

# A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

X V <sup>e</sup>   L É G I S L A T U R E

## Compte rendu

### Commission des affaires sociales

Mercredi  
24 janvier 2018  
Séance de 9 heures 35

Compte rendu n° 40

**SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018**

**Présidence de  
Mme Brigitte  
Bourguignon,  
*Présidente***

- Examen de la proposition de loi de M. François Ruffin et plusieurs de ses collègues sur le burn out visant à faire reconnaître comme maladies professionnelles les pathologies psychiques résultant de l'épuisement professionnel (n° 516) (M. François Ruffin, rapporteur)..... 2
- Examen de la proposition de loi de Mme Caroline Fiat et plusieurs de ses collègues relative à l'euthanasie et au suicide assisté, pour une fin de vie digne (n° 517) (Mme Caroline Fiat, rapporteure)..... 26
- Présences en réunion..... 48



## COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

**Mercredi 24 janvier 2018**

*La séance est ouverte à neuf heures trente-cinq.*

*(Présidence de Mme Brigitte Bourguignon, présidente)*

*La commission des affaires sociales procède à l'examen de la proposition de loi de M. François Ruffin et plusieurs de ses collègues sur le burn out visant à faire reconnaître comme maladies professionnelles les pathologies psychiques résultant de l'épuisement professionnel (n° 516) (M. François Ruffin, rapporteur).*

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Notre ordre du jour appelle l'examen de deux propositions de loi inscrites par le groupe France insoumise dans son ordre du jour réservé du 1<sup>er</sup> février.

Je souhaite la bienvenue à François Ruffin, rapporteur de la proposition de loi sur le burn out.

**M. François Ruffin, rapporteur.** Je vous remercie de m'accueillir dans votre commission.

Notre proposition a pour point de départ l'histoire d'un coéquipier de football qui est venu me trouver dans les locaux de *Fakir*. Lui, si jovial sur le terrain, était complètement déprimé. Il m'a dit voir des psychiatres en série et consommer des anxiolytiques, ajoutant qu'il n'aurait jamais pensé pouvoir tomber aussi bas. Son état, me dit-il, serait dû au management dans son entreprise. Directeur d'un magasin Lidl en périphérie d'Amiens, il était brisé par des mois de remarques vexatoires, d'humiliations et de laminage, malgré deux décennies d'ancienneté.

À la fin de notre rencontre, il déclara : « Je n'ai toujours pas compris cette difficulté, cette impossibilité à me faire reconnaître en maladie professionnelle, pour que ce soit Lidl qui paye. Tous les médecins, de même que mon avocate m'ont dit : "Ne vous lancez pas là-dedans, c'est hors tableau, ça va être très compliqué". Donc, aujourd'hui, se faire reconnaître, c'est quasiment mission impossible ».

Voilà le point de départ sensible d'une histoire qui peut aussi se lire dans les chiffres. Paru la semaine dernière, le rapport de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a été quelque peu médiatisé, parce qu'une forte montée des troubles psychiques y apparaissait. On y lit en effet qu'« Une affection psychique peut également être reconnue au titre d'une maladie professionnelle et le nombre de cas reconnus a été multiplié par sept en cinq ans ».

Pour autant, on arrive pour toute la France à un total de 596 cas reconnus, que le psychiatre Patrick Légeron, membre de l'Académie de médecine et auteur d'un rapport sur le burn out juge dérisoires et même « ridicules ». Selon lui, d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le stress est aujourd'hui le premier risque pour la santé des travailleurs dans le monde. Les analyses de l'OMS, du Bureau international du travail (BIT) et de toute une série de psychiatres font apparaître un fossé dans la compréhension du phénomène. Patrick Légeron qualifie de « paradoxe extraordinaire » le fait que les troubles psychiques soient aujourd'hui subis massivement par les salariés, tandis que seuls les troubles somatiques – les maladies corporelles et non les maladies mentales –, figurent dans le tableau des maladies

professionnelles, ajoutant : « Je pense qu'une reconnaissance est absolument nécessaire. L'Académie est très intéressée par cette démarche de reconnaissance. »

L'estimation du nombre de burn out ou de troubles psychiques liés au travail sur laquelle s'accordent l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Mme Jeantet, directrice de la CNAM et à peu près tout le monde, avoisine quelques centaines de milliers de cas. Si je prends une fourchette de 200 000 à 500 000 personnes, on voit le décalage immense avec les 596 cas reconnus : un cas sur mille seulement sera reconnu comme maladie professionnelle !

Pourquoi cette sous-estimation ? Je répondrai par une citation du *Colonel Chabert*, roman de Balzac centré sur le personnage d'un militaire qui, de retour des combats napoléoniens, se trouve face à toutes les administrations qui doivent établir ses droits pour qu'il puisse recevoir une rente : « En apercevant le dédale de difficultés où il fallait s'engager, en voyant combien il fallait d'argent pour y voyager, le pauvre soldat reçut un coup mortel dans cette puissance particulière à l'homme et que l'on nomme la volonté. »

Eh oui, voilà des gens qui ont été brisés dans leur entreprise et à qui on demande, pour qu'ils puissent bénéficier d'une reconnaissance de maladie professionnelle, d'effectuer un véritable parcours du combattant au milieu d'un labyrinthe de sigles. Maître Agnès Cittadini, avocate au barreau de Paris, cite la CNITAAT (cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail), le CRRMP (comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles), le TASS (tribunal des affaires de sécurité sociale) : autant de canaux qu'il faut emprunter pour espérer enfin faire reconnaître, au bout de plusieurs années, sa maladie professionnelle. C'est pourquoi elle déconseille fortement aux salariés de se lancer dans une telle entreprise. Les syndicats m'ont dit la même chose, ainsi que maître Ducrocq, avocat des salariés dans le dossier des Caisses d'Épargne : « Je suis dans une impasse totale, dont je ne suis pas très fier : j'ai des gens à défendre et je n'arrive pas à les défendre ». Voilà la situation dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui.

Cela amène finalement tous ces défenseurs des salariés à tricher avec la législation, parfois avec une forme de complicité des juges : les troubles sont rangés dans la catégorie des accidents du travail. On cherche le moment où une crise de larmes ou une dispute ont lieu dans l'entreprise, pour en faire le point de départ de troubles psychiques, alors que ces troubles, qui constituent une véritable maladie, montent graduellement. Mais ils sont transformés en accidents du travail, parce que la reconnaissance en est ainsi plus facile. Tous assument ce détournement et cet arrangement avec la loi.

Aussi, quand le rapport de la CNAM fait état de 10 000 troubles psychiques reconnus comme accidents du travail contre 596 seulement reconnus comme maladie professionnelle, on voit que l'itinéraire *bis* prend le pas sur ce qui devrait être la voie normale.

Cela représente une très lourde facture pour la société. En effet, tant que la maladie professionnelle n'est pas reconnue, ce sont les assurés et les cotisants qui paient, et non l'employeur. En revanche, si les troubles sont reconnus comme accidents du travail ou comme maladies professionnelles, c'est l'employeur qui paye, à hauteur de 98 %. Écoutons Aude Selly, directrice des ressources humaines chez un équipementier sportif qui a réalisé quatre milliards d'euros de bénéfices en 2017 : « Je viens témoigner devant vous parce que je ne comprends pas. Je ne comprends pas que ce soit la société civile qui paye. Dans mon cas, quand je suis tombée, avec une tentative de suicide, je suis quand même restée dix-huit mois en arrêt maladie et c'est la société civile qui paye. Or, très clairement, ce sont les conditions de travail qui m'ont poussée à faire un burn out. »

Il est aussi difficile de chiffrer le nombre de cas de troubles psychiques dus au travail que le coût qu'ils induisent pour la société, qui pourrait s'élever à plusieurs milliards. Or, qui doit payer ? La ministre de la santé, Mme Buzyn, s'est exprimée sur cet enjeu, dans le *Journal du dimanche* du 22 octobre 2017 : « Concernant les arrêts de travail, le montant des indemnités journalières, de courte et de longue durée, ne cesse d'augmenter, de l'ordre de 5 % l'année dernière. Jusqu'à quand l'assurance-maladie palliera-t-elle les défaillances du management au travail ? ».

Nous touchons là à ce qui est pour moi une aberration. Mme Jeantet, directrice des risques professionnels à la CNAMTS, m'a déclaré disposer de tout un arsenal pour contrôler les médecins prescripteurs d'arrêts de travail ou les assurés qui sont en arrêt de travail, afin de détecter les cas frauduleux ; en revanche, elle n'exerce pas de contrôle sur les entreprises pour examiner les causes de ces dépressions en série et voir si elles ne sont pas liées au fonctionnement de l'entreprise. Comme il n'y a aucune prise en compte du phénomène dans le bilan comptable des entreprises, le déni persiste, ce que presque toutes les personnes que nous avons auditionnées ont confirmé, même si je dois signaler que le MEDEF n'a pas répondu à notre invitation.

Flore Crépin, qui a travaillé comme directrice des ressources humaines dans la grande distribution, mais aussi en usine ou pour un centre d'appel m'a ainsi déclaré : « C'est tellement tabou dans les entreprises, c'est le sujet interdit. Nous, en tant que RH, on n'a même pas le droit de prononcer le mot « stress ». Quand, chaque année, avec les syndicats, on fait le point sur les risques psychosociaux, on ne doit pas prononcer ce genre de mots. C'est pourquoi, quand je vois le tabou autour de la question et le manque d'engagement réel des directions, je me dis qu'à part la mise en place de sanctions financières lourdes, je ne vois pas ce qui pourrait motiver les boîtes. »

D'autres témoignages me viennent d'une agence de Caisse d'Épargne qui a connu quatre suicides en deux ans, alors que, statistiquement, le risque est estimé à un. Non seulement ce n'est pas pris en compte, mais la Caisse d'Épargne refuse d'autoriser une expertise, par un cabinet, pour comprendre pourquoi, quand bien même plusieurs victimes ont laissé une lettre dans laquelle elles revendiquaient le lien entre leur suicide et leur travail. Il y a donc bien un déni des directions, y compris dans les cas les plus dramatiques. C'est sans doute ce qui m'a paru le plus stupéfiant dans les témoignages recueillis : quand bien même le pire advient, le management peut continuer à avancer, tel un bulldozer.

Dans le dossier de la Caisse d'Épargne de la Côte-d'Azur, une jeune mère de famille s'est tuée en se jetant sous un train, laissant derrière elle une lettre. Puis, un responsable d'un centre d'appels interne à la Caisse d'Épargne, s'est lui aussi suicidé. Un contrôleur de gestion très investi dans son travail est mort d'un accident vasculaire cérébral (AVC), malgré l'arrivée d'un hélicoptère de secours, au beau milieu de la séance plénière où les résultats de l'agence étaient annoncés. Malgré tout cela, il n'y a aucune remise en cause, aucune prise de conscience, aucune étude sur ce qui se passe à l'intérieur de cette entreprise !

Cela vaut pour les cas les plus dramatiques. Mais on imagine aussi la situation dans le centre d'appels Coriolis à Amiens. Sans qu'il y ait heureusement de suicide, les dépressions, les crises de larmes et les démissions y sont la norme. Un salarié nous a déclaré : « Burn out, c'est un mot tabou. Le stress au travail, il faut faire comme si ça n'existait pas. On nie l'évidence. »

Pour toutes ces raisons, cette proposition de loi se fonde sur l'idée que la sanction vaut prévention : il faut que les entreprises aient un intérêt à se pencher de manière forte sur les risques psychosociaux. Permettez-moi une comparaison : dans les années 1970, il y avait 18 000 morts sur les routes de France. Hélas, il y en a encore 3 477 aujourd'hui et c'est autant

de trop, mais le nombre a tout de même été divisé par six et on n'est certes pas parvenu à ce résultat en faisant tout pour complaire aux chauffards, mais en adoptant tout un arsenal répressif : gendarmes, alcootests... Eh bien, nous ne parviendrons à faire baisser le total des centaines de milliers de cas de troubles psychiques liés au travail dans les entreprises qu'avec un arsenal répressif, même si ce n'est pas la seule voie à emprunter.

Dans son livre *Les désordres du travail*, l'économiste de la santé, Philippe Askenazy montre que le recours à la sanction a fonctionné aux États-Unis. Les accidents du travail et les maladies professionnelles s'y multipliant, l'intérêt s'est porté sur cette question et les assurances se sont mises à réévaluer la prime de risque des entreprises. Ainsi, la part des assurances dans le coût total du travail, qui était d'1,4 % en 1985, est passée à 2,4 % en 1994.

Cela a entraîné une baisse de 2 % du taux de profit des entreprises. General Motors et les entreprises du même type ont ainsi été mises face à leurs responsabilités. Des mesures fortes ont été prises, qui ont fait finalement redescendre à 1,6 % le niveau de la prise de risque. L'incitation à prendre ces mesures n'a pu naître que de l'intérêt bien compris des entreprises.

Philippe Askenazy conclut avec force : « L'exemple américain prouve que le discours selon lequel on ne peut rien faire face à des contraintes économiques subies par les entreprises est faux. Au contraire, il est possible d'améliorer substantiellement le sort des salariés. C'est même l'inverse qui serait économiquement aberrant. C'est la désorganisation des organisations qui serait bien à la base de leur dangerosité. C'est la contrainte financière qui a fait passer de nombreuses entreprises américaines d'un équilibre nocif – faible investissement sur la sécurité et sur la santé et fort coût des accidents et des maladies – à un équilibre vertueux : sensibilisation et coûts maîtrisés ».

Il nous explique donc que cela s'est fait que par la contrainte financière. Bien évidemment, si on transfère les coûts des maladies psychiques liées au travail vers la branche accidents du travail et maladies professionnelles, financée à 98 % par les employeurs, cela constituera une forte mesure incitative.

Enfin, je pense que cette reconnaissance peut avoir une valeur symbolique et constituer un signal d'alarme pour l'ensemble de la société, notamment pour les pouvoirs publics. Prenons l'exemple de l'entrepôt Lidl de Rousset : la tragédie qui s'y est déroulée était annoncée. Après que le directeur a dû partir après un accident vasculaire cérébral consécutif aux pressions qu'il subissait, que deux cadres, y compris le numéro deux de l'entreprise, se sont ensuite trouvés en burn out, le 29 mai 2015, M. Yannick Sansonetti s'est pendu dans la chambre froide de l'entrepôt.

Il y avait eu pourtant beaucoup de signaux avant-coureurs. Les syndicats étaient allés frapper à la porte de l'inspection du travail. Le numéro deux de l'entreprise s'y était rendu lui-même, non pour son seul cas personnel, mais en alertant sur la situation d'ensemble dans l'entreprise et en demandant que les inspecteurs se rendent sur place. Rien n'a été fait pour éviter ce qui était pourtant cent fois évitable et cela s'est terminé par cette pendaison !

Si tout ceci avait été jugé important, le directeur régional aurait été licencié, décision qui relève de l'entreprise. Qu'il puisse aujourd'hui continuer à manager en toute liberté représente un danger pour la société et pour les entreprises où il exercera.

Or, l'action du ministère de la justice n'est pas à la hauteur des enjeux. Pour réduire le nombre des morts sur la route on a décidé de criminaliser les comportements dangereux. Mais quand un employé d'une agence de Caisse d'épargne du Nord se suicide en laissant une lettre qui accuse son employeur, on aboutit encore aujourd'hui à un classement

sans suite et le président du tribunal de grande instance se dit désolé de n'avoir « pas traité » l'affaire auprès de l'avocat. Tout cela n'est pas normal !

