutefois, à ce jour, inapplicables faute de texte réglementaire d'application.

<sup>10</sup> 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

**B. Le code de la sécurité sociale fixe un principe de participation de l'assuré aux frais de santé, notamment par les canaux du ticket modérateur, des participations forfaitaires et des franchises annuelles**

Depuis son origine, la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie **ne dispense pas intégralement tout assuré de participer aux frais de santé.**

D'une part, parce que l'assurance maladie ne contribue aux frais de santé que **dans la limite de tarifs prédéfinis** – si le prix de l'acte, du produit ou de la prestation excède ces tarifs, l'assuré doit donc assurer le financement du différentiel : c'est notamment le cas lorsque s'appliquent des dépassements d'honoraires ou pour l'achat de certains principes lorsqu'un générique est disponible.

D'autre part, parce qu'au sein même des tarifs servant de base au calcul des prestations en nature versées par l'assurance maladie, l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale prévoit différentes modalités de « participation de l'assuré » aux frais de santé – notamment le **ticket modérateur**, la **participation forfaitaire** et la **franchise annuelle**<sup>1</sup>.

**1. Le ticket modérateur correspond à la fraction des tarifs servant de base aux frais de santé restant à la charge du patient ou de sa complémentaire santé**

Dès le 28 octobre 1945, neuf jours après l'ordonnance du 19 octobre 1945 qui a, conjointement avec celle du 4 octobre 1945, institué la sécurité sociale, un décret-loi a précisé que l'assuré était tenu de participer aux frais de santé à hauteur de 20 % des tarifs remboursables - il s'agit là de la naissance du **ticket modérateur**, défini au I de l'article L. 160-13.

Celui-ci désigne la **proportion des frais de santé qui n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire** mais peut être prise en charge, en tout ou partie, par **l'assurance maladie complémentaire**. Dans la pratique, sauf exceptions<sup>2</sup>, le ticket modérateur est intégralement pris en charge par les complémentaires santé dans le cadre des contrats dits « solidaires et responsables »<sup>3</sup>, couvrant près de 95 % des assurés : pour ces derniers, il n'induit donc pas à proprement parler de reste à charge.

---

<sup>1</sup> Sont également cités à cet article le forfait patients urgences, une participation de 19,61 euros à la charge du patient qui recourt aux services d'urgence sans être hospitalisé subséquentement, et le forfait hospitalier, d'un montant de 20 euros par journée d'hospitalisation (15 euros en service psychiatrique) représentant les frais d'hébergement et d'entretien encourus par l'établissement.

<sup>2</sup> Article R. 871-2 du code de la sécurité sociale – Les exceptions sont les médicaments à faible service médical rendu ou destinés au traitement de troubles ou affections sans caractère habituel de gravité, les frais de soins thermaux et les spécialités homéopathiques. Toutefois, selon une étude de la Cnam, seuls 10 % des contrats solidaires et responsables ne prennent pas en charge le ticket modérateur sur les médicaments à SMR faible.

<sup>3</sup> Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Le montant du ticket modérateur varie donc selon le tarif de sécurité sociale et le taux de remboursement applicables à l'acte<sup>1</sup>, au produit ou à la prestation sollicitée. Il représente par exemple 30 % du tarif de base applicable pour les honoraires en médecine de ville, ou 40 % pour ceux des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux. Il peut être **majoré** dans certains cas, notamment lorsqu'une consultation s'inscrit en dehors du parcours de soins coordonnés<sup>2</sup>.

## **2. La participation forfaitaire et la franchise annuelle : deux dispositifs visant à faire contribuer l'assuré aux frais de santé dans un objectif de responsabilisation**

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie<sup>3</sup> et la LFSS pour 2008<sup>4</sup> ont respectivement introduit deux dispositifs créant des montants restant à la charge de l'assuré sur sa consommation de soins : la **participation forfaitaire**<sup>5</sup> et la **franchise annuelle**<sup>6</sup>, dite franchise médicale. En mettant un montant symbolique à la charge du patient, ces dispositifs poursuivaient un **objectif de responsabilisation des assurés**.

Afin de servir cet objectif, ces montants, qui viennent en déduction du montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, **ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge** par les complémentaires santé dans le cadre d'un contrat responsable.

- La **participation forfaitaire**, d'un rendement de **691 millions d'euros** en 2024 pour le régime général, frappe les **actes et consultations pris en charge par l'assurance maladie obligatoire**, hors hospitalisation, ainsi que les **actes de biologie médicale**. Chaque participation forfaitaire représente **deux euros**<sup>7</sup>, dans la limite de 25 participations par an<sup>8</sup>. Ainsi, le **reste à charge** lié à la participation forfaitaire **ne saurait excéder 50 euros annuels pour un même assuré**<sup>9</sup>.

- La **franchise médicale**, d'un rendement de **1,04 milliard d'euros** en 2024 pour le régime général, frappe, quant à elle, la prise en charge des **médicaments**<sup>10</sup> en ville et des prestations effectuées par un pharmacien d'officine, des **actes paramédicaux**<sup>11</sup> hors hospitalisation et du **transport**

---

<sup>1</sup> Article R. 160-5 du code de la sécurité sociale.

<sup>2</sup> Articles L. 162-5-3 et R. 160-6 du code de la sécurité sociale.

<sup>3</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

<sup>4</sup> Article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

<sup>5</sup> II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

<sup>6</sup> III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

<sup>7</sup> Article R. 160-19 du code de la sécurité sociale.

<sup>8</sup> Article D. 160-6 du code de la sécurité sociale.

<sup>9</sup> Il existe également un plafond de participations forfaitaires journalier : il ne peut y avoir plus de quatre participations forfaitaires versées par un même assuré, sur une même journée et pour un même professionnel de santé, aux termes de l'article D. 160-8 du code de la sécurité sociale.

<sup>10</sup> À l'exception de ceux délivrés pendant une hospitalisation.

<sup>11</sup> À l'exception de ceux réalisés lors d'une hospitalisation.

**sanitaire non urgent**<sup>1</sup>. En revanche, aucune franchise ne s'applique sur les dispositifs médicaux. **Son coût unitaire est d'un euro**, sauf pour le transport sanitaire où elle atteint **quatre euros**. Comme pour la participation forfaitaire, la franchise annuelle est **plafonnée à 50 euros annuels** par assuré<sup>2</sup>.

Leur montant est **déterminé par voie réglementaire**. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) détermine le montant des participations forfaitaires, dans la limite d'un encadrement prévu par décret en Conseil d'État, tandis que celui de la franchise annuelle est fixé par décret.

Dans le cadre du PLFSS pour 2024, le Gouvernement avait annoncé son intention de **doubler le montant de ces contributions** – des évolutions actées par un décret en Conseil d'État<sup>3</sup> et un décret<sup>4</sup> du 16 février 2024, et entrées en vigueur le 31 mars 2024 pour les franchises, et le 15 mai 2024 pour les participations forfaitaires.

Le Gouvernement a également indiqué, avant d'annoncer y renoncer, son intention d'à nouveau doubler leur montant, mais également leur plafond, dans le courant de l'année 2026, pour des moindres dépenses estimées à 2,3 milliards d'euros.

---

<sup>1</sup> À l'exception du transport sanitaire d'urgence.