Dans l'ensemble, la société est insuffisamment mise en alerte sur ce thème. La reconnaissance des troubles psychiques et son inscription dans la « bible » des maladies professionnelles enverraient un signal fort à l'adresse de toute la société.

Je termine par une précision technique. Il ne s'agit pas pour moi de faire reconnaître le burn out comme maladie professionnelle, tout simplement parce qu'il n'est pas reconnu comme une maladie. En revanche, on sait que le burn out engendre des troubles psychiques. Le docteur Patrick Légeron a mentionné ce que pourrait être un tableau indicatif des symptômes – tableau dont la rédaction incomberait au pouvoir réglementaire : la dépression, le stress post-traumatique, l'anxiété généralisée, les troubles de l'adaptation. Ce sont les maladies connues et faciles à ranger dans une catégorie donnée.

Je suis bien conscient des limites de cette proposition. Elle n'est pas une fin en soi, mais plutôt un premier pas : il est nécessaire de mettre en place tout un arsenal. La reconnaissance des troubles psychiques comme maladie professionnelle doit être accompagnée de deux mesures.

La première mesure m'a été suggérée par Marine Jeantet, directrice des risques professionnels à la CNAMTS, qui a conduit une étude croisant consommation d'anxiolytiques dans les entreprises et absentéisme. Dès lors que la responsabilité des entreprises serait établie, l'idée serait de les taxer sur cette base. Elle me semble intéressante, car la reconnaissance comme maladie professionnelle ne s'intéresse qu'au sommet de l'iceberg, c'est-à-dire aux cas les plus graves. Mais, à des niveaux moins élevés, on observe déjà des absences de quinze jours, voire de plusieurs mois.

La deuxième mesure s'inscrit dans la lignée des propositions de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine, ou encore du rapport parlementaire Censi-Sebaoun. Ce dernier proposait par exemple de libérer les médecins du travail de leurs obligations vis-à-vis de l'Ordre des médecins, pour leur permettre d'enquêter et d'énoncer que des troubles psychiques sont effectivement d'origine professionnelle. Or, aujourd'hui ils peuvent être sanctionnés pour cela par l'Ordre des médecins.

L'économiste de la santé Philippe Askénazy affirme que nous pouvons dès aujourd'hui mettre un coup d'arrêt à ces 400 000 cas de troubles psychiques liés chaque année au travail. Eh bien, mes chers collègues, vous pouvez, dès aujourd'hui, faire ce premier pas !

**M. Guillaume Chiche.** Au nom du groupe La République en marche, je vous remercie, Monsieur le rapporteur, de mettre sur la table le sujet de société majeur qu'est l'épuisement professionnel, et d'appeler sur lui l'attention de la représentation nationale.

Vous avez parlé de signal d'alarme et d'une proposition à portée symbolique. En effet, il me semble bon de donner ainsi un coup de projecteur sur le syndrome du burn out, véritable enjeu de société.

Vous l'avez dit, il n'y a pas de dénombrement précis des cas de burn out, mais des estimations qui sont très – trop – importantes et qui montrent la nécessité que les pouvoirs publics se saisissent du sujet.

Vous l'avez mentionné, les maladies professionnelles sont aujourd'hui reconnues par le Conseil d'orientation des conditions de travail, au sein duquel les partenaires sociaux, représentants des salariés et des employeurs décident, d'un commun accord, d'inscrire au nombre des maladies professionnelles tel ou tel syndrome, telle ou telle pathologie. Ce n'est pas le cas du burn out.

La communauté médicale met aussi en lumière un syndrome qui peut conduire à un basculement vers une dépression ou vers d'autres pathologies. Certes, il est difficile de reconnaître le burn out comme une maladie professionnelle, tant est nécessaire une approche multifactorielle et individualisée de chaque cas. Il est néanmoins possible de le faire reconnaître comme une maladie professionnelle hors tableau. L'enjeu est de permettre à chaque personne concernée de se présenter devant le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) pour faire reconnaître son burn out comme maladie professionnelle. Vous l'avez dit, cela a été fait pour près de 600 cas en 2016, soit six à sept fois plus que dans les années précédentes.

Au-delà de la réparation, nous devons poursuivre un objectif de prévention. C'est ce que nous avons fait à travers les ordonnances relatives au renforcement du dialogue social. La fusion des instances représentatives du personnel devrait en effet permettre de disposer d'une vision d'ensemble ses conditions et de l'environnement de travail, pour en faciliter l'amélioration. Or, à l'évidence, aller vers de nouvelles conditions de travail participe de la prévention du syndrome du burn out.

**M. Stéphane Viry.** En se penchant sur le burn out, notre commission examine aujourd'hui un vrai sujet qui, pour le groupe Les Républicains, implique une réponse militante, mais une réponse rationnelle et non pas forcément émotionnelle.

Qu'en est-il de la présomption d'imputabilité des maladies psychiques à l'activité professionnelle ? Monsieur Ruffin, nous partageons l'idée qu'il convient de responsabiliser les employeurs vis-à-vis des conséquences d'attitudes de management qui pourraient être inadaptées et préjudiciables à leurs salariés. Nous pouvons admettre qu'un employeur assume les conséquences d'une gestion compliquée ou d'une décision relative à l'organisation de son entreprise qui serait préjudiciable à ses salariés. Dans ce cas de figure, ce ne serait pas à la branche maladie mais à la branche accidents du travail et maladies professionnelles de prendre en charge les conséquences de ce management professionnel « déroutant ».

Pour le reste, inscrire les maladies psychiques provoquées au sein d'un tableau nous paraît toujours compliqué. Qu'en est-il en effet de la question de l'imputabilité au travail ? Où sont les origines et les causes réelles ? Quelle part attribuer aux questions professionnelles et aux questions personnelles ? Il est hélas difficile d'objectiver le lien entre maladie psychique et travail.

Avant de prévoir un tableau – réponse sans doute aisée, mais peut-être un peu simpliste –, il nous paraît nécessaire de définir ce qu'est le burn out dans des termes médicaux précis. Tant que la définition de l'épuisement professionnel ne sera pas posée, tant que les conditions dans lesquelles une maladie peut être imputable à l'activité professionnelle ne seront pas établies, il nous paraît délicat d'adopter un tableau.

Enfin, nous serions d'avis de renforcer les moyens des CRRMP et, peut-être, afin de faciliter le processus de reconnaissance, d'expérimenter la possibilité de réduire de 25 % à 10 % le taux d'incapacité permanente partielle autorisant cette reconnaissance.

**M. Régis Juanico.** J'interviens au nom du groupe Nouvelle Gauche.

Selon une étude de 2014 du cabinet Technologia, trois millions d'actifs, soit 12 % de la population active, sont en risque élevé de burn out. Le syndrome d'épuisement professionnel, ensemble des troubles psychiques que subissent les travailleurs confrontés à un environnement professionnel délétère, touche tous les secteurs d'activité, privé comme public. Il touche les personnels de santé, les ouvriers, les cadres, les agriculteurs, les médecins, les enseignants, les dirigeants de PME, les artisans et les employés.

Les facteurs de risque du burn out sont connus et identifiés dans de nombreux rapports scientifiques : certains modes de management et d'organisation du travail, la mise en concurrence des salariés, la surcharge de travail, le manque de reconnaissance professionnelle, la pression, l'isolement... La commission des affaires sociales de notre assemblée a toujours été à la pointe du combat en faveur d'une meilleure reconnaissance du burn out.

En 2011, elle avait constitué une mission d'information sur les risques psychosociaux, aux travaux desquels j'ai participé aux côtés de Francis Vercamer et de Bernard Perrut, sous la présidence de Marisol Touraine. Il y eut ensuite, en 2014, l'appel des 10 000 : trente députés se joignirent à des syndicalistes et à des spécialistes tels Jean-Claude Delgènes, pour une meilleure reconnaissance du burn out. La première étape législative fut franchie grâce à l'adoption de la loi d'août 2015 sur le dialogue social et l'emploi. Nous avons alors inscrit pour la première fois dans la loi que les pathologies psychiques peuvent être reconnues comme des maladies d'origine professionnelle.

En février 2016, notre groupe a déposé une proposition de loi, signée par 80 députés, dont Benoît Hamon, pour une meilleure reconnaissance du burn out. Enfin, en février 2017, notre ancien collègue Gérard Sebaoun fut l'auteur d'un rapport extrêmement précis sur le syndrome d'épuisement professionnel.

Le groupe Nouvelle Gauche est favorable à toutes les initiatives parlementaires visant à faciliter la reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel en tant que maladie professionnelle. Il remercie le groupe France insoumise d'avoir inscrit à l'ordre du jour de nos débats cette proposition de loi dont nous partageons les objectifs.

Pour autant, nous divergeons sur les modalités pour parvenir à une meilleure reconnaissance du burn out. La proposition de loi prévoit l'inscription dans la loi d'un nouveau tableau de maladies professionnelles. Cela semble très difficile à faire aboutir. Outre que ces dispositions relèvent du pouvoir réglementaire, l'évolution des tableaux dépend d'une discussion entre l'administration et une commission spécialisée dans les pathologies professionnelles. Elle nécessite un accord entre partenaires sociaux. Or, nous savons que le patronat n'y est pas favorable.

Pour avancer concrètement et plus rapidement, nous proposons pour notre part de modifier la procédure de reconnaissance complémentaire, hors tableau, en expérimentant l'abaissement du seuil de 25 % d'incapacité permanente, pour assurer la possible reconnaissance du burn out au taux de 10 %. J'expliquerai lors de la discussion des amendements pourquoi nous avons retenu ce taux.

**Mme Patricia Gallerneau.** Le groupe MODEM et apparentés est conscient des troubles psychiques affectant particulièrement les salariés.

Cependant, reconnaître le burn out tel que cela est envisagé par la présente proposition de loi ne semble pas opportun. Tout d'abord, les ministres de la santé et du travail ayant annoncé qu'une réflexion globale sur les conditions de vie au travail conduirait à des avancées concrètes, nous considérons qu'il convient d'attendre les résultats de cette concertation avant de légiférer.

Ensuite, le burn out n'est pas réellement défini par cette proposition de loi et il semble difficile d'en envisager sur cette base une interprétation uniforme par le corps médical. L'intensité de la souffrance psychique n'est pas envisagée ici alors qu'elle est sujette à de nombreuses controverses. La loi doit normalement traiter chaque situation en fonction de critères objectifs, et de manière égalitaire. La rédaction de cette proposition de loi ne semble pas permettre d'atteindre cet objectif.



Enfin, les conséquences, encore inconnues, pour le budget de la Sécurité sociale pourraient être très importantes. En effet, aucune étude ne sait actuellement déterminer de manière fiable le nombre de burn outs en France du fait du large spectre de cette pathologie. Entre 30 000 et 100 000 personnes, voire 400 000 selon M. Ruffin, souffriraient de cet épuisement professionnel. S'il faut les aider au mieux et trouver des solutions afin d'améliorer leur quotidien, nos finances publiques ne peuvent prendre en charge le burn out sans définir précisément au préalable qui en est victime ou non.

**M. Francis Vercamer.** Au nom du groupe UDI, Agir et indépendants, je remercie le rapporteur qui, par sa force de conviction et avec la retenue qu'on lui connaît, a essayé de faire passer un message sur le burn out, sujet de société important.

Notre groupe est évidemment très sensible à ces enjeux de santé au travail. Nous plaillons pour une politique ambitieuse et volontariste afin d'améliorer la prise en charge des maladies professionnelles, même après la fin de la vie professionnelle. C'était d'ailleurs le sens de l'amendement porté par notre groupe lors de l'examen du projet de loi de ratification des ordonnances portant réforme du code du travail. Il a permis d'inscrire dans la loi l'obligation d'un examen médical, réalisé par le service de santé au travail de l'entreprise, pour tous les salariés bénéficiant du dispositif de suivi individuel renforcé ou qui en ont bénéficié durant leur carrière. Cette disposition permettra une meilleure coordination entre le médecin du travail et le médecin traitant, ainsi qu'une meilleure prise en charge des éventuelles maladies d'origine professionnelle.

Nous sommes plus réservés concernant cette proposition de loi, qui vise à reconnaître le burn out comme maladie professionnelle. Les derniers rapports sur ce sujet, qu'il s'agisse de celui de l'Académie nationale de médecine en 2016 ou celui de notre ancien collègue Gérard Sebaoun en 2017, s'accordent sur le sujet : les contours de ce syndrome sont mal définis. Il revêt un très large spectre de causes qui, certes, interrogent les conditions de travail, mais aussi la sensibilité psychologique du salarié et l'interaction entre vie professionnelle et vie personnelle. Les caractéristiques personnelles ont une grande influence. Il est donc difficile de légiférer en la matière.

Dans le tableau inséré en préambule de la proposition de loi, qui dresse la liste des travaux susceptibles de provoquer ces maladies, nombreuses sont les causes sujettes à interprétation. Comment par exemple interpréter médicalement « les mauvais rapports sociaux » ou « le manque d'autonomie dans le travail » ?

Pour notre groupe, le véritable enjeu se situe dans la prévention. Il faut davantage sensibiliser les chefs d'entreprise – particulièrement ceux des TPE-PME – afin qu'ils prennent mieux en charge la protection de la santé psychologique de leurs salariés.

**M. Pierre Dharréville.** Au nom du groupe de la Gauche démocrate et républicaine, je remercie François Ruffin et le groupe de La France insoumise pour cette initiative. Le burn out est un phénomène grandissant, longtemps passé sous silence. De nombreux exemples ont mis en lumière cette maladie professionnelle contemporaine. Dans certaines grandes entreprises où les situations révoltantes, les burn outs et les suicides sur les lieux de travail se multipliaient, la situation a été dénoncée. On ne peut laisser penser qu'elle serait due à des fragilités individuelles ! Quand bien même ce serait le cas, l'entreprise devrait le prendre en compte.

Les conditions actuelles de travail sont incontestablement à l'origine de ces maladies : nouvelles méthodes de management – dont souffrent particulièrement les syndicalistes –, accroissement de la pression, de l'exigence de rentabilité et de productivité

des actionnaires, mise en concurrence des travailleuses et des travailleurs. Le chômage de masse et la peur de perdre son emploi font parfois le reste...

Certes, il n'y a pas lieu d'idéaliser le passé. Mais, à la pénibilité physique, qui n'a pas disparu, s'est ajoutée une charge mentale croissante : toutes professions confondues, 3,2 millions de citoyennes et de citoyens – 12 % de la population active – sont exposés à ces risques d'épuisement et d'effondrement. Il y a urgence à le reconnaître, à en finir avec le report du financement sur la branche maladie et avec le parcours du combattant, bref avec les échappatoires. Il faut légiférer ! Le respect de l'humain et la santé au travail sont des enjeux majeurs.

Nous sommes favorables à cette proposition de loi.

**M. Adrien Quatennens.** Régulièrement, le Gouvernement annonce sa volonté de simplifier et de faciliter la vie des Français. Mais il est troublant de constater que les principaux bénéficiaires de ces mesures de simplification et de facilitation sont souvent les mêmes : les détenteurs du pouvoir économique. La France Insoumise entend porter un autre combat de simplification et de facilitation : celui de plusieurs dizaines de milliers de travailleuses et de travailleurs, confrontés à l'épuisement professionnel. Car ce qu'on appelle de manière plutôt floue le burn out est bien une réalité, celle des victimes des maladies psychiques qui en résultent.

Mes chers collègues, le monde du travail n'est pas toujours le monde rêvé dépeint dans les comptines avec lesquelles la majorité nous berçait au moment de l'examen des ordonnances. Oui, quelle que soit la place du salarié dans la hiérarchie et dans l'organisation du travail, cette dernière peut causer de graves traumatismes. Oui, les méthodes de management sont directement mises en cause. Oui, il est temps de protéger les victimes et de lutter contre ce qui peut rendre l'activité professionnelle si douloureuse. Il est également temps de rendre possible la reconnaissance des maladies psychiques qui en résultent. À l'heure actuelle, les victimes doivent affronter un véritable parcours du combattant. Nous voulons faciliter cette démarche en insérant un nouveau tableau de maladies professionnelles dans le code du travail.

Cette mesure répond à un impératif social, mais également à un impératif budgétaire. En effet, actuellement, l'assurance maladie supporte le coût induit par ces maladies non reconnues. La collectivité paie donc à la place des entreprises responsables ! Cet état de fait n'est tolérable ni pour les défenseurs de celles et ceux qui n'ont que leur force de travail, ni pour les tenants de la rigueur budgétaire.

Cette proposition de loi peut donc obtenir un large soutien : je n'imagine pas que quiconque soit tenté de faire de l'obstruction dans un tel débat. Si la majorité n'a déposé aucun amendement, c'est probablement parce qu'elle se retrouve entièrement dans nos propositions. Je m'en félicite !

**M. le rapporteur.** Beaucoup d'interventions « tapent à côté », si je puis me permettre. Vous dites que le burn out ne peut, en l'état, être reconnu comme maladie professionnelle : je suis parfaitement d'accord ! Nous ne souhaitons pas cette reconnaissance, mais celle des troubles psychiques liés au travail. Ces troubles psychiques sont très clairement définis dans la proposition de loi. En l'espèce, les psychiatres s'accordent notamment sur trois maladies : la dépression – définie comme clinique ou lourde –, l'anxiété généralisée et le stress post-traumatique.

Cela doit être clair avant notre passage dans l'hémicycle : nous ne souhaitons pas la reconnaissance du burn out comme maladie professionnelle. Le burn out n'est d'ailleurs pas reconnu comme une maladie, il ne peut donc être reconnu comme maladie

professionnelle. Ainsi, nous n'avons pas besoin de définir précisément le burn out, puisque ce n'est pas à lui qu'on s'attaque, mais aux troubles psychiques liés au travail, pour la plupart issus du burn out et clairement caractérisés.

Vous avez raison, le burn out est multifactoriel. Mais la reconnaissance de nouvelles maladies professionnelles a toujours fait l'objet d'un bras de fer entre employeurs et employés. Les tableaux listant ces maladies sont l'histoire de luttes, mais aussi de choix du législateur : à un moment donné, nous pouvons décider de mettre la pression sur les employeurs – ce fut le cas pour le plomb, l'amiante ou la silicose. Pour ces maladies également, dans un premier temps, le patronat a longtemps argué que les causes étaient multifactorielles – liées à la consommation de tabac ou d'alcool – et n'avaient rien à voir avec le fait que les mineurs allaient à la mine !

La silicose du XXI<sup>e</sup> siècle ne se situe plus dans les poumons, mais dans les cerveaux. Nos décisions doivent être à la hauteur de cette épidémie. Dans le *Cash Investigation* consacré à Lidl, un professeur en ergonomie explique que l'on fabrique des chômeurs de longue durée. Un rapport de tous les médecins du travail de la Poste indique clairement que l'on crée des inaptes physiques et psychologiques. Il s'agit tout de même de 400 000 personnes par an ! On peut toujours déclarer qu'on va faire de la prévention. Mais les chefs d'entreprise doivent avoir un intérêt à développer la prévention ! Dans le cas de la Poste, rien n'apparaît dans les bilans comptables. Ainsi, malgré tous les messages d'alerte envoyés, la situation perdure, avec les félicitations de la Cour des comptes...

On m'alerte également sur le coût de cette proposition de loi pour nos finances publiques. Mais nos finances publiques paient actuellement les conséquences de cette inertie. Mon objectif est bien que demain, grâce à vous, elles ne les paient plus !

Vous êtes tous très sensibles au sujet, mais estimez que la reconnaissance de nouvelles maladies professionnelles n'est pas la solution. Mais alors, quelle solution proposez-vous ? Ne venez pas me dire qu'on va faire de la sensibilisation auprès des employeurs : ce n'est pas à la hauteur des enjeux !

Qu'est-ce que la présomption d'imputabilité ? Compte tenu d'une liste limitative de travaux susceptibles de provoquer ces maladies, si les conditions sont remplies, le travailleur qui estime que sa dépression lourde est provoquée par le travail sera d'emblée reconnu en maladie professionnelle. L'employeur pourra contester cette décision, mais la présomption d'imputabilité inverse la charge de la preuve. Actuellement, les salariés concernés – déjà démolis – subissent un véritable parcours du combattant sans certitude d'être entendus... La présomption d'imputabilité n'implique donc pas un traitement automatique puisque l'employeur peut contester cette décision.

Vous estimez que la reconnaissance n'est pas la solution. Mais on ne peut pas se contenter d'attendre les conclusions des différents ministères ! Vous savez prendre des décisions dans l'urgence quand il s'agit par exemple de supprimer les CHSCT ! Compte tenu de l'épidémie en la matière, j'espère que vous saurez défendre ces propositions fortes, à la hauteur des enjeux.

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Si la reconnaissance des pathologies psychiques consécutives au syndrome d'épuisement professionnel est importante, la prévention doit constituer un axe prioritaire de prise en compte de ces pathologies. La ministre de la santé, Mme Agnès Buzyn, a fait de la prévention une de ses priorités, au cœur de la stratégie nationale de santé.

Selon les professionnels de santé, des actions préventives permettent bien souvent d'éviter d'en arriver au burn out. En facilitant l'accès à des médecins et des psychologues sur

le lieu de travail, en développant des pratiques comme la sophrologie, on peut réduire de manière significative l'apparition des symptômes d'épuisement professionnel. Les employeurs doivent également renforcer le repérage et l'accompagnement des personnes en situation de burn out. Il serait intéressant que notre commission travaille sur cette question de la prévention au travail, dans le cadre de la stratégie de prévention en santé du Gouvernement.

Monsieur le rapporteur, vous mettez en avant que la sanction des entreprises est une prévention. Ne pensez-vous pas que le burn out, au même titre que d'autres troubles psychiques, pourrait être évité grâce à une politique active de prévention ?

**M. Gilles Lurton.** Cette proposition de loi cherche à répondre à un phénomène en croissance dans notre pays : le burn out ou épuisement professionnel, non reconnu dans le droit français, européen ou international. Ce n'est pas la première fois que nous en discutons au sein de cette commission. Notre collègue M. Sebaoun avait rendu un rapport très complet sur le sujet sous le précédent quinquennat.

Vous présentez la reconnaissance du burn out comme une mesure de justice pour ceux qui en seraient victimes. À ce titre, vous proposez de le reconnaître comme maladie professionnelle. Vous voyez dans cette reconnaissance un moyen d'obtenir réparation d'un préjudice subi, tout en renversant la charge de la preuve.

Comment faites-vous la différence entre le burn out et le harcèlement – qui, lui, peut faire l'objet d'une indemnisation du fait du préjudice subi. Le burn out est souvent lié au stress au travail et à l'accumulation de toute une série de problèmes. Même en supposant qu'il ne soit lié qu'à un stress professionnel, l'employeur ou l'entourage professionnel ne doit pas toujours forcément en être tenu pour responsable. En effet, ce stress peut être lié à toute une série d'autres facteurs personnels, indépendants de l'employeur et de l'entourage professionnel. Comment faire la distinction ?

**Mme Élisabeth Toutut-Picard.** Votre proposition de loi met en avant une réalité sociale – l'épuisement au travail – qui concernerait, selon les études, 30 000 à 100 000 personnes. Une réalité sociale prise en compte par les pouvoirs publics dans les plans successifs de santé au travail, mais dont la définition médicale ne fait pas consensus. Les médecins estiment qu'il ne s'agit pas d'une nouvelle maladie psychiatrique, mais d'un syndrome recouvrant diverses situations vécues par les travailleurs, parfois à l'origine de pathologies psychiques, telles que la dépression.

Vous proposez de créer un nouveau tableau de maladies professionnelles qui permettrait de reconnaître les pathologies psychiques liées à l'épuisement au travail. Mais les tableaux actuels de maladies professionnelles sont établis par consensus entre partenaires sociaux : quelle serait leur place dans le système que vous proposez ? Pensez-vous vraiment que c'est au législateur et au Gouvernement de dire ce qui est une maladie ou ne l'est pas et quelles pathologies doivent être reconnues comme maladies professionnelles ?

Par ailleurs, il est possible de reconnaître le caractère professionnel d'une maladie non mentionnée dans un tableau, lorsqu'elle est directement imputable à l'activité professionnelle habituelle de la victime. C'est dans ce cadre que le burn out peut actuellement être reconnu comme maladie professionnelle. Depuis la loi relative au dialogue social et à l'emploi du 17 août 2015, les pathologies psychiques peuvent être reconnues comme maladies d'origine professionnelle.

Sur cette base, le nombre de travailleurs reconnus en maladie professionnelle a d'ailleurs significativement augmenté : l'Assurance maladie évoque six cents cas par an. Une nouvelle loi et un dispositif spécifique sont-ils vraiment utiles et opportuns, alors que la mission sur la santé au travail menée par notre collègue Charlotte Lecocq, avec M. Henri

Forest de la CFDT et M. Bruno Dupuis, personnalité qualifiée, remettra ses conclusions dans les prochains mois ?

**M. le rapporteur.** J'insiste à nouveau : nous ne demandons pas la reconnaissance du burn out comme maladie professionnelle ! Nous souhaitons simplement que les troubles psychiques, conséquences du burn out, soient reconnus comme liés au travail, donc comme maladie professionnelle. La dépression, l'anxiété généralisée et le stress post-traumatique sont bien répertoriés dans la nomenclature médicale. Certains suggèrent même d'y ajouter les troubles de l'adaptation.

Monsieur Lurton, le harcèlement peut être une cause de burn out ou de trouble psychique. C'est pourquoi le harcèlement est inscrit dans la liste limitative des causes susceptibles de provoquer ces maladies. Je rappellerai que ce tableau est inséré à titre indicatif dans l'exposé des motifs de la proposition de loi. Le Gouvernement et le Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) sont chargés de réviser et de compléter les tableaux existants, d'après les dispositions prévues à l'article L. 461-2 du code de la sécurité sociale. En tant que législateurs, il est normal que nous fixions des orientations au Gouvernement, afin que certaines maladies soient inscrites dans le tableau des maladies professionnelles.

Bien sûr, je suis favorable à la prévention, mais quels moyens lui donne-t-on ? Quel intérêt va avoir un chef d'entreprise à faire de la prévention ? Je prendrai l'exemple du centre d'appels Coriolis à Amiens : je suis désespéré que des centaines de jeunes de ma ville entrent dans la vie active par cette porte, par des crises de larmes régulières sur les plateaux téléphoniques, par des dépressions et des démissions... Ils ne s'accrochent pas à leur poste car ils n'y sont que depuis quelques mois. Le *turnover* y est généralisé ! Une directrice des ressources humaines, qui a voulu poser la question des risques psychosociaux dans l'entreprise, a rapidement fait ses valises, même si on ne connaît pas précisément les causes de son départ...

En 2010, en collaboration avec MM. Henri Lachmann et Christian Larose, Mme Pénicaud, actuelle ministre du travail, avait rendu un rapport de dix propositions sur le bien-être et l'efficacité au travail. La première proposition est très claire : pour améliorer la santé psychologique au travail, « l'implication de la direction générale et du conseil d'administration est indispensable. L'évaluation de la performance doit intégrer le facteur humain et donc la santé des salariés ». Mais que se passe-t-il en l'absence de volonté de la direction générale ? Que se passe-t-il si la prévention de risques psychosociaux n'est pas intégrée car elle ne représente pas un coût pour l'entreprise ? Les sanctions que je souhaite établir agiront comme une épée de Damoclès, incitant toutes les entreprises de ce pays à prendre des mesures actives de prévention pour éviter d'être sanctionnées.

Quant aux moyens de la prévention, dans le cadre de la réduction des déficits, les effectifs des « préventeurs », c'est-à-dire des personnes précisément chargées de mener ces actions de prévention, vont diminuer de 20 % en cinq ans ! De même, l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) pourrait voir son budget diminuer de 20 % et ses effectifs réduits de 10 %. La médecine du travail a perdu 1 000 postes en dix ans, tout comme l'inspection du travail.

Quels seront donc les moyens de vos ambitions ? Avec de telles baisses – actuelles et à venir –, comment comptez-vous faire de la prévention ?

**M. Sébastien Chenu.** Nous nous accordons tous sur le fait que l'épuisement, le burn out ou le surmenage ne peuvent être pris à la légère et que cette problématique doit être traitée avec sérieux, d'autant plus que des députés en risque de surmenage ont récemment pu

bénéficier d'une cellule « *care* » – un dispositif de soins. Ce sujet interroge l'ensemble de la société.

La porte d'entrée ne peut pas être idéologique : elle doit évidemment être pragmatique. Je suis d'accord avec vous, Monsieur le rapporteur, la pression du politique permet la reconnaissance d'un certain nombre de pathologies comme maladies professionnelles. Nous sommes élus de la même grande région : le cas de l'amiante est symptomatique. Nous avons un devoir et une responsabilité en la matière.

Cependant, notre stratégie doit plutôt reposer sur trois étages. D'abord, notre capacité à donner beaucoup de moyens à la prévention : nous y sommes tous favorables, vous aussi d'ailleurs. Le deuxième étage, c'est l'incitation des entreprises. Le troisième, c'est la sanction. Nous devons graduer les politiques publiques – prévention, incitation puis sanction – et non appliquer directement des sanctions. Quel intérêt un chef d'entreprise a-t-il à prendre des dispositifs de prévention ? Il doit d'abord y être incité, puis seulement ensuite, sanctionné s'il ne fait pas le nécessaire.

Pour conclure, nous regarderons avec bienveillance votre proposition, tant elle nous semble opportune dans la société dans laquelle nous vivons.

**M. Brahim Hammouche.** Votre rapport est un rapport d'hétéro-attribution : il attribue à la réalité psychique des souffrances au travail des causes externes, liées à une organisation de travail pathogène. Malheureusement, très vite, votre rapport se confronte aux limites du sujet à traiter : finalement, qu'est-ce que le burn out ? Une forme de stress ? Une souffrance au travail ? Un syndrome témoignant d'un épuisement psychique et physique ? Un mal-être au travail ? Une détresse à faire face aux injonctions paradoxales de nos organisations de travail ? Il s'agit probablement un peu de tout cela...

Mais le professionnel est surtout enfermé dans une double contrainte, entre des valeurs personnelles et professionnelles et les moyens de répondre à cette exigence. Cette exigence doit également tenir compte de la personnalité du sujet : une personnalité anxieuse n'aura pas les mêmes réactions qu'une personnalité plus extravertie.

Ce rapport ne peut pas s'appuyer – c'est sa faiblesse – sur des données épidémiologiques globales, car elles sont très insuffisantes en France. Nous devons poursuivre cette nosographie : seul un travail de méta-analyse en psychologie du travail nous fournirait une meilleure connaissance, donc une meilleure reconnaissance du caractère professionnel du syndrome de burn out, en nous permettant de comprendre les liens directs de causalité entre le travail et les troubles constatés.

À la page 13 de votre projet de rapport, vous évoquez les troubles psycho-anxiolytiques : je connais les troubles psychiques, les anxiolytiques, mais je ne connais pas les troubles psycho-anxiolytiques...