<sup>2</sup> Article D. 160-10 du code de la sécurité sociale. Des plafonds journaliers trouvent également à s'appliquer : ceux-ci sont de quatre euros pour les actes des auxiliaires médicaux et de huit euros pour les transports sanitaires.

<sup>3</sup> Décret n° 2024-113 du 16 février 2024, pour la participation forfaitaire, encadrant son montant entre deux et trois euros, complété par la Décision du 21 mars 2024 fixant le taux de la participation forfaitaire des assurés sociaux aux frais de santé en application du II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale fixant le montant de la participation forfaitaire à deux euros.

<sup>4</sup> Décret n° 2024-114 du 16 février 2024, pour la franchise médicale.

### Exemple illustratif sur la notion de ticket modérateur et de participation forfaitaire

Pour une consultation chez le médecin généraliste, le tarif opposable pour l'assurance maladie obligatoire est de 30 euros, et le taux de remboursement applicable est de 70 % en cas de respect du parcours de soins coordonnés. En multipliant ces deux chiffres, on obtient la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, soit 21 euros. En déduction de ce montant s'applique la participation forfaitaire de deux euros : la sécurité sociale rembourse la différence, soit 19 euros, à l'assuré.

En retranchant ce montant au prix payé par l'assuré, on obtient le ticket modérateur. Si le médecin est conventionné secteur 1, celui-ci est donc égal à 9 euros. Ce montant peut être pris en charge, tout ou partie, par l'assurance maladie complémentaire - c'est le cas pour tous les contrats solidaires et responsables, couvrant près de 95 % de la population.

Le reste à charge du patient correspond donc aux deux euros de participation forfaitaire auxquels peut s'ajouter, le cas échéant, tout ou partie du ticket modérateur de 9 euros.

#### Schéma explicatif de la prise en charge par l'assurance maladie



Source : ameli.fr

C. Toutefois, le législateur a prévu certaines situations dans lesquelles la participation de l'assuré à ses frais de santé est réduite ou supprimée

Le législateur a toutefois prévu d'offrir une **protection étendue** à certaines catégories d'assurés ou d'instaurer une **prise en charge intégrale ou renforcée** de la sécurité sociale pour certains types d'actes, de produits ou de prestations.

**1. Les publics les plus vulnérables et certains actes de santé publique sont exemptés de ticket modérateur**

*a) Plus d'une trentaine de situations ouvrent droit à une réduction ou une suppression de ticket modérateur, une liste constamment élargie par le législateur*

Par dérogation à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, l'article L. 160-14 du même code fixe une liste de 32 situations dans lesquelles le ticket modérateur peut être réduit ou supprimé, auxquelles s'ajoutent des exceptions régies par d'autres articles. Tel est le cas :

- pour des publics considérés comme **particulièrement vulnérables** :

○ il en va ainsi des 13,8 millions de patients souffrant<sup>1</sup> d'affections de longue durée (ALD)<sup>2</sup>, des pathologies « *comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse* »<sup>3</sup>. Un décret liste 29 pathologies ouvrant de droit l'accès à ce régime<sup>4</sup> (liste dite ALD 30), mais celui-ci peut également découler d'une pathologie hors liste<sup>5</sup> (ALD 31) dès lors que l'assuré souffre d'une forme grave d'une maladie ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave qui, sans être sur la liste précitée, répondent aux critères d'une ALD ou de polypathologies entraînant un état invalidant (ALD 32) si celles-ci nécessitent des soins continus, particulièrement coûteux, et d'une durée prévisible supérieure à six mois ;

○ la loi exempte également de ticket modérateur les patients dont le **reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire excède un certain seuil**, au cours d'une hospitalisation ou sur une période de temps déterminée<sup>6</sup> ;

---

<sup>1</sup> Données de 2022.

<sup>2</sup> 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

<sup>3</sup> 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

<sup>4</sup> Article D. 160-4 du code de la sécurité sociale.

<sup>5</sup> 4° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

<sup>6</sup> 1° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

○ les assurés bénéficiaires de **l'allocation de solidarité aux personnes âgées** ne sont pas tenues de s'acquitter du ticket modérateur<sup>1</sup> sur le transport sanitaire, et bénéficient de tickets modérateurs réduits pour les frais d'auxiliaires médicaux, de biologie médicale et pour certains médicaments<sup>2</sup> ;

○ les titulaires d'une **pension d'invalidité**<sup>3</sup> et d'une **rente AT-MP** associée à un taux d'incapacité d'au moins deux tiers ne se voient pas appliquer de ticket modérateur sur l'ensemble de leurs soins<sup>4</sup> et, pour les rentiers, ceux de leurs ayants droit ; pas davantage que les victimes de sinistres professionnels sur les frais de santé afférents ;

○ la sécurité sociale prend intégralement en charge les **frais de santé de la femme enceinte** à compter de l'entrée dans le sixième mois de grossesse et jusqu'à douze jours après l'accouchement<sup>5</sup>, et aucun ticket modérateur n'est dû pour les nouveaux-nés soignés en établissement de santé durant leurs 30 premiers jours<sup>6</sup> ou pour les frais afférents au diagnostic et au traitement de l'infertilité<sup>7</sup> ainsi qu'à l'assistance médicale à la procréation autorisée par la loi<sup>8</sup> ;

○ le ticket modérateur ne trouve pas à s'appliquer sur les frais relatifs à une **interruption volontaire de grossesse (IVG)**<sup>9</sup>.

- pour certains actes, produits et prestations concourant à la **santé publique** comme :

○ les rendez-vous de prévention<sup>10</sup> et la consultation de prévention des cancers et des addictions pour les assurés entre 18 et 25 ans<sup>11</sup> ;

○ les campagnes nationales de dépistage<sup>12</sup>, le dépistage sérologique du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et, sous condition, d'autres infections sexuellement transmissibles<sup>13</sup>, certains dépistages ciblés<sup>14</sup>, les examens obligatoires de l'enfant et les examens de repérage des troubles du neuro-développement<sup>15</sup> ;

---

<sup>1</sup> 5° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

<sup>2</sup> Article R. 160-9 du code de la sécurité sociale.

<sup>3</sup> 13° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

<sup>4</sup> Articles L. 371-1 et R. 160-10 du code de la sécurité sociale.

<sup>5</sup> Articles L. 160-9 et D. 160-3 du code de la sécurité sociale.

<sup>6</sup> Articles L. 160-14 (11°) et R. 160-17 du code de la sécurité sociale.

<sup>7</sup> 12° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

<sup>8</sup> 26° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

<sup>9</sup> 20° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

<sup>10</sup> 16° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

<sup>11</sup> 24° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

<sup>12</sup> 16° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

<sup>13</sup> 27° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

<sup>14</sup> 23° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

<sup>15</sup> 25° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

○ les frais d'acquisition des vaccins contre la rougeole, les oreillons et la rubéole pour les mineurs<sup>1</sup>, contre la grippe pour la population pour laquelle la vaccination est recommandée<sup>2</sup> et, dans le cadre des campagnes nationales de vaccination, contre les infections à papillomavirus humains et contre les infections invasives à méningocoques<sup>3</sup> ;

○ certains contraceptifs pour les assurés âgés de moins de 26 ans, la contraception d'urgence et les frais liés à la prévention en matière de santé sexuelle<sup>4</sup>.