La prévention de ces souffrances psychiques et somatiques est également un corollaire indispensable, que votre proposition ne règle pas. Il est essentiel d'informer et de déconstruire les processus pathogènes d'épuisement professionnel. Cette connaissance nous permettra de prendre les mesures adéquates – notamment de prévention – et de ne pas confondre le sommet de l'iceberg avec l'iceberg lui-même.

**M. Bernard Perrut.** Le burn out est bien présent, nous en sommes conscients. Pourtant, il est difficile de le définir : épuisement physique, psychique, toutes les formes de souffrances, à la suite d'une surcharge de travail, d'un investissement professionnel intense, ou pour des raisons multiples – difficultés personnelles, familiales, liées aux conditions de

logement, de transport. Le burn out existe d'ailleurs aussi pour les aidants familiaux – sujet que nous évoquions hier.

Il est difficile de l'apprécier et de le qualifier, d'où notre difficulté à évoquer le sujet avec vous, Monsieur le rapporteur. Nous mesurons combien la conciliation de la vie professionnelle avec la vie personnelle soulève des questions et des enjeux. Nous le constatons chaque jour dans nos permanences, au contact d'agriculteurs qui croulent sous leur charge de travail et s'inquiètent, de personnels hospitaliers qui vivent à un rythme particulier ou de policiers, éprouvés par les difficultés qu'ils rencontrent.

Il est difficile d'établir un lien de causalité entre la pathologie et le travail de la personne concernée. Les origines sont multifactorielles, d'où la difficulté de dresser un tableau. Ce tableau ne sera valablement complété que lorsque la définition de l'épuisement professionnel et les conditions dans lesquelles il peut être imputable à l'activité professionnelle seront claires. Il faut, avant tout, continuer le travail de prévention. Le rapport de MM. Censi et Sebaoun sur le syndrome d'épuisement professionnel évoque des pistes : renforcer le réseau des consultations multidisciplinaires consacrées à la souffrance au travail, améliorer la démarche publique de prévention, sensibiliser les dirigeants des entreprises et des services publics à la prise en charge de l'épuisement professionnel. Nous sommes convaincus que c'est grâce à la qualité de vie au travail que nous pourrions lutter contre le burn out. Cette mission doit nous être commune.

**M. le rapporteur.** Qu'est-ce qu'un burn out ? La question est récurrente dans vos interventions. Il faut savoir le définir et l'apprécier, dites-vous. Je le répète, en faisant confiance à votre bonne foi : c'est en dehors du champ de cette proposition de loi puisque nous ne demandons pas la reconnaissance du burn out comme maladie professionnelle. Nous intégrons le fait que les médecins n'utilisent pas ce terme qu'ils considèrent comme un mot-valise regroupant à peu près tout, et nous demandons la reconnaissance des troubles psychiques liés au travail comme maladie professionnelle. Vos remarques étant répétitives, je répète moi aussi que ces troubles sont la dépression lourde, l'anxiété généralisée, le stress post-traumatique et, peut-être, les troubles de l'adaptation. Ils doivent être reconnus comme maladies professionnelles, quand ils sont liés à des travaux susceptibles de les provoquer, définis dans une liste qui peut donner lieu à des révisions.

Monsieur Chenu, vous plaidez pour l'incitation et la sanction. Peut-être dois-je adoucir mon langage – ce qui n'est pas tout à fait dans ma manière d'être... Au fond, l'incitation et la sanction, c'est un peu la même chose : il faut que l'incitation soit financière pour qu'elle soit vraiment intégrée dans le fonctionnement des entreprises. Il faut que ces dégâts humains apparaissent dans la comptabilité des entreprises pour que les dirigeants soient incités à aller dans le sens de la prévention.

Je veux bien que l'on poursuive le travail de nosographie, mais je pense que ce n'est pas à la mesure de l'urgence de la situation : nous parlons de centaines de milliers de cas par an. Pendant combien de temps le travail de nosographie a-t-il été poursuivi concernant la silicose ? Je demande que des mesures fortes soient adoptées pour endiguer le fléau du burn out, qu'on lui donne ou non le statut de maladie professionnelle.

Le psychiatre Patrick Légeron a rédigé un rapport sur le burn out pour l'Académie nationale de médecine. Il met l'accent sur un énorme décalage : le stress est identifié comme le premier risque pour les travailleurs alors que les troubles psychiques sont absents du tableau des maladies professionnelles. Lors de son audition il a indiqué : « Sur cet objet médical non identifié, à savoir le burn out, la science dispose d'outils. Les maladies provoquées sont aujourd'hui bien identifiées par les médecins : les dépressions, l'anxiété généralisée, le stress post-traumatique et j'ajouterai les troubles de l'adaptation avec anxiété.

Lorsque je reçois un patient en burn out, je n'ai aucune difficulté – et l'Académie le remarque d'ailleurs pour tous les psychiatres – à inscrire sa pathologie dans une case. De même, pour la dépression avec un net penchant d'épuisement professionnel, les trois étapes décrites par Christina Maslach sont connues : l'épuisement, la dépersonnalisation et le sentiment de non-accomplissement de soi. Aussi, je pense qu'une reconnaissance est absolument nécessaire et l'Académie est très intéressée par cette démarche de reconnaissance. »

Si la science ne s'avance pas sur le burn out, elle fournit des données sur les troubles psychiques qu'il engendre.

**Mme Carole Grandjean.** Si je salue le travail effectué sur cet enjeu de société majeur que représente le burn out, je trouve que ce texte soulève des questions. Premièrement, la notion de classification préétablie est trop restrictive. Comme le montrent de nombreuses études, le burn out a des causes multifactorielles dont certaines sont liées à la vie personnelle. C'est ainsi que la difficulté à concilier vie personnelle et vie professionnelle entre souvent en jeu dans le burn out des femmes.

Deuxième limite à cette normalisation : la notion de responsabilité ne me paraît pas facile à appréhender dans le cadre d'une maladie professionnelle. Je pense qu'il faut plutôt s'orienter vers la recherche des responsabilités qui peuvent être engagées après une enquête sur les conditions de travail et les enjeux du milieu professionnel, effectuée dans le cadre d'une démarche contentieuse. La reconnaissance de la responsabilité de l'employeur passe alors par l'octroi de dommages et intérêts.

**Mme Josiane Corneloup.** Cette proposition de loi vise à faire entrer dans le tableau des maladies professionnelles, les pathologies psychiques consécutives un syndrome d'épuisement professionnel. De ce fait, elle tend à faciliter la prise en charge de ces maladies par la branche accidents du travail, accidents de trajet et maladies professionnelles (AT-MP), assise à plus de 90 % sur la participation des employeurs.

Loin de moi l'idée de nier l'existence des troubles psychiques liés au travail. On ne peut contester que le burn out soit une réalité pour un certain nombre de salariés, mais ouvrir la présomption d'imputabilité de la pathologie à l'activité professionnelle me paraît assez simpliste dans la mesure où les troubles psychiques sont la plupart du temps multifactoriels, liés aussi à des fragilités individuelles. Comment faire la part des choses, savoir ce qui relève du travail et de la personne elle-même ? On sait bien que deux personnes qui vivront la même chose ne développeront pas les mêmes symptômes.

La prévention me paraît indispensable. Dans tous les cas, il vaut mieux prévenir que guérir. Ces troubles psychiques peuvent entraîner des incapacités longues. D'où l'intérêt de réfléchir à des indicateurs, à les mettre en place et à les suivre.

**Mme Caroline Janvier.** Je voulais revenir sur la distinction entre le burn out et les pathologies dont vous parlez. Alors que les travaux conduits depuis les années 1970 n'ont toujours pas réussi à vraiment identifier et circonscrire cette pathologie, il me paraît assez surprenant d'aller chercher des pathologies dont le lien avec l'environnement professionnel est encore moins démontrable que dans le cas d'un burn out.

La dépression, l'anxiété et le trouble de stress post-traumatique sont en général liés à une atteinte à l'intégrité physique ou psychologique du patient, qui peut être due à une mort violente, un viol, une guerre ou un attentat. On voit quand même assez mal le lien avec le milieu professionnel. L'imputabilité systématique au cadre professionnel et l'inversion de la charge de la preuve me paraissent excessives et procéder d'un raccourci un peu rapide pour régler le problème.



**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Le burn out est un objet médical non identifié, nous en sommes tous d'accord. Comme l'ont dit plusieurs intervenants, ses causes sont multifactorielles, il n'est pas imputable uniquement à la vie professionnelle. En venant vous écouter ce matin, je pensais que je ressortirais de la réunion en ayant une vision plus claire du phénomène. En fait, plus j'écoute et moins je comprends. Vous-même, plus vous parlez et plus vous semblez hésiter sur la définition. Vous auriez peut-être dû retirer le mot burn out du titre de votre proposition de loi et l'intituler « Proposition de loi visant à faire reconnaître comme maladies professionnelles les maladies psychiques résultant de l'épuisement professionnel ». Le débat n'aurait peut-être pas été le même.

**M. le rapporteur.** Pour en revenir aux causes multifactorielles, je peux vous citer des données. Sur la base d'entretiens, une étude menée au Centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers montre que 34 % des tentatives de suicide ont un lien avec le travail. Menée au CHU de Caen, une autre étude fait état d'un taux d'environ 40 %. Tout est multifactoriel. La silicose était multifactorielle et tous les individus ne réagissaient pas la même manière à la descente dans la mine. Prenons la lombalgie, reconnue comme maladie professionnelle pour un salarié qui effectue certains travaux pénibles : un salarié peut aussi avoir des lombalgies parce qu'il joue au tennis...

L'imputabilité ne joue que dans le cas où certaines conditions sont remplies, elle n'est pas automatique. On se réfère au tableau des maladies professionnelles dont l'élaboration est du ressort du Gouvernement après avis du Conseil d'orientation des conditions de travail. Une enquête peut être effectuée en cas de contestation par l'employeur. Il serait d'ailleurs souhaitable que tous les suicides et toutes les tentatives de suicide fassent systématiquement l'objet d'une enquête quand ils ont un lien possible avec le travail. À l'issue de l'enquête, la cause professionnelle ne sera pas reconnue si le lien n'est pas démontré.

J'entends vos arguments sur les limites de ma proposition mais je viens pour tirer un signal d'alarme. Que proposez-vous ? Le groupe Nouvelle Gauche propose la baisse du taux d'IPP, une mesure concrète même si je la trouve insuffisante. J'attends les propositions de nos autres collègues, qui ne doivent pas se limiter à des actions de sensibilisation : il ne suffira pas d'aller faire des câlins au directeur du centre d'appels Coriolis...

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Nous en venons à l'examen des articles de la proposition de loi.

**Article 1<sup>er</sup> :** *Inscription des pathologies psychiques relevant de l'épuisement professionnel au tableau des maladies professionnelles*

*La commission examine, en discussion commune, l'amendement AS9 du rapporteur et AS3 de M. Régis Juanico.*

**M. le rapporteur.** L'amendement AS9 a été rédigé en réaction à l'amendement AS3 du groupe Nouvelle gauche, dont je souhaite le retrait au profit du mien, qui propose de remplacer la formulation « relevant de l'épuisement professionnel » par « pouvant être reconnues comme maladies d'origine professionnelle. » Les pathologies psychiques causées par le travail ne se réduisent en effet pas à l'épuisement professionnel.

**M. Régis Juanico.** Notre amendement vise à inscrire dans le code de la sécurité sociale les pathologies psychiques pouvant être reconnues d'origine professionnelle.

Quand nous abordons des sujets de société clairement identifiés, j'ai l'impression que certains veulent noyer le poisson pour éviter le débat. Le législateur finit par avoir beaucoup de retard sur la société. Dans quelques mois, des centres de prise en charge de

patients atteints de burn out vont ouvrir dans certaines villes, notamment à Villeurbanne. Les patients seront pris en charge à la journée avec l'accord de l'Agence régionale de santé (ARS), alors que les pathologies psychiques sont très peu reconnues dans notre système qui est devenu complètement obsolète.

Seul le Danemark a inscrit le stress post-traumatique dans son tableau de maladies professionnelles. En France, les partenaires sociaux doivent se mettre d'accord et il y a un blocage pour une meilleure reconnaissance des maladies professionnelles. La reconnaissance ne peut s'opérer que par la voie complémentaire sur laquelle porte notre amendement. La procédure complémentaire permet à des salariés de déposer des dossiers devant les CRRMP mais nous considérons que ces derniers appliquent des critères trop restrictifs. La plupart des dossiers sont rejetés ou pas même examinés.

Les CRRMP demandent au salarié d'avoir un taux d'IPP de 25 %, ce qui est énorme : au niveau physique, ce taux correspond à l'amputation d'un bras, par exemple, et les maladies psychiques ne peuvent pas entrer dans ce cadre. Les comités acceptent 600 dossiers par an et quelque 10 000 cas de burn out sont reconnus comme accidents du travail, alors que 20 000 cas sont reconnus en Belgique. Si le système fonctionnait bien, nous aurions environ 40 000 reconnaissances par an.

Notre proposition principale est d'abaisser le taux d'IPP de 25 % à 10 % pour que la majorité des dossiers soient examinés : les cas de dépression et d'épuisement professionnel donnent lieu à des taux d'IPP qui se situent entre 12 % et 15 %. Ainsi, ces troubles psychiques pourraient être enfin reconnus comme des maladies d'origine professionnelle. Malheureusement, ce qui est une triste habitude, notre amendement a été déclaré irrecevable et nous ne pourrions pas en débattre.

**M. le rapporteur.** J'accepte votre proposition d'étendre la définition aux troubles psychiques, simplement mon amendement ajoute les mots « Il définit les conditions dans lesquelles ces pathologies sont présumées être d'origine professionnelle ». C'est pourquoi j'ai demandé le retrait du vôtre.

**M. Régis Juanico.** Au bénéfice de ces explications, nous retirons notre amendement.

*L'amendement AS3 est retiré.*

**M. Guillaume Chiche.** Je voulais revenir sur les actions d'ores et déjà engagées et qui ont vocation à s'intensifier en faveur de la reconnaissance des maladies professionnelles dans le cadre des CRRMP, donc hors tableau.

Depuis 2012, il a été demandé aux caisses d'assurance maladie d'interpréter de manière souple le taux d'IPP nécessaire pour bénéficier de l'expertise des CRRMP. Il s'agit de permettre la fixation du taux d'incapacité prévisible à la date de la demande de reconnaissance, sans exiger que l'état de la victime soit stabilisé. Ce taux n'a donc qu'une valeur indicative puisqu'il est distingué du taux réel qui est notifié lors de la consolidation de l'état de santé de la victime. En pratique, ce taux réel peut être inférieur à 25 %.

En 2014, il a aussi été créé et diffusé un référentiel permettant de faciliter le travail des agents des caisses primaires d'assurance maladie lors de leurs enquêtes, afin de formuler des recommandations aux CRRMP.

Nous appellerons au retrait sinon au rejet de cet amendement, dans la mesure où un travail est en cours pour permettre aux CRRMP d'embrasser la problématique des troubles psychiques dans la reconnaissance des maladies professionnelles.

**M. Adrien Quatennens.** À la fin de la précédente législature, effectivement, des députés socialistes avaient déposé une proposition de loi qui visait à abaisser ce taux d'IPP. Après les auditions, nous avons fait un autre choix afin de couvrir davantage de cas, d'être plus exhaustifs. Comme l'a dit mon collègue François Ruffin, le législateur n'est pas compétent pour classer le burn out dans les maladies. En revanche, nous savons que certaines pathologies peuvent résulter directement du monde du travail. Il faut reconnaître ce lien entre le travail et ces pathologies identifiées par la médecine. C'est pourquoi nous vous proposons d'intervenir sur le tableau des maladies professionnelles, ce qui permettra de résoudre plus de cas que si nous nous contentions d'abaisser les taux d'IPP pris en compte par les CRRMP.

**M. Olivier Véran.** Cela ne me dérange pas d'admettre qu'il existe un vrai problème de pathologies professionnelles. Il y a quelques années, d'aucuns parlaient de pathologies de civilisation pour évoquer cette flambée de troubles liés au rapport au travail, à la pression sociale et culturelle, aux organisations sociales contemporaines. Ce qui me gêne, c'est plutôt le régime d'indemnisation et la reconnaissance du burn out comme maladie professionnelle.

Savez-vous d'où vient le mot burn out ? Il a été employé pour la première fois en 1970 par un médecin nommé Herbert Freudenberger qui dirigeait à New York une clinique pour jeunes toxicomanes. Sa clinique était un établissement associatif qui fonctionnait essentiellement grâce à des bénévoles. Herbert Freudenberger a employé le mot burn out pour décrire l'état de ces bénévoles. Ces personnes s'engageaient librement parce qu'elles croyaient en la cause qu'elles allaient servir. Au bout d'un an, leur altruisme aboutissait à une forme de lassitude face à des gens qui avaient du mal à sortir de la toxicomanie. C'est une sorte de paradoxe : le burn out a été décrit pour la première fois chez des bénévoles et, plus de quarante ans plus tard, on nous demande de le classer dans les maladies professionnelles ouvrant droit à des indemnités.

Je pense qu'il faut un cadre beaucoup plus large de conceptualisation et de reconnaissance de l'ensemble des troubles psychiques qui peuvent être liés à une activité, que cette dernière soit rémunérée et liée à un employeur ou qu'elle relève d'un engagement personnel privé. C'est pourquoi je suis opposé à votre amendement.

**M. Ugo Bernalicis.** J'ai du mal à comprendre l'argument de mon collègue Véran. Le monde du travail n'a effectivement pas le monopole du burn out, j'en suis bien convaincu. Des militants politiques, par exemple, peuvent aller un peu trop loin dans leur engagement à certains moments et se trouver dans cette situation. Il n'empêche que vous pouvez arriver au même résultat dans le monde du travail, c'est-à-dire dans un cadre subi et contraint. Avec notre proposition de loi, nous nous intéressons au milieu professionnel.

En quoi le fait que des bénévoles puissent être victimes d'un burn out devrait-il nous empêcher de légiférer pour les salariés ? C'est absurde. Des bénévoles peuvent aussi se casser une jambe. Sous ce prétexte, faudrait-il cesser de considérer que c'est un accident du travail quand cela arrive à un salarié ? Le raisonnement est absurde, je vous le dis sincèrement.

J'approuve les arguments qui ont été brillamment développés par mes collègues Ruffin et Quatennens. J'invite cette commission à faire preuve d'audace et de courage politique. Il s'agit aussi de faire avancer le progrès social dans ce pays. Vous vous définissez tous comme des progressistes, faites-en la démonstration.

**M. Régis Juanico.** Notre collègue Guillaume Chiche explique que les CRRMP conservent une forte latitude d'appréciation quand elles examinent des dossiers de burn out. Même si des modifications ont été apportées, le fonctionnement de ces CRRMP n'est pas

satisfaisant. La preuve : ils n'acceptent que 600 dossiers par an. Avec un taux d'IPP fixé à 25 %, de nombreuses victimes ne sont pas prises en charge au titre de leur préjudice.

Un CRRMP d'Île-de-France indique qu'il rejette la moitié des dossiers de reconnaissance pour affection psychiatrique qui lui sont soumis, car le taux d'IPP est inférieur au seuil réglementaire. Dans l'un de ses rapports, la commission instituée par l'article L. 1762 du code de la sécurité sociale dresse, quant à elle, le constat d'une forte disparité de traitement entre les caisses dans leur pratique de reconnaissance et de fixation de ce taux d'IPP.

Pour ces raisons, nous proposons d'abaisser le taux d'IPP de 25 à 10 %. Cette voie opérationnelle pourrait être expérimentée rapidement. Certains collègues ne souhaitent pas que nous avancions en la matière sur le plan législatif. Pour ma part, j'estime que nous devons expérimenter. Je crois aussi que, dans la majorité parlementaire, beaucoup de collègues sont sensibles à cette question.

*La commission rejette l'amendement AS9.*

*Puis elle rejette l'article 1<sup>er</sup>.*

**Après l'article 1<sup>er</sup>**

*La commission examine l'amendement ASI de M. Dino Cinieri.*

**M. Dino Cinieri.** Mon amendement reprend l'une des recommandations du rapport d'information n° 4487 de février 2017 sur l'épuisement professionnel ou burn out, rédigé à l'initiative des députés Yves Censi et Gérard Sebaoun.

Il est ainsi proposé que la commission chargée d'apprécier la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles évalue également le coût des pathologies psychiques liées au travail qui est actuellement supporté par l'assurance maladie.

**M. le rapporteur.** Je suis tout à fait favorable à cet amendement. Je ne me situe pas dans une logique comptable, je raisonne en termes de santé publique. Cependant, si l'évaluation de la prise en charge de ces troubles psychiques liés au travail par l'assurance maladie – le coût s'exprimera en milliards d'euros – peut stimuler le législateur, donc le Gouvernement, j'y suis très favorable. Ce coût est payé par la société alors qu'il devrait l'être bien souvent par les sociétés.

**M. Guillaume Chiche.** Nous sommes défavorables à cet amendement qui me donne l'occasion de répondre au rapporteur sur l'action engagée en la matière par la majorité parlementaire et le Gouvernement.

Muriel Pénicaud et Agnès Buzyn, la ministre du travail et la ministre de la santé, ont confié à notre collègue Charlotte Lecocq une mission sur la santé au travail. La mission, qui rendra ses conclusions avant l'été, prendra le temps d'éprouver l'ensemble des problématiques qui nous sont posées aujourd'hui.

Je peux vous assurer de la détermination de notre majorité à se saisir de ces dossiers concernant les troubles psychiques et la reconnaissance des maladies professionnelles. À la faveur des ordonnances relatives au renforcement du dialogue social, nous avons mis l'accent, tout au long des débats, sur la constitution du comité social et économique (CSE). Ce comité vise à permettre au salarié et à ses représentants d'avoir une vision d'ensemble de l'environnement de travail et de pouvoir appréhender tous les facteurs qui peuvent déboucher sur le syndrome de burn out ou sur des troubles psychiques. C'est une avancée.

La mission confiée par l'exécutif à notre collègue Charlotte Lecocq montre que nous prenons ce sujet à bras-le-corps et que nous le traitons sérieusement. Rappelons aussi

que le troisième plan santé au travail (PST3), qui va couvrir la période 2016-2020, a été adopté après avoir été négocié avec les partenaires sociaux, les acteurs de la prévention et ceux de l'assurance maladie. L'article 20 de ce plan traite de la prévention des risques psychosociaux et il formule des préconisations concernant les mécanismes de reconnaissance des troubles psychiques et la formulation de nouveaux supports pour mieux les appréhender.

Pour répondre très directement à M. Ruffin et à ses collègues de La France insoumise, nous sommes mobilisés par ce sujet très important. Nous nous inscrivons dans la continuité des nombreux travaux menés sous les législatures précédentes. Nous avons déjà agi à l'occasion du débat sur le dialogue social et nous continuons à agir, notamment à travers la mission ministérielle.

**M. Stéphane Viry.** Cet amendement a du sens. Il s'inscrit dans la continuité des travaux parlementaires précédents. Je pense en particulier au rapport d'information d'Yves Censi et de Gérard Sebaoun, adopté à l'unanimité. Nos collègues soulignaient la nécessité d'établir les coûts pour l'assurance maladie des pathologies psychiques liées au travail, ce qui me semble judicieux à l'heure où l'on discute d'un principe de prise en charge analogue à celui du pollueur-payeur.

**M. le rapporteur.** Le groupe Les Républicains et La France insoumise s'accordent pour voter un amendement qui porte sur une proposition minimale, et le groupe La République en Marche s'apprête à le rejeter pour la simple raison qu'une mission vient d'être lancée. Son porte-parole dit la majorité déterminée à prendre en compte ces pathologies : je me demande ce que ce serait si elle ne l'était pas !

*La commission rejette l'amendement.*

**Article 2 : Conditions d'entrée en vigueur**

*La commission examine l'amendement AS4 de M. Régis Juanico*

**M. Régis Juanico.** Je le retire : il n'avait de sens qu'en regard d'un autre amendement, qui a été déclaré irrecevable, qui visait à abaisser le seuil minimum d'incapacité permanente partielle (IPP) de 25 % à 10 % dans le cadre de la procédure de reconnaissance des maladies professionnelles.

*L'amendement est retiré.*

*La commission rejette l'article 2.*

**Après l'article 2**

*La commission est saisie de l'amendement AS5 de M. Régis Juanico.*

**M. Boris Vallaud.** Cet amendement vise à intégrer la prévention des risques psychosociaux dans le champ « Égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et qualité de vie au travail » de la négociation annuelle obligatoire dans l'entreprise.

Comme ceux qui suivent, il reprend des recommandations du rapport de Gérard Sebaoun et Yves Censi, que la commission des affaires sociales avait adopté à l'unanimité. Lors de l'examen de ce texte dans cette même salle il y a onze mois, l'actuel président du groupe majoritaire, Richard Ferrand, avait « salué la pertinence et la qualité du rapport » et en avait adopté toutes les recommandations. Je ne doute pas que la majorité saura faire sienne cette appréciation et votera les dispositions que nous proposons.

Il faut ouvrir des espaces de discussion sur la qualité de vie au travail et l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Plus généralement, la recherche de la qualité de vie au travail doit intégrer l'ambition de construire un collectif de travail au sein de

l'entreprise. L'objectif doit être de créer un nouvel espace d'expression et d'échange sur la qualité de vie au travail et les valeurs du métier, qui ne soit pas destiné uniquement à augmenter ou rationaliser la production mais à conduire une réflexion sur le sens et les conditions d'exercice de l'activité professionnelle.

La loi du 17 août 2015 a inséré dans le champ de la négociation collective obligatoire, défini par l'article L. 2242-17 du code du travail, « l'articulation entre la vie personnelle et la vie professionnelle pour les salariés ». Il reviendrait aux partenaires sociaux de faire vivre ces dispositions en jouant le jeu d'une réelle prise en compte de la qualité de vie au travail comme un facteur de performance et de compétitivité de l'entreprise.

**M. le rapporteur.** Avis favorable. Cet amendement et ceux qui suivent sont issus du rapport Censi-Sebaoun. Certains des membres de notre commission siégeaient déjà au sein de la commission des affaires sociales sous la précédente législature et ont pris part au vote unanime dont ce rapport a fait l'objet, ne l'oublions pas...

**M. Guillaume Chiche.** Monsieur le rapporteur, je tiens à réaffirmer la détermination de la majorité. Nous en avons fait la démonstration depuis le début de la législature. Je crois même que notre capacité à légiférer rapidement et de manière efficace a fait grincer des dents nos collègues de La France insoumise.

Le groupe La République en Marche est défavorable à cet amendement. Nous sommes au travail ; la mission confiée à Charlotte Lecocq analysera notamment la manière dont les organisations syndicales et les institutions représentatives du personnel fusionnées se saisissent de la question des risques psycho-sociaux. Elle rendra ses conclusions aux alentours du 30 avril prochain.

**M. Stéphane Viry.** Cet amendement et les deux suivants vont dans la bonne direction. Ils sont cohérents avec la logique des référentiels du ministère du travail sur cette question. Le groupe Les Républicains votera en leur faveur.

**M. Boris Vallaud.** L'urgence est à géométrie variable au sein de la majorité... Le *burn out* n'a rien d'un sujet neuf. Des rapports ont été commandés, nous attendons que les ministères concernés les rendent publics et portent leurs conclusions à la connaissance de l'Assemblée nationale.

Vous insistez sur la détermination de la majorité mais vous me permettez d'en douter : les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) n'existent plus ; le compte personnel de prévention de la pénibilité est devenu compte professionnel de prévention ; l'INRS, organisme public chargé de la sécurité au travail, a vu ses moyens diminuer drastiquement.

Des membres de notre commission ont, il y a onze mois, adopté les conclusions du rapport Censi-Sebaoun, je comprends mal leur absence de constance.

**M. Adrien Quatennens.** Je vois bien le rôle que M. Chiche se donne ce matin : rappeler sans cesse que la majorité est au travail, qu'elle se préoccupe de ces questions et qu'elle agit pour faire avancer les choses. Ce matin nous vous soumettons une proposition de loi raisonnable issue d'un long travail d'audition, qui dépasse les clivages partisans au point qu'elle pourrait avoir été rédigée par votre groupe et que fait la majorité ? Elle reste dans une logique de posture. Comme bien souvent, vous vous préoccupez davantage de ceux qui sont à l'origine d'une proposition que du sens qu'elle revêt. C'est votre comportement qui est sectaire, il faut le dire. La preuve en est que des députés LREM sont allés jusqu'à voter contre des amendements issus de leur propre groupe pour la seule raison qu'ils étaient défendus par des membres d'autres groupes...

Cette méthode atteint ses limites, Monsieur Chiche. Répéter « nous agissons » ne suffit pas ; si vous êtes vraiment déterminés à avancer, prouvez-le et adoptez notre proposition de loi, d'autant que, comme le souligne François Ruffin, elle est assez minimaliste, du point de vue même des experts avec lesquels nous avons travaillé.

**M. Laurent Pietraszewski.** Ce n'est pas parce que nous sommes en désaccord avec les amendements que nous remettons en cause le fait que le groupe à l'origine de la proposition de loi ait mené une réflexion approfondie et organisé une longue série d'auditions.

Guillaume Chiche, en affirmant que des travaux étaient en cours, ne s'est pas payé de mots, il a présenté des éléments concrets. La mission sur la santé au travail doit rendre ses conclusions à la fin du premier trimestre : nous ne repoussons pas le débat aux calendes grecques. Simplement, nous considérons qu'il faut se donner un minimum de temps pour construire. L'intensité des débats qui ont lieu depuis le début de notre réunion montre bien que les choses ne sont pas aussi simples. Certains de nos collègues, appartenant au corps médical, ont sans doute une vision technique ; d'autres, venus du milieu de l'entreprise, ont une autre approche. Il faudra un certain temps pour que ces manières de voir s'ajustent les unes aux autres.

Enfin, Monsieur Vallaud, vous ne pouvez pas dire que les CHSCT ont disparu. Toutes leurs prérogatives se retrouvent dans les comités sociaux et économiques. Le code du travail indique clairement que la santé au travail fait partie de leurs missions.

*La commission rejette l'amendement*

*Elle examine ensuite l'amendement AS7 de M. Régis Juanico.*

**M. Boris Vallaud.** L'indépendance du médecin du travail dans l'exercice de son activité est un élément essentiel de la déontologie de cette profession, qui a été consacré par le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale et repris par l'article L. 4623-8 du code du travail : « dans les conditions d'indépendance professionnelle définies et garanties par la loi, le médecin du travail assure les missions qui lui sont dévolues par le présent code ».

Depuis 2002, le médecin du travail évolue au sein du service de santé au travail interentreprises, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire qu'il est chargé d'animer et de coordonner.