Il est important de noter que les soins palliatifs ne sont pas explicitement mentionnés dans la liste des situations exonérant les patients de ticket modérateur. Dans les faits, nombre de patients en soins palliatifs relèvent d'une ALD ou bénéficient d'un des autres motifs d'exonération de ticket modérateur, ce qui leur ouvre néanmoins droit à une prise en charge intégrale dans la limite des tarifs de sécurité sociale.

*b) Des effets certains sur l'équilibre des finances sociales*

Les **diverses exonérations** de ticket modérateur reconnues par le code de la sécurité sociale représentent un **effort financier conséquent pour l'assurance maladie**, marquée par une situation financière particulièrement dégradée. Rappelons que l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie devraient accuser un **déficit de 17,2 milliards d'euros en 2025**, augmentant encore pour atteindre 17,7 milliards d'euros d'ici 2029.

Selon les données de la Drees, l'ensemble de ces dispositifs représenteraient, hors hôpital public, **26,4 milliards d'euros** pris en charge **par l'assurance maladie en lieu et place des complémentaires santé** - et, à titre subsidiaire, du patient. Rappelons que plus de 93 % des patients sont couverts par un contrat de complémentaire santé solidaire et responsable, qui leur assure une prise en charge intégrale du ticket modérateur par la complémentaire santé sur tous les actes à l'exception des soins thermaux, et sur tous les produits à l'exception de ceux dont le service médical rendu est faible, ceux qui visent à traiter des affections sans caractère habituel de gravité et ceux qui relèvent de l'homéopathie.

Ce montant représente **plus des deux tiers des prestations effectivement servies par les complémentaires santé**, soit 34,9 milliards d'euros en 2023.

---

<sup>1</sup> 31° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

<sup>2</sup> 30° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

<sup>3</sup> 29° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

<sup>4</sup> 21° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

## Dispositifs de financement du reste à charge hors hôpital public par les administrations publiques (dont État)

	2021	2022	2023	2024	Structure 2024 (en %)
<b>Ensemble des dispositifs de financement du reste à charge</b>	<b>25 794</b>	<b>25 473</b>	<b>26 356</b>	<b>27 791</b>	<b>100,0</b>
<b>Contingents à l'état du patient</b>	<b>16 987</b>	<b>17 628</b>	<b>18 764</b>	<b>19 896</b>	<b>71,6</b>
Affections de longue durée (ALD)	13 504	14 122	15 130	16 147	58,1
Invalidité	2 795	2 846	3 000	3 100	11,2
Maternité	410	390	362	368	1,3
Accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP)	199	194	197	207	0,7
Invalides de guerre	121	100	114	118	0,4
Nouveaux nés	12	12	12	12	0,0
<b>Contingents aux ressources</b>	<b>2 933</b>	<b>2 990</b>	<b>3 281</b>	<b>3 580</b>	<b>12,9</b>
Complémentaire santé solidaire (C2S)	2 340	2 350	2 557	2 792	10,0
Aide médicale de l'État (AME)	898	942	1 098	1 242	4,5
Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa)	219	239	273	297	1,1
Soins de ville à Mayotte	1	2	3	0	0,0
<b>Limitant le RAC sur certains soins</b>	<b>1 950</b>	<b>1 991</b>	<b>2 137</b>	<b>2 227</b>	<b>8,0</b>
Ticket modérateur forfaitaire	1 418	1 456	1 578	1 647	5,9
Orthodontie couteuse	467	491	515	530	1,9
Hospitalisation de plus de 30 jours	65	43	44	49	0,2
Prévention individuelle	1	1	1	1	0,0
<b>Locaux et spéciaux</b>	<b>756</b>	<b>764</b>	<b>798</b>	<b>850</b>	<b>3,1</b>
Alsace-Moselle	308	317	340	378	1,4
Régimes spéciaux	343	346	356	368	1,3
Détenus	102	99	100	101	0,4
Cas dérogatoires pour dépassements d'honoraires (victimes du terrorisme, etc.)	2	2	2	3	0,0
<b>Dispositifs Covid-19</b>	<b>2 320</b>	<b>1 251</b>	<b>396</b>	<b>162</b>	<b>0,6</b>
<b>Non classées ailleurs</b>	<b>269</b>	<b>272</b>	<b>280</b>	<b>268</b>	<b>1,0</b>

Source : Drees

## 2. La participation forfaitaire et la franchise annuelle ne s'appliquent pas à tous les assurés, même si la liste des exemptions est plus réduite que pour le ticket modérateur

Participation forfaitaire et franchise médicale **s'appliquent à tous les assurés**, à l'exception des **mineurs**<sup>1</sup>, des bénéficiaires de la **complémentaire santé solidaire**<sup>2</sup> ou de **l'aide médicale d'État**<sup>3</sup>, des femmes bénéficiant de l'assurance maternité<sup>4</sup> et des **victimes d'un acte de terrorisme**<sup>5</sup>, pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

<sup>1</sup> Article L. 160-15 du code de la sécurité sociale.

<sup>2</sup> Article L. 160-15 du code de la sécurité sociale.

<sup>3</sup> Article L. 252-1 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>4</sup> Article L. 160-9 du code de la sécurité sociale.

<sup>5</sup> Article L. 169-2 du code de la sécurité sociale.

**D. Le dispositif proposé : une prise en charge intégrale des actes, produits et prestations en lien avec l'aide à mourir, avec exemption de franchise annuelle et de participation forfaitaire**

L'article 18 reprend les dispositions de l'article 19 du projet de loi sur la fin de vie, tel qu'adopté par la commission spéciale avant l'interruption de l'examen du texte consécutivement à la dissolution de l'Assemblée nationale.

Il se propose de **faire figurer les frais afférents à la mise en œuvre de la proposition de loi au sein de l'article L. 160-8**, une évolution législative nécessaire afin que ceux-ci puissent faire l'objet d'une **prise en charge par l'assurance maladie** (1° du I).

L'article 18 fixe également le principe d'une **dispense de ticket modérateur sur ces frais** en insérant un 3° en ce sens à l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale (2° du I), et d'une **exemption de franchise annuelle et de participation forfaitaire** en modifiant l'article L. 160-15 du même code, qui subit également une réécriture rédactionnelle (3° du I).

En son II, l'article 18 **renvoie à un arrêté** la fixation des prix de cession des préparations magistrales létales, couvrant les frais de leur réalisation, de leur acheminement et de leur délivrance, et le tarif des honoraires et rémunérations forfaitaires des professionnels de santé pour les missions en lien avec l'aide à mourir, lesquels ne pourront faire l'objet de dépassements d'honoraires.

**Les conditions de prise en charge financière de l'aide à mourir dans les États ayant légiféré sur la question**

La **prise en charge financière** des frais afférents à l'aide à mourir par les assurances sociales **n'est pas garantie uniformément** parmi les pays ayant autorisé une telle pratique.

Celle-ci est **corrélée à l'étendue de la prise en charge offerte plus généralement par les assurances sociales obligatoires** : ainsi, **en Espagne, l'aide à mourir n'induit pas de frais pour le patient**, tandis que **le suicide assisté est à la charge exclusive du patient en Suisse**.