Toutefois, les professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire, collaborateur médecin et infirmier qui participent sous l'autorité du médecin du travail au suivi des travailleurs, ne bénéficient pas de la même protection que ce dernier. Rien dans la dernière réforme législative des services de santé au travail de 2011 ou dans les décrets d'application n'est venu garantir l'indépendance professionnelle des infirmiers de la médecine du travail : ils restent recrutés par les entreprises et mis à disposition des médecins du travail.

L'article L. 4624-1 du code du travail prévoit désormais que « tout travailleur bénéficie, au titre de la surveillance de l'état de santé des travailleurs prévue à l'article L. 4622-2, d'un suivi individuel de son état de santé assuré par le médecin du travail et, sous l'autorité de celui-ci, par le collaborateur médecin mentionné à l'article L. 4623-1, l'interne en médecine du travail et l'infirmier. »

Les articles R. 4624-10 et suivants du même code confient dorénavant aux membres de cette équipe disciplinaire la visite d'information et de prévention, le suivi individuel de l'état de santé des travailleurs et la constitution du dossier médical.

Ces professionnels de santé seront ainsi amenés à signaler des cas de souffrance au travail comme des cas d'épuisement professionnel, sans que leur statut les protège, compromettant l'exercice impartial des missions confiées par le législateur.

Aussi un statut de salarié protégé garantissant l'indépendance de l'exercice au sein de l'entreprise pour les personnels concourant aux services de santé au travail nous semble nécessaire.

**M. le rapporteur.** Avis favorable.

M. Véran a insisté sur le fait que le burn out touchait également des bénévoles mais je considère que ce n'est pas une raison pour ne pas traiter les troubles psychiques liés à l'activité rémunérée. Et je dois souligner ici l'une des limites de ma proposition de loi : elle ne traite pas le cas des artisans, des commerçants et des agriculteurs qui subissent un fort stress lié à leur travail du fait d'un mécanisme d'auto-exploitation.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS6 de M. Régis Juanico.*

**M. Boris Vallaud.** Cet amendement s'inscrit dans la même logique que l'amendement AS7. Tous portent sur des sujets qui ont fait l'objet d'un accord unanime des membres de la commission des affaires sociales de la précédente législature. Les arguments mettant en avant la complexité et la nécessité d'attendre de nouveaux rapports ne tiennent qu'à moitié.

**M. le rapporteur.** Avis favorable.

**Mme Jeanine Dubié.** Je suis assez surprise que ces amendements ne recueillent pas un avis favorable de la part de la majorité. La loi « Travail » du 8 août 2016 a intégré dans le champ de la négociation annuelle sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail un septième alinéa portant sur le droit à la déconnexion. Pourquoi ne pas accepter d'ajouter un huitième alinéa consacré aux mesures de prévention des risques psychosociaux ? La position de principe qu'adopte la majorité me gêne.

**M. Guillaume Chiche.** De manière unanime dans cette commission, nous reconnaissons l'importance des pathologies psychiques liées au travail, notamment le syndrome de burn out. Nous ne nous réfugions pas derrière une posture dogmatique. Dans nos travaux précédents, nous avons montré que nous étions prêts à adopter des amendements de l'opposition.

Notre détermination se manifeste concrètement. Je vous renvoie à la loi sur le dialogue social. À cet égard, comme mon collègue Laurent Pietraszewski, je ne considère pas que la fusion des institutions représentatives du personnel ait conduit à un affaiblissement de la représentation salariale dans les structures entrepreneuriales, elle a au contraire contribué à une prise en compte plus globale de l'environnement de travail.

Par ailleurs, la mission confiée à notre collègue Charlotte Lecocq doit rendre ses conclusions le 30 avril prochain. Elles aboutiront à des préconisations qui permettront de mieux appréhender les troubles psychiques et les maladies professionnelles. Nous considérons que cette proposition de loi n'est pas forcément le bon véhicule pour ce faire.

**M. Pierre Dharréville.** Que nous regrettons les conséquences de la disparition du CHSCT n'est un mystère pour personne.

Ces amendements renvoient à une revendication très forte des salariés de voir assurer l'indépendance des médecins du travail et des professionnels de santé qui interviennent dans les milieux professionnels. C'est une garantie supplémentaire pour que la



lutte pour la santé au travail trouve sa pleine efficacité en toute transparence. Il est urgent d'avancer en ce domaine. Je voterai donc cet amendement.

**Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.** Nous accordons attention et bienveillance aux démarches des uns et des autres et il n'est pas question pour nous de nous y opposer systématiquement. Il s'agit donc avant tout d'une question de *timing* : toutes les propositions intéressantes seront accueillies dans le cadre des travaux de la mission ministérielle.

**M. Boris Vallaud.** Les amendements AS6 et AS7 n'ont rien à voir avec le burn out, à tel point qu'on pourrait les qualifier de cavaliers. Ils concernent la santé au travail : ils visent à garantir aux collaborateurs du médecin du travail la même indépendance que celle que la loi lui confère déjà. Les adopter ne conduirait en rien, chers collègues de la majorité, à trahir ou à fronder. Ce serait simplement une manière pour vous de manifester de la considération pour cet enjeu et de prendre date dans le calendrier que vous vous êtes vous-mêmes fixé. Cela ne demande pas beaucoup d'audace.

**M. Francis Vercamer.** Les dispositions du code du travail relatives à l'indépendance du médecin du travail sont en partie issues d'amendements que nous avons déposés et le groupe UDI, Agir et indépendants votera cet amendement des deux mains.

**Mme Albane Gaillot.** Une preuve que la réflexion doit être encore approfondie, c'est que personne n'a évoqué le *bore-out* ou le *brown-out*. Il y a encore un énorme travail à faire sur le bien-être et le mal-être au travail.

*La commission rejette l'amendement.*

**Article 3 : Gage**

*La commission rejette l'article.*

**Titre**

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Il me semble qu'il y a peu de sens à examiner des amendements portant sur le titre d'une proposition de loi dont tous les articles ont été rejetés. Je les appelle néanmoins.

*La commission est saisie des amendements AS10 du rapporteur et AS2 de M. Régis Juanico.*

**M. le rapporteur.** Il s'agit d'un amendement de cohérence avec l'amendement présenté à l'article 1<sup>er</sup> visant à préciser l'objet de la proposition de loi. Au-delà du seul épuisement professionnel, celle-ci concerne en effet toutes les pathologies psychiques causées par le travail. Nous proposons donc de substituer aux mots : « résultant de l'épuisement professionnel », les mots : « causées par le travail ».

**M. Régis Juanico.** Cet amendement vise en effet à reformuler le titre de la proposition de loi.

En conclusion de nos débats en commission, je tiens à indiquer que la question du syndrome de l'épuisement professionnel et du burn out est ancienne. Les crises suicidaires à France Télécom et à Renault ont abouti à une prise de conscience à la fin des années 2000. Nous sommes un certain nombre ici à avoir travaillé depuis de longues années sur ce sujet. Les rapports parlementaires ne manquent pas et le dernier en date, cosigné par Gérard Sebaoun et Yves Censi, est de très bonne qualité. Les travaux scientifiques sont nombreux. Le rapporteur a fait référence à celui de Patrick Légeron pour l'Académie de médecine mais il y en a bien d'autres – je pense notamment aux publications de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES).

Nous savons définir le burn out et identifier les facteurs de risque. Le problème aujourd'hui réside dans la procédure de reconnaissance en tant que maladie professionnelle. Citons des chiffres éloquentes : en Belgique, 20 000 cas de burn out ont été reconnus comme maladie professionnelle contre 600 seulement en France.

Nous souhaitons que les futurs travaux parlementaires puissent aboutir à des avancées concrètes, prenant appui sur tout ce qui a été fait depuis près de huit ans grâce au travail commun de la majorité et de l'opposition. Il faudrait notamment expérimenter l'abaissement du taux d'incapacité permanente partielle de 25 % à 10 % de façon que davantage de dossiers puissent être pris en compte par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles.

Ce matin, les mots « complexité », « multifactoriel » ont souvent été prononcés. Ce sont ces mots mêmes qu'utilisait une organisation patronale opposée, pour des raisons idéologiques, à la reconnaissance de la pénibilité au travail. Résultat : le compte de prévention et de pénibilité est fortement dégradé aujourd'hui, notamment pour ce qui est du risque chimique. Il me semble bon de le rappeler en conclusion.

*La commission rejette les amendements AS10 et AS2.*

*L'ensemble des articles de la proposition de loi ayant été rejetés, le texte est considéré comme rejeté par la commission.*

**M. le rapporteur.** Je le répète, les directeurs des ressources humaines nous disent que ce problème n'est pas pris au sérieux pour l'instant dans les entreprises.

Je suis frappé que vous refusiez de reconnaître les troubles psychiques comme maladies professionnelles, que vous refusiez d'établir le coût des pathologies psychiques, que vous refusiez d'intégrer la prévention des risques psychosociaux dans le dialogue social à l'intérieur de l'entreprise, que vous refusiez de garantir l'indépendance des médecins du travail et des infirmiers en santé au travail. Tous les groupes, à l'exception de la majorité, étaient favorables à ces dispositions. Vous nous expliquez que ce n'est pas par dogmatisme, c'est à se demander ce qui peut bien être dogmatique.

Vous nous dites ensuite que vous êtes déterminés et qu'une commission va traiter cette question. Mais je remarque qu'il y a des sujets sur lesquels vous légiférez très rapidement, comme la rupture conventionnelle collective, la suppression des CHSCT, ou encore la suppression de l'impôt de solidarité sur la fortune, tandis que sur d'autres, ceux qui visent à prendre des mesures en faveur des salariés, vous nous renvoyez à une commission *ad hoc* ultérieure. Aujourd'hui, vous laissez passer l'occasion d'adopter des mesures qui auraient été un marqueur, de montrer que vous souhaitiez aller dans cette direction.

Malgré nos désaccords de fond, je vous remercie pour votre écoute et la discussion de ce matin.

*Puis la commission procède à l'examen de la proposition de loi de Mme Caroline Fiat et plusieurs de ses collègues relative à l'euthanasie et au suicide assisté, pour une fin de vie digne (n° 517) (Mme Caroline Fiat, rapporteure).*

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Mes chers collègues, l'ordre du jour appelle la discussion de la proposition de loi relative à l'euthanasie et au suicide assisté, pour une fin de vie digne.

**Mme Caroline Fiat, rapporteure.** Je suis heureuse de vous présenter ce matin la proposition de loi que j'ai déposée au mois de décembre dernier avec les membres du groupe La France insoumise, et qui vise à légaliser, sous conditions, l'euthanasie et le suicide assisté.

J'espère que nous allons pouvoir débattre sereinement de l'évolution du cadre législatif concernant la fin de vie dans notre pays, évolution plébiscitée et attendue par nos concitoyens, voire au-delà de nos frontières.

Un sondage de l'IFOP pour le journal *La Croix*, publié au début du mois, a en effet montré que 89 % des Françaises et des Français étaient favorables à ce que l'on aille plus loin que la législation actuelle sur la fin de vie. C'est dire si, au-delà des convictions politiques, religieuses ou philosophiques, nos concitoyens sont aujourd'hui convaincus, dans leur immense majorité, de la nécessité de faire évoluer la législation.

Je tiens à souligner qu'il ne s'agit pas d'un mouvement d'humeur, car d'un sondage à l'autre, quelle que soit la méthodologie retenue, « la solution majoritaire souhaitée en cas de situation de fin de vie insupportable est d'abord la possibilité de demander à ce que le médecin vous fasse mourir », comme le notait en 2012 le professeur Didier Sicard. Chez les médecins aussi, les mentalités ont évolué puisqu'une enquête, réalisée en 2013 par Ipsos pour le Conseil national de l'ordre des médecins, a fait apparaître que 60 % des médecins étaient favorables à l'euthanasie.

Les esprits sont donc mûrs pour un changement commandé par une exigence d'égalité. Nos concitoyens sont en effet loin d'être égaux face aux conditions dans lesquelles ils meurent. En 2012, la commission de réflexion sur la fin de vie en France pointait déjà les « inégalités socio-économiques du mourir » dans notre pays. Alors que la Belgique et les Pays-Bas offrent à leurs ressortissants un accès universel aux soins palliatifs, l'avis citoyen sur la fin de vie, publié en 2013, a établi qu'en France, seules 20 % des personnes qui devraient bénéficier des soins palliatifs y ont accès avec en outre de lourdes inégalités territoriales entre les structures palliatives comme entre le nombre de lits dédiés en milieu hospitalier. Ces inégalités sont si grandes qu'en 2014 le Comité consultatif national d'éthique a dénoncé le scandale que constitue, depuis quinze ans, la fin de vie insupportable d'une très grande majorité de nos concitoyens.

Notre proposition de loi prend en compte cette inégalité dans l'accès aux soins palliatifs, en faisant de cet accès une exigence préalable à toute procédure d'euthanasie ou d'assistance au suicide.

Nous nous trouvons aujourd'hui, au regard de l'euthanasie et de l'assistance au suicide, dans une situation assez comparable à celle que nos concitoyens ont pu connaître jusqu'en 1975 au regard de l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Soit ils ont les moyens de trouver refuge chez nos voisins européens pour pouvoir y mourir dignement, que ce soit aux Pays-Bas ou au Luxembourg qui ont légalisé l'euthanasie et l'assistance au suicide respectivement depuis 2001 et 2009, en Belgique qui a légalisé l'euthanasie en 2002, ou encore en Suisse où le suicide assisté est toléré dès lors qu'il n'est pas motivé par un mobile égoïste. Soit ils n'ont pas les moyens de traverser nos frontières. Dans ce cas, ils subissent sur notre territoire ce que le professeur Didier Sicard a appelé le « mal-mourir » ou ils trouvent d'autres façons de mettre fin à leurs jours. Je rappelle à cet égard qu'un rapport publié en 2014 par l'Observatoire national du suicide place la France parmi les pays d'Europe enregistrant le taux de suicides le plus élevé, un tiers de ces suicides concernant des personnes âgées de plus de soixante ans et la majorité des suicides étant violents – 53 % par pendaison.

Quand elles ne mettent pas fin à leurs jours, les personnes en fin de vie sont parfois euthanasiées, contre leur gré, en catimini, dans nos hôpitaux. Une étude publiée en 2012 par l'Institut national d'études démographiques (INED) a en effet relevé que les décisions médicales avec intention de mettre fin à la vie des patients représentaient 3,1 % des décès enregistrés en décembre 2009, et qu'un cinquième seulement de ces décisions étaient prises à la demande des patients.

Il est donc grand temps d'encadrer les quelque 4 000 euthanasies clandestines qui seraient ainsi pratiquées chaque année. À mes yeux, il est révoltant que celles et ceux qui souhaitent mourir plus vite soient contraints de fuir à l'étranger pour y trouver les conditions d'une mort digne. Mais il est tout aussi scandaleux que celles et ceux qui souhaitent mourir plus tard puissent être euthanasiés contre leur volonté.

Parce qu'il est urgent de sortir de l'hypocrisie et d'apaiser la colère qui monte chez nos concitoyens qui peuvent, à juste titre, se sentir méprisés par une législation insuffisamment respectueuse de leur dignité, le groupe La France insoumise soumet aujourd'hui à la représentation nationale une proposition de loi qui, animée par une exigence de liberté et de respect de toutes les consciences, vise à légaliser, sous conditions, l'euthanasie et l'assistance au suicide.