En France, le Gouvernement faisait valoir, dans son étude d'impact sur le projet de loi initial, qu'une absence de prise en charge de l'aide à mourir **contreviendrait, à son sens, à l'objectif à valeur constitutionnelle du droit à la protection de la santé** consacré par le onzième alinéa du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

## II - Les principales modifications adoptées

### A. En première lecture à l'Assemblée nationale

#### 1. Au stade de la commission

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté six amendements à l'article 18 en première lecture.

Sur proposition de sa rapporteure Mme Leboucher (La France insoumise - Nouveau Front Populaire), la commission a fait obligation aux ministres concernés de **prendre dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la proposition de loi l'arrêté fixant le prix de cession des préparations magistrales létales et le tarif des honoraires perçus par les professionnels de santé** au titre des missions relatives à l'aide à mourir.

Un amendement de Mme Erodi et ses collègues du groupe LFI-NFP, précisé par un sous-amendement de la rapporteure précitée, a également complété l'article 18 par un III spécifiant **qu'aucune rémunération ou gratification**, en espèces ou en nature, quelle qu'en soit la forme, ne saurait être allouée **en échange d'un service dans le cadre de la procédure d'aide à mourir**.

La commission a, enfin, adopté **deux amendements de coordination** de sa rapporteure Mme Leboucher tirant les conséquences de la codification des dispositions relatives à la fin de vie, ainsi qu'un **amendement rédactionnel** de sa rapporteure.

#### 2. Au stade de la séance publique

L'Assemblée nationale a **adopté l'article 18 en première lecture**, dans sa rédaction résultant des travaux de sa commission des affaires sociales.

### B. En première lecture au Sénat

#### 1. Au stade de la commission

La commission a adopté un amendement de ses rapporteurs visant à **soumettre à ticket modérateur, participation forfaitaire et franchise médicale** les actes et produits en lien avec une assistance médicale à mourir, afin de ne pas leur réserver un **régime de prise en charge plus favorable que celui qui s'applique aux soins palliatifs**.

La commission a adopté **trois autres amendements de ses rapporteurs**, tendant :

- à **supprimer une injonction au Gouvernement** quant à l'échéance de publication d'un arrêté ;

- à **codifier les dispositions relatives aux dépassements d'honoraires** sur les actes relatifs à l'assistance médicale à mourir ;

- à **substituer la notion d'assistance médicale à mourir** à celle d'aide à mourir.

## **2. Au stade de la séance publique**

**Le Sénat a rejeté la proposition de loi en première lecture.**

### **C. En deuxième lecture à l'Assemblée nationale**

#### **1. Au stade de la commission**

En deuxième lecture, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté l'article 18, **modifié par trois amendements** de ses rapporteurs. L'un d'eux procède à la **codification** des dispositions relatives à **l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires** sur les actes en lien avec l'aide à mourir, déjà proposée par la commission des affaires sociales du Sénat.

Un deuxième amendement fait figurer à l'article 18 des dispositions, que la **commission sénatoriale avait introduites à l'article 11**, prévoyant que les actes relatifs à l'aide à mourir **reçoivent un code spécifique** au sein de la liste des actes et prestations.

Enfin, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté un **amendement de clarification** rédactionnelle.

#### **2. Au stade de la séance publique**

L'Assemblée nationale a **adopté l'article 18 en deuxième lecture**, dans sa rédaction résultant des travaux de sa commission des affaires sociales.

**En deuxième lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

### **III - La position de la commission**

La commission **maintient la position qu'elle avait défendue** en première lecture concernant la prise en charge des actes et produits relatifs à la mise en œuvre de l'assistance médicale à mourir.

Si l'assistance médicale à mourir ne relève pas, *stricto sensu*, du soin, il ne reste pas moins **logique qu'elle soit prise en charge par l'assurance maladie** dès lors que le champ qu'elle couvre aujourd'hui **s'étend au-delà du soin dans son acception traditionnelle**.

Toutefois, les rapporteurs **n'estiment pertinent ni d'instaurer une exonération de ticket modérateur** sur les actes, produits et prestations en lien avec l'aide à mourir, **ni de leur rendre inapplicables les franchises et participations forfaitaires**.

En effet, cela reviendrait à créer, pour l'assistance médicale à mourir, **un régime de financement dérogatoire, plus favorable que celui qui s'applique aux soins palliatifs**. Les rapporteurs, qui estiment que les soins palliatifs doivent être la **solution de prise en charge prioritaire des patients, se refusent à créer un régime plus désavantageux pour ces soins** que pour l'assistance médicale à mourir, et entendent donc aligner, dans la loi, le remboursement des actes concernés.

Dans les faits, la commission rappelle que **rare seront les patients qui auront à s'acquitter d'un ticket modérateur** sur les actes et produits relatifs à l'assistance médicale à mourir, du fait des **diverses exemptions déjà prévues** par le droit en vigueur et de l'obligation incombant aux complémentaires santé de **prendre en charge l'intégralité du ticket modérateur** dans le cadre du contrat responsable, presque hégémonique.

Par conséquent, à l'initiative des rapporteurs, la commission a adopté, comme en première lecture, un amendement COM-124 visant à soumettre **au ticket modérateur, à la participation forfaitaire et à la franchise les actes, produits et prestations en lien avec l'assistance médicale à mourir, comme la loi le prévoit pour les soins palliatifs**.

La commission a par ailleurs adopté, comme en première lecture, un amendement COM-125 de ses rapporteurs, supprimant du texte une **injonction au Gouvernement** de publier sous trois mois l'arrêté tarifaire relatif aux actes en lien avec l'assistance médicale à mourir.

Elle a, enfin, adopté l'amendement sémantique COM-126 et l'amendement rédactionnel COM-123.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

Article 19

**Non-applicabilité aux personnes recourant à l'aide à mourir des conditions particulières liées au suicide dans les contrats d'assurance décès**

*Cet article vise à faire obstacle à l'application aux personnes recourant à l'aide à mourir des ruptures de couverture d'assurance décès prévues par la loi en cas de suicide et à garantir que les assurances décès s'appliquent aux patients décédés après recours à l'aide à mourir.*

*La commission a adopté cet article avec des modifications sémantiques.*

**I - Le dispositif proposé**

*A. L'assurance décès vise à libérer à ses ayants droit un capital ou une rente pour pallier les conséquences financières susceptibles de résulter de la mort du souscripteur*

**1. Le contrat d'assurance décès s'inscrit dans le cadre plus large de l'assurance prévoyance**

Au sein des contrats d'assurances, on distingue les assurances de personnes et les assurances de biens. Les premières protègent l'assuré et ses proches contre les conséquences financières liées à des aléas touchant la personne humaine.

On distingue traditionnellement deux segments de marché dans l'assurance de personnes : l'assurance épargne-retraite et l'assurance santé-prévoyance.

Nous nous intéresserons ici plus spécifiquement à **l'assurance prévoyance**, qui vise à **couvrir la perte de revenus consécutive à divers événements de la vie**, comme l'invalidité, l'incapacité de travail temporaire ou permanente liée à la maladie ou à un sinistre professionnel, la perte d'autonomie ou le décès. Son objectif est de **garantir aux assurés le maintien d'un certain niveau de vie** si ces risques affectant sa situation financière se matérialisent et occasionnent une réduction forcée du temps de travail et du revenu.