C'est en effet l'objet de l'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi. Plutôt que de recourir à la formule d'« assistance médicalisée active à mourir » ou à d'autres circonvolutions, cet article n'hésite pas à employer les termes d'« euthanasie » et d'« assistance au suicide » car, comme l'ont montré les enquêtes d'opinion précédemment citées, ce sont des notions qui sont parfaitement claires pour nos concitoyens et qui ne leur font plus peur.

Assumant la revendication d'un droit de mourir que Chantal Sébire et Vincent Humbert ont jadis réclamé en vain à la justice française et aux Présidents de la République successifs, l'article 1<sup>er</sup> subordonne la légalité des actes d'euthanasie et d'assistance au suicide à plusieurs conditions inspirées des lois belge et luxembourgeoise. Premièrement, la demande doit émaner d'une personne capable, au sens civil du terme, l'hypothèse où la personne serait hors d'état d'exprimer sa volonté étant envisagée. Deuxièmement, cette personne doit être atteinte d'une affection grave ou incurable, quelle qu'en soit la cause, qui soit lui inflige une souffrance physique ou psychique qu'elle juge insupportable et qui ne peut être apaisée, soit la place dans un état de dépendance qu'elle estime incompatible avec sa dignité. Enfin, l'acte létal ne peut être accompli que par un médecin ou en présence et sous la responsabilité d'un médecin, étant précisé que l'article 4 garantit aux professionnels de santé la possibilité d'invoquer leur clause de conscience pour refuser d'accompagner un patient dans ses démarches, à condition cependant de l'orienter immédiatement vers un praticien susceptible de l'accepter.

Ce n'est qu'aux conditions précédemment énoncées que les personnes prêtant leur concours à un acte d'euthanasie ou d'assistance au suicide pourront bénéficier de l'exonération de poursuites et de sanctions pénales prévue à l'article 5. Cette disposition tend en effet à modifier le code pénal afin que l'acte d'euthanasie ou d'assistance au suicide régulièrement pratiqué ne soit considéré ni comme un meurtre ni comme un empoisonnement. Je vous proposerai par ailleurs un amendement afin de garantir que cet acte ne soit pas non plus assimilé à un assassinat.

Cette absence d'incrimination ne vaut toutefois que pour autant qu'aura également été respectée la procédure collégiale et extrêmement précise détaillée à l'article 3. S'inspirant là encore des droits belge et luxembourgeois, cet article encadre de façon très stricte le traitement des demandes d'euthanasie et d'assistance au suicide. Devant résulter de directives anticipées ou être formulées devant au moins deux témoins, lorsqu'elles le sont par oral, ces demandes devront être examinées par le médecin traitant et au moins un autre médecin indépendant. Ces médecins seront tenus de consulter l'équipe médicale assistant le patient au quotidien, sauf opposition de ce dernier, et d'établir un rapport sur la base duquel sera organisé un entretien avec le patient. Lorsque ce dernier n'est pas conscient et capable ou si l'expression de sa volonté ne revêt pas un caractère libre, éclairé, réfléchi et explicite, l'entretien a lieu avec sa personne de confiance, étant précisé que l'article 2 de la proposition

de loi permet la désignation de plusieurs personnes de confiance appelées à se succéder selon un ordre de préférence en cas de refus, d'empêchement, d'incapacité ou de décès de l'une d'entre elles.

Le déroulement de cet entretien est très précisément décrit : le médecin doit notamment informer le patient ou sa personne de confiance de son état de santé, de son espérance de vie, des possibilités thérapeutiques éventuellement encore envisageables, de l'état de la recherche en la matière, des possibilités offertes par les soins palliatifs, de leurs conséquences, des modalités d'accompagnement de fin de vie, ainsi que des conséquences de son choix. Si, à l'issue de cet entretien, la demande d'euthanasie ou de suicide assisté exprimée par le patient ou par sa personne de confiance persiste, elle sera avalisée dans un écrit daté et signé en présence de deux témoins n'ayant aucun intérêt matériel ou moral au décès. Une fois cette demande réitérée par écrit, l'acte légal sera accompli dans un délai maximal de quatre jours à compter de l'établissement de cet écrit, et le médecin qui y aura apporté son concours sera tenu d'adresser un rapport à une commission régionale de contrôle dans un délai de quatre jours ouvrables à compter du décès. Ce dispositif de contrôle permettrait notamment d'établir, sur la base de données non confidentielles, des rapports statistiques et d'évaluation permettant de détecter et de neutraliser rapidement toute velléité de pratiquer des euthanasies ou des suicides assistés aux seules fins de libérer des lits.

En effet, qu'on ne brandisse pas cette accusation tout aussi éculée qu'infondée : les études ont montré que, bien que légalisées chez nos voisins européens, l'assistance au suicide et l'euthanasie restent à un niveau stable et marginal par rapport au nombre total de décès – moins de 0,2 % au Luxembourg, 2 % en Belgique et 3,5 % aux Pays-Bas. Qu'on ne nous oppose pas non plus l'argument selon lequel il serait nécessaire, avant de légiférer, d'engager de nouveaux débats ou de nouvelles évaluations, ou d'attendre la conclusion des états généraux de la bioéthique qui se sont ouverts la semaine dernière. Missions parlementaires successives, menées notamment par M. Jean Leonetti, débats organisés par la commission de réflexion sur la fin de vie en France et par le Comité consultatif national d'éthique : rarement un sujet aura été aussi débattu et évalué au cours des vingt dernières années. Rarement le législateur aura été contraint de remettre aussi souvent l'ouvrage sur le métier, preuve que, malgré les évolutions qu'il a connues, notre dispositif encadrant la fin de vie n'est toujours pas adapté aux besoins et aux attentes de nos concitoyens.

Une loi du 9 juin 1999 a prétendu garantir l'accès aux soins palliatifs sur l'ensemble du territoire. Résultat : cet objectif, dont la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté n'a nullement vocation à enrayer la poursuite, est aujourd'hui loin d'être atteint. La loi Kouchner du 4 mars 2002 a permis de désigner une personne de confiance. Résultat : il a fallu deux nouvelles lois pour renforcer son rôle, la loi du 22 avril 2005, dite loi Leonetti, et la loi du 2 février 2016, dite loi Claeys-Leonetti. La loi Leonetti a prohibé l'obstination déraisonnable et permis aux majeurs de rédiger des directives anticipées. Résultat : une étude publiée en 2012 par l'Institut national des études démographiques a montré qu'en moyenne 2,5 % seulement des personnes décédées avaient rédigé au préalable des directives anticipées. Plusieurs rapports ont montré que l'acharnement thérapeutique persiste à la faveur d'une culture médicale curative nourrie par l'insuffisante formation des professionnels de santé aux enjeux liés à la fin de vie et à la prise en charge de la douleur.

Quant à la loi Claeys-Leonetti, qui a consacré la pratique des sédations profondes et continues, l'écrivaine Anne Bert, qui a dû se rendre en Belgique pour être euthanasiée dans un service de soins palliatifs, la qualifiait, il y a quelques mois encore, de « *poudre aux yeux* » pour les malades en fin de vie, tant la sédation terminale est inadaptée à un certain nombre d'agonies. Aucune étude scientifique ne démontre par ailleurs à ce jour l'absence totale de

souffrance chez la personne sédatisée qui met parfois plusieurs semaines à succomber d'un défaut d'hydratation.

Si la sédation profonde et continue peut être une solution satisfaisante pour certaines personnes, elle ne l'est donc pas pour toutes. Elle peut faire peur aux malades et à leurs proches, tout comme l'acharnement palliatif qui ne convient pas non plus à tous les patients. De mon point de vue, la logique consistant à évaluer les dispositifs législatifs existants de manière régulière ne doit pas porter atteinte à la responsabilité du législateur qui est celle de combler au plus vite les lacunes les plus manifestement béantes de nos politiques publiques.

J'espère donc que la représentation nationale ne tergiversera pas encore durant des mois, voire des années, et qu'elle adoptera la présente proposition de loi qui, dans le respect de la liberté de toutes les consciences, offre enfin à nos concitoyens la possibilité de choisir en consacrant le « droit de mourir » revendiqué par Vincent Humbert, il y a de cela quinze ans.

**M. Jean-Louis Touraine.** Au nom du groupe La République en marche, j'adresse un grand merci à Mme Caroline Fiat d'avoir mis sous les projecteurs l'importante question de la fin de vie. Pas moins de trois propositions de loi ont été déposées depuis le mois de juillet 2017, ce qui prouve l'intérêt que lui portent nos collègues.

Dans le récent sondage qu'elle a évoqué fait par l'IFOP pour le journal *La Croix*, 89 % des Français aspirent à un complément au dispositif législatif actuel. Mais si la réflexion en vue d'un aboutissement législatif prochain est parfaitement légitime, son calendrier paraît moins opportun. En effet, plus d'une demi-douzaine de concertations de notre Assemblée ou auprès du public sont engagées, des réponses et des rapports étant attendus avant l'été prochain : celui de l'Inspection générale des affaires sociales au printemps, celui du Conseil économique, social et environnemental sans doute en avril, tandis que l'Office parlementaire des choix scientifiques et technologiques (OPECST) et le Comité consultatif national d'éthique se sont saisis du sujet, que l'Assemblée nationale a créé un groupe d'études et que notre commission des affaires sociales lance un cycle d'auditions. Il serait donc insultant pour tous les Français, sollicités actuellement pour réfléchir à la réponse à apporter à l'importante question soulevée et savoir où mettre le curseur, de légiférer avant la publication de ces rapports. Je suggère donc très courtoisement à notre collègue Mme Caroline Fiat de retirer sa proposition, et de la présenter à nouveau simultanément avec les autres propositions de loi une fois que la concertation aura eu lieu, ce qui permettra de légiférer en tenant compte des opinions exprimées.

À défaut, nous nous abstiendrons sur les amendements de suppression et nous voterons contre chacun des articles.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Sur un sujet aussi délicat et sensible que celui de la fin de vie, il faut légiférer avec prudence et d'une main tremblante, pour reprendre la formule de Montesquieu. Toutefois, je tiens à remercier vivement Mme Fiat, au nom du groupe UDI, Agir et Indépendants, pour avoir mis ce sujet d'actualité en avant.

Le cadre actuel sur la fin de vie a été défini par la loi Leonetti du 22 avril 2005 et la loi Claeys-Leonetti du 2 avril 2016, qui ont introduit la notion d'acharnement thérapeutique et ouvert la possibilité d'arrêter les soins lorsque ceux-ci résultent d'une obstination déraisonnable.

Ces lois constituent indéniablement des avancées dans une meilleure prise en compte de la volonté du patient avec l'introduction des directives anticipées qui sont désormais opposables ou le renforcement de la place de la personne de confiance dont le témoignage prévaut sur tout autre. Pour autant, elles ne permettent pas de répondre à l'ensemble des situations et ne constituent pas une réponse satisfaisante à la question du droit

à mourir dans la dignité, pour une majorité croissante de nos concitoyens. En effet, selon un sondage IFOP de mars 2016, 95 % des Français sont aujourd'hui favorables à l'euthanasie et 90 % au suicide assisté. Selon les données de l'INED, chaque année entre 2 000 et 4 000 personnes terminent leur vie en ayant eu une aide active à mourir de la part des médecins. La justice est en conséquence souvent désarçonnée par le décalage et les pratiques de la loi. Cependant sur ce sujet, comme l'a rappelé M. Jean-Louis Touraine, il nous semble préférable, alors que les états généraux de la bioéthique ont été lancés la semaine dernière, de se donner le temps du débat et de la réflexion, le temps de l'écoute et peut-être aussi le temps de l'évaluation de la loi Claeys-Leonetti. C'est pourquoi le groupe UDI, Agir et Indépendants s'abstiendra.

**M. Alain Ramadier.** La proposition de loi que nous examinons ce matin porte sur un sujet lourd de sens, car il touche à notre approche de la condition humaine et à l'idée que nous nous faisons de la société. J'aimerais ainsi revenir sur les termes du débat que pose ce texte intitulé « pour une fin de vie digne ». La dignité humaine n'est pas cette chose quantifiable qui serait en suspens à divers moments de notre existence. C'est parce que l'homme est en tant que tel un être digne que notre devoir est de penser à sa fin de vie et d'accompagner du mieux possible, de leur naissance à leur mort, les personnes les plus vulnérables. C'est d'ailleurs à l'aune de cette conception de la dignité et de ce sens aigu de la solidarité envers son prochain que nous pouvons dire combien il est urgent de se pencher sur les seconds termes de notre sujet : la fin de vie.

Les conditions dans lesquelles on meurt aujourd'hui en France ne sont pas très bonnes. Associée de plus en plus à une somme de souffrances psychiques et physiques, la fin de vie n'est assez appréhendée dans sa complexité et l'accompagnement global, scientifique, social, psychologique, spirituel qui permettrait de lutter efficacement contre les douleurs et les peurs légitimes qui les accompagnent, fait défaut.

La question est donc de savoir si ce texte favorise une meilleure appréhension de la fin de vie. Faisant fi des dérives observées en Belgique, il prône le suicide assisté. Or sur le terrain, les équipes médicales sont formelles : les demandes d'euthanasie sont très rares. Certes, des patients réclament « la petite piqûre », comme ils le disent, sauf qu'après quelques jours passés avec une équipe de soins palliatifs, ces demandes disparaissent dans la très grande majorité des cas. Pour certains cas extrêmes qui ont ému l'opinion ces dernières années, d'autres solutions ont été élaborées et inscrites dans la loi Claeys-Leonetti de 2016 qui prévoit une sédation profonde et continue pour soulager le patient, et la mise en œuvre à cette fin de directives anticipées. Moins de deux ans après le vote de cette loi, les retours du terrain font état d'obstacles pratiques et éthiques à sa bonne application. Pour cette raison de fond, la culture des soins palliatifs est faible dans notre pays, tant au sein du personnel soignant que chez les patients.

Mes chers collègues, ce n'est pas une loi sur l'euthanasie qui permettra de s'atteler à ce problème de fond. Précipité, ce texte rate la cible. Voilà pourquoi, deux ans après la loi Claeys-Leonetti, il nous paraît urgent, avant toute nouvelle loi, d'évaluer l'existant. Le groupe Les Républicains, fidèle à son attachement à la dignité de la personne, à la volonté de tout faire pour accompagner les personnes en fin de vie et soulager la souffrance, votera contre ce texte.

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Si la question était de savoir si, à titre personnel, je suis favorable à l'euthanasie ou au suicide assisté, je répondrais probablement oui, comme un grand nombre de Français parce que, comme la plupart d'entre nous, je ne peux pas imaginer une mort ou une existence avec des souffrances physiques ou psychologiques insupportables.

Mais la question n'est pas celle-là, il s'agit de savoir s'il convient de légiférer pour permettre à des personnes souffrant d'une maladie grave ou incurable de recourir légalement à des dispositifs médicaux visant à mettre fin à leur vie.

La façon dont notre société aborde la souffrance et la mort nous préoccupe tous, car elle interroge notre humanité. La loi Claeyss-Leonetti de 2016 a renforcé la loi Leonetti de 2005 en rappelant que toute personne a droit à une fin de vie digne, consacrant notamment l'opposabilité des directives anticipées aux médecins ainsi que le droit réel à un apaisement des souffrances. Outre la bienveillance vis-à-vis des patients, il est possible de recourir en cours de traitement, lorsque ceux-ci sont trop durs à supporter, à des périodes de sédation temporaire dans le but de soulager efficacement la douleur et d'avoir de réels moments de répit. Dans le cas de traitements n'ayant plus d'efficacité, une sédation profonde et continue pourrait être envisagée. Or à ce jour, 80 % des patients n'ont pas accès aux soins palliatifs et un tiers seulement des médecins sont formés à la démarche palliative.