## **2. L'assurance décès, un capital ou une rente visant à protéger les proches d'un assuré contre les conséquences financières résultant de sa mort**

L'assurance décès a pour objectif principal de **protéger financièrement les proches d'un assuré** si celui-ci venait à disparaître. Le souscripteur choisit avec l'organisme qui l'assure une prime d'assurance et ce dernier s'engage, en contrepartie, à **verser aux bénéficiaires du contrat un capital fixe ou une rente** en cas de décès de l'assuré. Le capital ou la rente d'un contrat d'assurance décès ne rentrent pas dans la succession du défunt<sup>1</sup> et sont donc **exonérés de droits de mutation à titre gratuit (DMTG)**, sauf lorsque le contrat ne stipule aucun bénéficiaire<sup>2</sup>. La loi prévoit également certaines situations dans lesquelles le capital ou la rente ne peuvent pas être réclamés par les créanciers de l'assuré.

Seuls sont habilités à proposer des contrats de prévoyance, et des contrats d'assurance contre le décès *a fortiori*, les entreprises d'assurance, les institutions de prévoyance et les mutuelles. Chacun de ces organismes évolue dans un cadre juridique propre, défini par le code des assurances pour les entreprises d'assurance, par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale pour les institutions de prévoyance et par le code de la mutualité pour les mutuelles. Dans la pratique, l'encadrement des contrats d'assurance décès est similaire pour les trois types d'acteurs<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Articles L. 132-12 du code des assurances et L. 223-13 du code de la mutualité.

<sup>2</sup> Article L. 132-11 du code des assurances et L. 223-12 du code de la mutualité.

<sup>3</sup> L'article L. 932-23 du code de la sécurité sociale renvoie par exemple au code des assurances une grande partie des dispositions applicables aux opérations d'assurance sur la vie et sur la capitalisation. Sauf précision contraire, tous les articles du code de l'assurance cités dans ce commentaire concernent donc également les institutions de prévoyance.

### Les acteurs du marché de l'assurance en France

En France, les organismes d'assurance peuvent être régis par trois codes :

(i) Le code de la mutualité. Les organismes relevant du code de la mutualité sont dénommés « mutuelles ». Ces mutuelles sont des organismes à but non lucratif qui appartiennent à leurs assurés et réinvestissent à leur profit les bénéfices qu'elles peuvent réaliser. Le code de la mutualité autorise les mutuelles à exercer essentiellement sur le champ des risques sociaux (santé, incapacité, invalidité, dépendance, décès, retraite, emploi, famille). Elles peuvent exercer quelques activités hors de ce champ (caution immobilière, protection juridique, assistance et capitalisation) mais celles-ci restent en pratique très marginales.

(ii) Le code de la sécurité sociale. Les institutions de prévoyance, qui relèvent de ce code, sont également à but non lucratif. Elles appartiennent à leurs adhérents et participants et réinvestissent à leur profit les bénéfices qu'elles peuvent réaliser. Le code de la sécurité sociale ne leur permet d'exercer que des activités sur le champ des risques sociaux. Les institutions de prévoyance sont spécialisées sur la couverture des entreprises ou des branches professionnelles (contrats collectifs) et sont des organismes dits « paritaires » : leurs conseils d'administration comportent, à égalité, des représentants des salariés et des employeurs des entreprises adhérentes.

(iii) Le code des assurances. Les organismes relevant de ce code, qui sont majoritairement des entreprises d'assurance, peuvent exercer une plus grande variété d'activités d'assurance (assurance automobile, habitation, responsabilité civile, catastrophes naturelles, dommages aux biens, capitalisation et assurance vie, etc.). Les entreprises d'assurance peuvent être des mutuelles d'assurance (ou sociétés d'assurance mutuelles) ou des compagnies d'assurance. Les mutuelles d'assurance sont des organismes à but non lucratif qui appartiennent à leurs adhérents, nommés « sociétaires », et qui ont ainsi un fonctionnement proche de celui des mutuelles. Les compagnies d'assurance sont quant à elles des entreprises à but lucratif, qui appartiennent à leurs actionnaires.

*Source : Drees, 2024, Rapport 2024 Sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*

L'assurance décès peut résulter d'un contrat temporaire ou d'un contrat vie entière : dans le premier cas, le capital ou la rente n'est due aux bénéficiaires que si l'assuré décède avant une date fixée dans le contrat. Il s'agit d'une option répandue notamment pour subvenir aux besoins éducatifs d'enfants ou pour honorer un emprunt.

L'assurance en cas de décès se limite parfois à un **contrat obsèques**, se résumant à la prise en charge des démarches et des frais afférents aux funérailles.

### **Assurance-vie et assurance décès : deux contrats à distinguer**

Il convient de différencier l'assurance décès de l'assurance vie, un produit d'épargne permettant au souscripteur de constituer en un versement unique ou par des versements périodiques un capital, augmenté d'intérêts au fil du temps et bénéficiant d'un régime fiscal avantageux à la succession.

Les contrats d'assurance décès peuvent être à adhésion individuelle ou collective, ce dernier cas correspondant le plus souvent à une couverture prévoyance prévue par un employeur pour tout ou partie des personnels. Le souscripteur d'un contrat d'assurance décès peut être l'assuré ou un tiers<sup>1</sup>, dans le cadre d'un contrat collectif ou, lorsque l'assuré a donné son consentement par écrit, d'un contrat individuel<sup>2</sup>.

Il est à noter qu'**aucune assurance décès ne saurait être contractée sur la tête d'un mineur de moins de douze ans, d'une personne hospitalisée en établissement psychiatrique ou d'un majeur sous tutelle**, hormis, vis-à-vis de ces derniers, pour certains contrats obsèques<sup>3</sup> et pour certains contrats collectifs mutualistes<sup>4</sup>. Pour les mineurs de plus de douze ans, l'autorisation du parent investi de l'autorité parentale, du tuteur ou du curateur est requise pour la souscription d'une assurance décès<sup>5</sup> à peine de nullité.

Les bénéficiaires d'une assurance décès peuvent être **le conjoint, les enfants ou toute autre personne choisie par l'assuré** à la souscription.

### **3. Le marché de l'assurance prévoyance est porté équitablement par les assurances décès toutes causes et les assurances prévoyance plus larges**

Selon les données de France Assureurs, le marché de l'assurance prévoyance représente, en 2024, **39,6 milliards d'euros** pour l'ensemble des acteurs, répartis entre l'assurance décès toutes causes seule (18,4 milliards d'euros) et l'assurance incapacité-invalidité-dépendance-décès accidentel (21,2 milliards d'euros), dont le spectre est plus large.

---

<sup>1</sup> Articles L. 132-1 du code des assurances et L. 223-3 du code de la mutualité.

<sup>2</sup> Articles L. 132-2 du code des assurances et L. 225-4 du code de la mutualité.

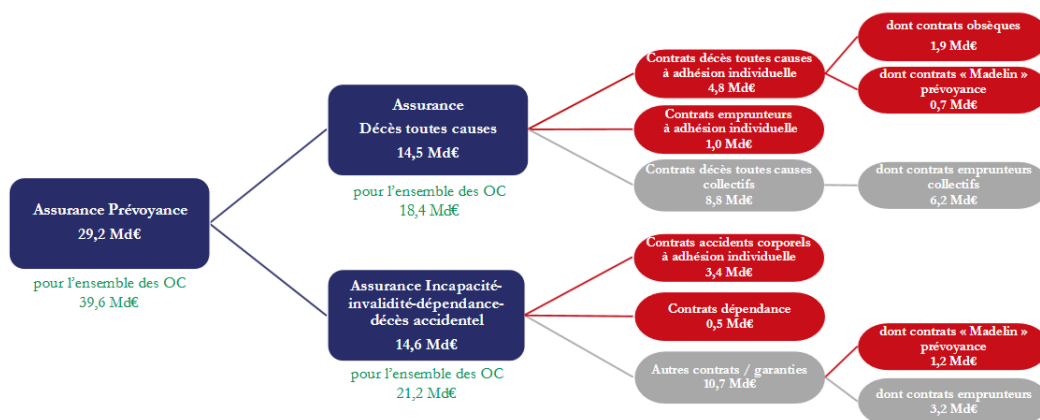
<sup>3</sup> Articles L. 132-3 du code des assurances et L. 225-5 du code de la mutualité.

<sup>4</sup> Articles L. 225-6 du code de la mutualité.

<sup>5</sup> Article L. 132-4 du code des assurances et L. 225-7 du code de la mutualité.

## Marché de l'assurance prévoyance en France

### Cotisations en assurance prévoyance en 2024



Source : France Assureurs

En restreignant le champ aux seuls assureurs, on constate que la dynamique du marché est portée par les assurances prévoyance au sens large (+ 7,5 % en 2024, + 5,6 % en 2023), notamment du fait du **développement des accords de prévoyance collectifs** chez les employeurs.

Selon les chiffres du Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), 14 millions de salariés exerçant dans plus de deux millions d'entreprises étaient couverts, en 2022, par un accord de prévoyance incluant des garanties d'assurance décès. Deux propositions de loi de députés, l'une de Mme Panosyan-Bouvet, déposée en 2024, et l'autre de M. Viry, déposée le 16 septembre 2025, prévoient de généraliser la prévoyance collective obligatoire, aujourd'hui essentiellement limitée aux cadres, dans un contexte où 6 millions d'actifs seraient dépourvus de couverture prévoyance selon l'Observatoire de l'imprévoyance.

La dynamique des contrats de prévoyance collectifs sera probablement renforcée par le secteur public en vertu de l'accord interministériel du 7 mars 2022<sup>1</sup> et du décret qui l'a rendu applicable<sup>2</sup>, qui prévoient que les employeurs de l'État proposent obligatoirement à leurs agents fonctionnaires et contractuels un contrat de prévoyance à adhésion facultative, sur un calendrier échelonné jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2026.

Dans la fonction publique territoriale et hospitalière, l'établissement employeur est ou sera tenu, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026, de prendre en charge partiellement les cotisations des agents à une complémentaire prévoyance. Un accord collectif national du 11 juillet 2023 a posé le principe de la généralisation de contrats collectifs prévoyance à adhésion obligatoire avec participation

<sup>1</sup> Accord interministériel relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État.

<sup>2</sup> Décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024 relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique de l'État.

de l'employeur à hauteur de 50 % de la cotisation *a minima* dans la fonction publique territoriale. La loi n° 2025-1251 du 22 décembre 2025 relative à la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux, adoptée à l'initiative de Mme Florennes, l'a transcrit au niveau législatif.

Le secteur de l'assurance prévoyance est lucratif pour les entreprises d'assurance, qui perçoivent des cotisations à hauteur de 29,2 milliards d'euros en 2024 et ne servent des prestations qu'à hauteur de 13,9 milliards d'euros la même année – pour une charge totale de 16,6 milliards d'euros en tenant compte notamment des frais de gestion.

**B. La loi exclut la couverture du suicide lors de la première année de souscription d'un contrat d'assurance décès et en cas d'homicide volontaire de l'assuré par le bénéficiaire**

Les articles L. 132-7 du code des assurances et L. 223-9 du code de la mutualité prévoient, pour les contrats d'assurance décès, **des dispositions spécifiques au suicide.**

Ces deux articles prévoient **l'exclusion du versement des garanties de tout contrat d'assurance décès en cas de suicide au cours de la première année de souscription**, sauf pour les contrats d'assurance de groupe. Cette spécificité peut s'expliquer par le fait que la police d'assurance vise à s'assurer contre un aléa ou contre un risque : le législateur a donc souhaité **prévenir des cas de souscription d'une assurance décès par un assuré prévoyant de se donner la mort**, estimant qu'une telle garantie pourrait être de nature à favoriser le passage à l'acte.

Le risque de suicide n'est donc couvert par l'assurance décès qu'à compter de la deuxième année du contrat. De la même manière, lorsque les garanties sont revues à la hausse au cours de la vie du contrat, un suicide la première année après l'avenant fait obstacle à la perception, par le bénéficiaire, des garanties supplémentaires.

La loi prévoit également qu'un contrat d'assurance décès est de nul effet à l'égard d'un bénéficiaire condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'assuré<sup>1</sup>.

Enfin, l'article L. 113-1 du code des assurances prévoit que, lorsque les pertes et dommages proviennent d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré, l'assureur ne verse pas les prestations associées à la matérialisation du risque.

---

<sup>1</sup> Articles L. 132-24 du code des assurances et L. 223-23 du code de la mutualité.

*C. Les États ayant légiféré sur l'aide à mourir n'ont pas tous souhaité que l'assurance décès puisse couvrir les morts consécutives au recours à une euthanasie ou un suicide assisté*

• Dans certaines législations, **l'euthanasie ou le suicide assisté sont considérés comme une mort naturelle, et non comme un suicide**, ce qui garantit aux bénéficiaires de contrats d'assurances en cas de décès de **toucher sans limitation les garanties souscrites en cas de recours par l'assuré à une aide à mourir**. Tel est le cas de la Belgique ou du Luxembourg, mais aussi, en droit, du Québec.

Si la loi québécoise prévoit que « *la décision prise par une personne [...] qui consiste à refuser de recevoir un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie ou à retirer son consentement à un tel soin, de même que celle de recourir à la sédation palliative continue ou à l'aide médicale à mourir, ne peut être invoquée pour refuser de payer une prestation ou toute autre somme due en matière contractuelle* », il est toutefois notable qu'un jugement de la Cour supérieure du Québec, dit « **jugement Baudouin** », a ouvert l'euthanasie à des **cas de mort non imminente**. En conséquence, les compagnies proposant des prestations assurantielles en cas de décès pourraient être amenées à **assimiler ces derniers décès à un suicide**, le pronostic vital du patient n'étant pas nécessairement engagé à court ou moyen terme. Cela pourrait induire un refus de verser les prestations pour les contrats souscrits deux ans ou moins avant le recours à l'euthanasie. Aucune décision de justice n'a à ce jour été rendue à ce sujet.

• D'autres États, de **tradition plus libérale**, n'ont **pas modifié les dispositions en vigueur** sur les contrats d'assurance décès **pour s'adapter au cas du recours à l'euthanasie ou au suicide assisté**.

En Suisse, le recours au suicide assisté est **assimilé au suicide** pour l'application des polices d'assurance : les prestations ne sont alors **pas réduites** dès lors que le recours au suicide assisté intervient **trois ans au moins après la souscription du contrat**.

Aux Pays-Bas, **chaque compagnie d'assurance est chargée de définir sa politique en la matière**. Dans la plupart des cas, l'euthanasie ou le suicide assisté, sans être considérés comme une mort naturelle par la loi, ne sont pas pour autant assimilés au suicide par les assureurs. Selon l'étude d'impact au projet de loi initial, **les garanties des assurances décès sont majoritairement versées en cas de recours à une aide active à mourir**, mais certaines compagnies d'assurance prévoient une **période de carence de deux ans** à compter de la souscription au cours de laquelle **les prestations sont réduites ou annulées** dans cette hypothèse. **Pour les assurances obsèques**, il apparaît, selon la même étude d'impact, plus fréquent que **les assureurs imposent des délais de carence d'un à deux ans**, même si certains assureurs acceptent de verser les prestations sans délai dès lors que les **questions de santé ont été remplies honnêtement lors de la souscription de la police**. Des évolutions prochaines pourraient résulter de **l'ouverture de l'aide active à mourir pour « vie complète »**, sans

pronostic vital engagé à court ou moyen terme, aujourd'hui dans le débat public aux Pays-Bas.

**D. Le dispositif proposé : une couverture obligatoire de l'aide à mourir par les contrats d'assurance décès en cours ou futurs, dès la première année de souscription**

L'article 19 reprend les dispositions de l'article 20 du projet de loi sur la fin de vie, tel qu'adopté par la commission spéciale avant l'interruption de l'examen du texte consécutivement à la dissolution de l'Assemblée nationale.

En son I, il explicite, au sein de l'article L. 132-7 du code des assurances encadrant les assurances décès proposées par les entreprises d'assurance et, par renvoi, par les institutions de prévoyance, que **l'assurance en cas de décès couvre le décès consécutif à une mise en œuvre de l'aide à mourir**. Il fait ainsi obstacle à l'application des dispositions particulières excluant de la couverture au titre de l'assurance décès les cas de suicide dans la première année de souscription.

Le II procède à la même modification au sein de l'article L. 223-9 du code de la mutualité, le pendant de l'article L. 132-7 du code des assurances pour les mutuelles.

Le III prévoit que ces précisions s'appliquent non seulement aux contrats non encore conclus à l'entrée en vigueur de la loi, mais également à ceux déjà en cours.

**La liberté contractuelle, un principe de valeur constitutionnelle pouvant toutefois être limité pour respecter d'autres exigences constitutionnelles ou pour des motifs d'intérêt général ou d'ordre public**

Tirée de l'article 4 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen du 26 août 1789, **la liberté contractuelle a vu sa valeur constitutionnelle consacrée sans ambiguïté** par une décision du Conseil constitutionnel en 2000<sup>1</sup>.

En ce sens, il ne saurait être imposé aux parties d'un contrat de modifier un contrat en cours, comme le prévoit cet article, **sauf si la limitation à la liberté contractuelle prévue par la loi répond à d'autres exigences constitutionnelles** ou à des motifs d'intérêt général ou d'ordre public et ne provoque pas une atteinte manifestement disproportionnée à cette liberté au regard de l'objectif poursuivi<sup>2</sup>.

Selon l'étude d'impact du projet de loi initial, l'aléa caractéristique du contrat assurantiel serait préservé en ce que l'assuré est tenu de **répondre exactement aux questions posées par l'assureur**, notamment dans le formulaire de déclaration du risque<sup>3</sup> : **l'assureur serait donc informé**, s'il le souhaitait, **de l'existence d'une pathologie grave et incurable** déclarée avant la souscription de la police d'assurance. L'assureur est, de plus, **libre de demander à l'assuré**

<sup>1</sup> Décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

<sup>2</sup> Décision n° 2019-816 QPC du 29 novembre 2019, Fédération nationale des syndicats du spectacle, du cinéma, de l'audiovisuel et de l'action culturelle CGT et autre.

<sup>3</sup> Article L. 113-2 du code des assurances.

**s'il a engagé une procédure d'aide à mourir** et pourrait à ce titre refuser de conclure une police d'assurance décès avec lui ou augmenter la prime d'assurance.

De telles dispositions ne figurent cependant pas dans le code de la mutualité.

Il est, en outre, remarquable que **cette possibilité n'est plus ouverte pour l'assureur d'un crédit immobilier en cas de décès<sup>1</sup>** lorsque la part assurée n'excède pas 200 000 euros et lorsque le remboursement total du crédit est prévu avant le soixantième anniversaire de l'emprunteur depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2022-270 du 28 février 2022 pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur, dite loi Lemoine.

Il serait donc possible **qu'un assuré conscient d'être atteint d'une pathologie grave et incurable contracte un prêt immobilier, qu'il s'assure à ce titre et qu'il décide dans la foulée de recourir à l'aide à mourir**, sans pour autant que l'assureur ne puisse refuser de lui verser les prestations prévues par la police d'assurance.

## **II - Les principales modifications adoptées**

### **A. En première lecture à l'Assemblée nationale**

#### **1. Au stade de la commission**

En première lecture, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté l'article 19 **sans modification**.

#### **2. Au stade de la séance publique**

L'Assemblée nationale a adopté cet article **sans modification en première lecture**.

### **B. En première lecture au Sénat**

#### **1. Au stade de la commission**

La commission s'est bornée à adopter un amendement sémantique de ses rapporteurs.

#### **2. Au stade de la séance publique**

**Le Sénat a rejeté la proposition de loi en première lecture.**

### **C. En deuxième lecture à l'Assemblée nationale**

#### **1. Au stade de la commission**

La commission a adopté un **amendement rédactionnel de ses rapporteurs**.

---

<sup>1</sup> Article L. 113-2-1 du code des assurances.

## **2. Au stade de la séance publique**

**L'Assemblée nationale a adopté l'article dans la rédaction issue des travaux de sa commission des affaires sociales.**

**En deuxième lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.**

### **III - La position de la commission**

**Comme en première lecture, la commission a soutenu les dispositions de l'article 19 de la proposition de loi, estimant que, compte tenu du resserrement des conditions d'éligibilité à l'assistance médicale à mourir, la survenue du décès par assistance médicale à mourir était analogue à la survenue naturelle de cet aléa.**

Dès lors, il apparaît **préférable de neutraliser d'emblée les différences dans les couvertures assurantielles** offertes au patient en fin de vie en fonction du choix que celui-ci fera, et de prévoir que tout décès intervenant naturellement, à l'issue d'une sédation profonde et continue ou d'une procédure d'assistance médicale à mourir soit couvert par les assurances décès.

La commission s'est donc bornée à adopter **l'amendement sémantique COM-127**, qui remplace la notion d'aide à mourir par celle d'assistance médicale à mourir.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

*Article 19 bis*

**Habilitation à légiférer par ordonnance pour l'extension et l'adaptation des dispositions de la présente loi aux collectivités de Saint-Pierre-et-Miquelon, Mayotte, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française et Wallis-et-Futuna**

*Cet article, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture, demande au Parlement d'habiliter le Gouvernement à légiférer par ordonnance afin de prendre, dans un délai de douze mois, des mesures visant à étendre les dispositions de la présente proposition de loi aux collectivités ultramarines de Nouvelle-Calédonie, de Polynésie française, de Wallis-et-Futuna, de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte.*

*La commission a adopté cet article sans modification.*

**I - Le dispositif proposé**

Le présent article est issu d'un amendement du Gouvernement<sup>1</sup> adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Il reprend les dispositions de l'article 21 du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie en ce qu'il a pour objet de solliciter une habilitation du Gouvernement à légiférer par ordonnance dans un délai de douze mois, afin de prendre les adaptations nécessaires à l'application du présent texte aux collectivités ultramarines de la Nouvelle-Calédonie, de la Polynésie française, de Wallis-et-Futuna, de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte.

L'article 38 de la Constitution permet en effet au Gouvernement, pour l'exécution de son programme, de demander au Parlement l'autorisation de prendre par ordonnances, pendant un délai limité, des mesures qui sont normalement du domaine de la loi.

Ces collectivités disposent de statuts différents qui justifient des mesures d'adaptation afin d'y rendre la procédure d'aide à mourir applicable.

Le territoire de Mayotte est depuis le 31 mars 2011 un département d'outre-mer régi par l'article 73 de la Constitution. Il est à ce titre soumis au principe d'identité législative en vertu duquel les lois et règlements adoptés postérieurement à la départementalisation y sont directement applicables. Si les dispositions du code de la santé publique y ont été étendues par l'ordonnance n° 2017-1178 du 19 juillet 2017, tel n'est pas le cas du code de la sécurité sociale. L'extension de la procédure d'aide à mourir sur ce territoire nécessite donc des adaptations législatives.

---

<sup>1</sup> Amendement n° 2647.

Les territoires de Saint-Pierre-et-Miquelon, de la Polynésie française et de Wallis-et-Futuna sont des collectivités d'outre-mer régies par l'article 74 de la Constitution.

Ces collectivités disposent d'un statut particulier défini par une loi organique, qui tient compte des intérêts propres à chacune d'elles au sein de la République. Si la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon est, comme Mayotte, soumise au principe d'identité législative, la Polynésie française et Wallis-et-Futuna sont soumises au principe de spécialité législative. Elles bénéficient donc d'un pouvoir normatif dans un certain nombre de domaines, ce qui justifie que les lois et règlements subissent des adaptations pour y trouver application.

La Nouvelle-Calédonie dispose, depuis l'accord de Nouméa du 5 mai 1998, d'un statut particulier et transitoire dans l'attente de l'issue du processus de référendum sur son accession à la pleine souveraineté. Elle est pour sa part régie par les articles 76 et 77 de la Constitution.

L'étude d'impact de l'article 21 du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie renseigne que l'extension et l'adaptation des dispositions de la procédure d'aide à mourir aux territoires de Saint-Pierre-et-Miquelon, de Mayotte, de la Polynésie française ainsi que de la Nouvelle-Calédonie et Wallis-et-Futuna pourraient être effectuées par des dispositions intégrées à la loi. À l'exception des modifications inhérentes à Mayotte, le Gouvernement pourrait également recourir à une ordonnance de l'article 74-1 pour procéder à l'extension du présent texte aux territoires précités.

La demande d'habilitation à légiférer par ordonnance se justifie par le précédent de l'article 13 de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, étendant les articles 1<sup>er</sup> à 11 de cette loi à la Nouvelle-Calédonie ainsi qu'à la Polynésie française. Or, ces dispositions se sont toutefois avérées incomplètes dans la mesure où elles n'ont pas tiré l'ensemble des conséquences de cette extension au sein des parties du code de la santé publique dédiées à ces collectivités.

## II - Les principales modifications adoptées

### A. Les modifications apportées en première lecture au Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté **cet article sans modification.**

En séance publique, le Sénat a rejeté la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale.

### B. Les modifications apportées en deuxième lecture à l'Assemblée nationale

En seconde lecture, l'Assemblée nationale a adopté **cet article sans modification.**

## III - La position de la commission

Si la commission souhaite par principe limiter autant que possible le recours au mécanisme de l'article 38 qui dessaisit le Parlement de son pouvoir législatif, la demande d'habilitation sollicitée par le Gouvernement au présent article emporte sa conviction au regard de la multiplicité des collectivités concernées et de l'impératif de sécurité juridique avancé. **Elle a, en conséquence, adopté cet article sans modification.**

*Article 20 (supprimé)*

### **Gage financier de la proposition de loi**

*Cet article gage les conséquences financières sur les organismes de sécurité sociale et sur l'État de l'adoption de la présente proposition de loi.*

*La commission a maintenu la suppression de cet article.*

## I - Le dispositif proposé

**L'article 20 gage**, en son I, l'incidence de la proposition de loi sur les finances des organismes de sécurité sociale, par majoration à due concurrence de **l'accise sur les tabacs** prévue au chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Il gage, en son II, l'incidence de la proposition de loi sur les finances de l'État, par majoration à due concurrence de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre III du code des impositions sur les biens et services.

## **II - Les principales modifications adoptées**

### **A. En première lecture à l'Assemblée nationale**

**Cet article a été supprimé par amendement gouvernemental lors de la séance publique à l'Assemblée nationale.** Deux amendements de suppression identiques, déposés par Mme Mansouri et certains de ses collègues des groupes Union des droites pour la République (UDR) et Rassemblement national, et par M. Renault (Rassemblement national), ont également été adoptés.

### **B. En première lecture au Sénat**

La commission a maintenu la suppression de l'article 20.

**Le Sénat a rejeté la proposition de loi en première lecture.**

### **C. En deuxième lecture à l'Assemblée nationale**

**L'Assemblée nationale a maintenu la suppression de l'article 20.**

## **III - La position de la commission**

**La commission a maintenu la suppression de cet article.**



## EXAMEN EN COMMISSION

*Réunie le mercredi 29 avril 2026, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission examine le rapport de Mme Christine Bonfanti-Dossat et M. Alain Milon, rapporteurs, sur la proposition de loi (n° 440, 2025-2026) relative au droit à l'aide à mourir.*



**RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45  
DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3,  
DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)**

En application de l'article 45, alinéa 1<sup>er</sup>, de la Constitution, de l'article 44 bis, alinéas 5 à 8, du Règlement du Sénat et de la jurisprudence du Conseil constitutionnel, en vertu desquels les adjonctions ou modifications qui peuvent être apportées à un projet ou une proposition de loi, après la première lecture, par les membres du Parlement et par le Gouvernement doivent être en relation directe avec une disposition restant en discussion, c'est-à-dire qui n'a pas été adoptée dans les mêmes termes par l'une et l'autre assemblées, la commission a considéré que **le périmètre de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir ne saurait plus excéder, en deuxième lecture, les dispositions relatives :**

- à la nature, à la définition et au champ de l'aide à mourir ;
- à la procédure organisant le recours à l'aide à mourir, la réalisation et la distribution d'une préparation magistrale létale, ainsi qu'aux conditions particulières régissant l'exercice des professionnels de santé dans ce cadre ;
- aux modalités de contrôle et d'évaluation des situations ayant donné lieu ou susceptibles de donner lieu à l'administration d'une substance létale dans le cadre de la procédure d'aide à mourir ;
- aux adaptations du droit pénal en lien avec l'introduction d'une aide à mourir ;
- aux adaptations aux droits de la sécurité sociale et des assurances en lien avec l'introduction d'une aide à mourir.



## 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/pp124-661.html>