Un certain nombre de situations complexes nous ont interpellés telles celles de Vincent Humbert ou d'Anne Bert. Le cas d'Anne Bert, qui a souhaité raccourcir sa vie en raison du caractère insupportable pour elle de l'évolution de sa maladie, fait partie sans nul doute de ces situations exceptionnelles pour lesquelles nous pourrions être amenés à faire évoluer la législation. Toutefois, les témoignages des soignants et des bénévoles en soins palliatifs sont unanimes : nombreux sont les patients qui entrent en soins palliatifs avec une demande d'en finir au plus vite, avec une « petite piqure » si c'était possible, et qui vivent en étant bien accompagnés de précieuses dernières heures, derniers jours ou dernières semaines en ayant encore pu prendre ou donner de belles choses à la vie.

Il convient donc, avant toute nouvelle loi en la matière, d'évaluer la loi Claeyss-Leonetti et de donner au plus grand nombre de personnes la possibilité de mieux vivre leur fin de vie. Pour ces raisons, le groupe du Mouvement Démocrate et apparentés votera contre cette proposition de loi.

**M. Adrien Quatennens.** Je remercie ma collègue Caroline Fiat pour son rapport.

La dernière révision des lois de bioéthique de 2011 n'a pas été à la hauteur des enjeux en matière de respect de la dignité humaine à la fin de vie. Certes, la loi Leonetti permet d'interrompre le traitement des malades après consultation de leurs proches, mais elle ne s'applique bien souvent malheureusement que lorsque le patient lui-même est dans l'incapacité physique de prendre ce type de décision. Je vais donc reprendre ici le même exemple que celui que j'ai utilisé lors de l'audition du président du Comité consultatif national d'éthique, tous nos collègues n'étant pas présents alors.

Anne Bert était écrivaine. Elle était atteinte de la maladie de Charcot et elle militait activement pour le droit de choisir sa fin de vie. Elle avait interpellé sur ce sujet précis les candidats à l'élection présidentielle de 2017. Après avoir écrit son dernier livre, elle regrettait l'inaction de M. François Hollande et l'immobilisme prôné par M. Emmanuel Macron, pour reprendre ses mots. Au mois de septembre 2017, elle a annoncé sa volonté de mettre fin à ses souffrances et d'être euthanasiée. Elle a franchi la frontière pour rejoindre un centre de soins palliatifs. Française, elle a fermé les yeux en Belgique le 2 octobre 2017. Comme elle, 4 500 personnes procèdent chaque année à l'euthanasie de manière clandestine ou à l'étranger.

Le droit à mourir dans la dignité est donc selon nous un droit fondamental. Cette proposition de loi décrit les procédures et les conditions d'application de ce droit, elle améliore les conditions de désignation de la personne de confiance, dépénalise la participation



des médecins à ce processus et adapte le code de déontologie, tout en introduisant une clause de conscience.

Selon le sondage publié par le journal *La Croix* le 3 janvier dernier, 89 % des personnes interrogées seraient favorables à cette mesure, comme l'a rappelé Mme Fiat lors des auditions de plusieurs dizaines d'acteurs et d'experts.

Cette proposition de loi est donc consensuelle et ne devrait pas trouver d'opposition franche, sauf à croire que certains groupes s'amuse, uniquement pour le principe, à s'opposer aux propositions ne venant pas de leurs rangs.

**M. Pierre Dharréville.** Le débat engagé par nos collègues du groupe La France insoumise – et je salue les questions posées courageusement par Mme Caroline Fiat – touche à un sujet sensible. Il a soulevé un questionnement dans notre groupe, avec des regards différents, et nos échanges vont encore se poursuivre dans le futur.

Si ce sujet touche à l'intime, c'est bien la réflexion qui doit conduire nos décisions. Les questions sont vastes, et d'abord sur la loi actuelle qui prévoit des dispositifs d'accompagnement et sur son évaluation. À l'époque, nous avons voté ce texte en pensant qu'il permettrait de répondre de manière digne et apaisée à la quasi-totalité des situations de fin de vie, soulignant le refus de l'acharnement thérapeutique, l'impérieuse nécessité de soulager les souffrances dans le cadre d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès.

Les moyens pour appliquer ces lois ont-ils vraiment été accordés ?

Se posent ensuite des questions sur la liberté, sur notre rapport à la dignité des personnes malades, en manque aggravé d'autonomie ou en fin de vie, sur la dignité dans sa dimension ontologique, sur les moyens accordés aux soins palliatifs, sur la tâche noble et parfois ingrate de l'accompagnement sous toutes ses facettes, sur les conditions de la fin de vie et sa prise en charge financière, sur la pression sociale qui s'exerce parfois sur celles et ceux qui n'ont plus complètement leur destin en main, sur l'universalité des droits et le rapport de chacun à sa propre fin, sur le fait de savoir jusqu'à quand et jusqu'où nos choix sont libres et comment le codifier, sur la vulnérabilité de chaque sujet aux différents moments de son existence, sur le suicide et les responsabilités sociales face à la mort, sur notre réaction face au désir de mort d'autrui et ses sources, sur le sens de la vie quand elle touche à sa fin, sur la responsabilité de chacun, de la famille et des soignants, et sur les effets induits de la possibilité qu'il est proposé d'ouvrir. Tout cela ouvre une discussion éthique intense et profonde que nous allons poursuivre.

**Mme Nathalie Elimas.** À l'annonce d'une maladie grave ou évolutive, ou suite à un accident entraînant un handicap sévère, ou encore en fin de vie, de nombreuses questions viennent à l'esprit. Vais-je souffrir ? Puis-je refuser des traitements ? Dois-je désigner une personne de confiance ? Comment vivre au mieux avec ma maladie ?

Pour y répondre, la loi Claeys-Leonetti relative aux droits des patients en fin de vie a établi un cadre clair. Les soins palliatifs doivent être proposés à toutes les personnes qui en ont besoin. Ils permettent de prendre en compte et de soulager leurs souffrances physiques, psychiques et spirituelles. Pourtant, en France, 20 % seulement des personnes ayant besoin d'un accompagnement en soins palliatifs en bénéficient. Les deux tiers des Français ignorent l'existence de la loi Claeys-Leonetti. Plus grave encore : la moitié des soignants la méconnaissent également. Incontestablement, la culture palliative reste à développer.

Dès lors, comment ne pas s'étonner de la persistance du « mal-mourir » en France ? En l'absence de connaissance précise du cadre légal, les malades subissent trop souvent des conditions de fin de vie extrêmement difficiles. Dans ce contexte, familles et

malades considèrent parfois qu'abrégé la vie permet de limiter les souffrances alors qu'ils ont le droit d'être accompagnés et soulagés dans des structures adaptées ou à domicile. Chacun a le droit de vivre sa maladie entouré des siens avec des soins adaptés, sans acharnement thérapeutique et dans le respect de ses choix quant à la limitation ou à l'arrêt de ses traitements.

Pour que l'être humain se trouve vraiment au cœur des décisions, il faut accroître l'information du grand public sur les soins palliatifs, les directives anticipées et la personne de confiance. Il est également indispensable de généraliser la formation des professionnels de santé. Dans un premier temps, il est essentiel de promouvoir un accompagnement qui prenne pleinement en compte la dimension humaine et compassionnelle en développant largement et activement la culture palliative dans la société, dans les milieux de santé et au niveau institutionnel, car les besoins sont réels et croissants. Ensuite, nous pourrons faire une évaluation approfondie de l'application de la loi actuelle une fois qu'elle sera mieux connue et mieux comprise.

**M. Gilles Lurton.** Votre proposition de loi, madame la rapporteure, vise à légaliser l'euthanasie et le suicide assisté. Je suis de ceux qui considèrent qu'une proposition de cette nature doit pouvoir susciter des positions divergentes dans le respect des convictions de chacune et de chacun. C'est l'honneur des parlementaires que de pouvoir débattre sur un tel sujet.

Toutefois, je sens bien qu'au fil des législatures, les majorités évoluent dans le sens d'une volonté croissante de reconnaître l'euthanasie, comme c'est déjà le cas dans certains pays voisins, et que ceux qui n'y sont pas favorables peuvent sembler « conservateurs ». Au risque de paraître conservateur, j'affirme clairement qu'en ce qui me concerne, je suis opposé à la légalisation de l'euthanasie et à votre proposition. Je préfère de loin le développement des soins palliatifs dans les services hospitaliers et même à domicile, comme cela avait d'ailleurs été engagé sous le précédent quinquennat – une mesure dont l'application n'a encore donné lieu à aucune évaluation. Je considère que les personnes qui travaillent dans les services de soins palliatifs savent parfaitement gérer la fin de vie, ses drames, ses peines et parfois aussi ses joies, même si cela peut paraître surprenant dans de telles circonstances.

J'ai deux questions, madame la rapporteure. Dans le cadre des auditions que vous avez menées pour préparer cette proposition de loi, vous avez rencontré des spécialistes des soins palliatifs et des personnels hospitaliers chargés de les administrer. Quel est leur avis sur votre texte ? D'autre part, s'agissant du suicide assisté, je pense toujours à celui qui est chargé de donner la mort, c'est-à-dire le médecin. J'ai noté que vous avez prévu une clause de conscience à l'article 4 mais avez-vous pu auditionner les médecins pour recueillir leur point de vue en la matière ?

**Mme Martine Wonner.** Je vous remercie, madame la rapporteure, de nous proposer ce texte que les citoyens sont désormais à même de s'approprier. Cela étant, comme l'a dit Jean-Louis Touraine, nous sommes à la veille des états généraux de la bioéthique et, selon moi, il n'est pas opportun de kidnapper ce débat citoyen ; au contraire, il faut s'en saisir et l'enrichir.

Je suis toujours particulièrement attentive au choix des mots et je vous félicite pour votre courage, car le mot « euthanasie » est à la fois choquant et violent, mais il a tout son sens. Par son étymologie, il désigne le fait de donner la mort en douceur, mais il nous renvoie tous à une violence extrême que nous devons aborder au cours des nombreux échanges que nous aurons dans l'hémicycle.

Il me semble que nous devons avoir ce débat parallèlement à la nécessaire évaluation de la loi Claeys-Leonetti. Il existe une carence avérée de lits en soins palliatifs sur tous les territoires ; il faudra l'accompagner. Cela n'empêche en rien d'avoir ce débat : il faut démedicaliser le moment de la mort. Chacun doit garder la liberté de choisir sans être contraint d'aller à l'étranger comme aujourd'hui.

**M. Bernard Perrut.** Cette proposition de loi a le mérite de nous interpeller sur un sujet grave et sérieux qui touche à la vie et bien sûr à la mort. C'est lorsque l'on accompagne une personne en fin de vie que l'on mesure à la fois sa part de responsabilité s'il s'agit d'un proche, et tout ce que l'on peut percevoir dans les attitudes, les regards, les attentes.

Cette proposition de loi me semble arriver trop tôt parce que nous ne disposons pas encore du bilan de l'application de la loi Claeys-Leonetti, un texte fondateur mais, il est vrai, mal connu et sans doute mal appliqué. Il nous faut aussi un état des lieux suffisant du développement des soins palliatifs. La loi actuelle interdit toute obstination déraisonnable et tout acharnement thérapeutique, et fait obligation au médecin de se conformer à la volonté du patient de mettre fin à un traitement. Elle poursuit un double objectif de non-abandon et de non-souffrance, l'un et l'autre étant au cœur de la problématique de la demande de mort, et affirme qu'en fin de vie, la qualité de la vie prime sur sa durée. Voilà l'essentiel. La loi précise clairement ce que sont les soins palliatifs qui sont peut-être insuffisamment développés : des soins actifs, continus et ayant pour but de soulager la douleur, d'apaiser la souffrance physique, de sauvegarder la dignité de la personne et de soutenir l'entourage. La loi Claeys-Leonetti a justement le mérite d'établir le principe d'un droit à la sédation profonde en phase terminale et continue jusqu'au décès – le droit de dormir avant de mourir pour ne pas souffrir.

Faut-il aller plus loin aujourd'hui ? C'est toute la question. Pour ma part, je n'y suis pas favorable.

Quant aux directives données par une personne malade, que peut valoir une volonté exprimée plusieurs mois voire plusieurs années avant lorsque l'on perçoit le regard d'une personne en fin de vie, l'attitude résolue à demeurer parmi les siens, à aller jusqu'au bout, toujours jusqu'au bout ?

**Mme Josiane Corneloup.** La dignité est au cœur des débats sur la fin de vie. Elle est au cœur de cette proposition de loi qui confère au suicide assisté le statut de dignité ultime. Elle est au cœur des préoccupations éthiques et sera au cœur des débats qui viennent de s'ouvrir avec les états généraux pour la révision de la loi bioéthique de 2011. En ce sens, cette proposition de loi me paraît prématurée.

Quelle mort est la plus digne ? Celle que l'on décide dans un moment de liberté toute relative, ou celle que l'on accélère en raison de souffrances insoutenables ? Il est difficile de trancher. Nous devons nous prononcer ici en tant que représentants du peuple et avons un devoir de responsabilité. S'il s'agit de prendre en compte certains états cliniques avérés, la loi Leonetti de 2005 et la loi Claeys-Leonetti de 2016 y répondent en respectant un équilibre entre l'éthique d'autonomie et l'éthique de vulnérabilité. En prévoyant la possibilité d'une sédation profonde et continue pour des malades en phase terminale sans que le médecin ne puisse s'y opposer, la législation est allée au-delà du soulagement de la douleur. Je rappelle en effet que la sédation profonde continue jusqu'au décès, comme le prévoit l'article 3 de la loi Claeys-Leonetti, et qu'elle provoque une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès. Cette loi datant de 2016 mérite d'être évaluée.

Aller plus loin, ce n'est pas permettre la mort, puisque c'est déjà possible, mais c'est prendre le risque d'universaliser, en le banalisant, le droit de demander la mort à partir d'un cas spécifique d'incurabilité qui renverrait à tous ceux qui sont dans une situation

identique l'idée que leur vie ne vaut pas la peine d'être vécue, ce qui constitue une sentence terrible et, à mon sens, bien éloignée de ce que l'on peut entendre par « dignité ». En revanche, il me semble opportun de communiquer sur l'accompagnement possible par les équipes de soins palliatifs et de renforcer ses équipes.

**M. Thibault Bazin.** Nous sommes réunis ce matin pour étudier la proposition de loi du groupe La France insoumise légalisant l'euthanasie et le suicide assisté. J'y suis opposé.

Il aurait été judicieux d'attendre le résultat des états généraux de la bioéthique lancés la semaine dernière. C'est un sujet sérieux qui touche à la dignité de la personne. La perte d'autonomie et l'altération de la conscience n'enlèvent en rien sa dignité à une personne, et le législateur doit faire preuve d'une grande prudence car la vie le dépasse.

Vous posez de bonnes questions, madame la rapporteure, sur les sentiments d'abandon, de solitude, d'indifférence, mais vous n'y apportez pas la bonne réponse. En légalisant l'euthanasie et le suicide assisté, vous supprimez en fait les questions relatives à l'accompagnement de la fin de vie. Cela relève d'une réflexion éthique et bioéthique, de notre vision des personnes vulnérables et des personnes en perte d'autonomie dans notre société. La perte de l'autonomie ne signifie pas la perte de la dignité.

Plutôt que de légaliser l'euthanasie et le suicide assisté, il faut veiller à la mise en œuvre réelle du plan de développement des soins palliatifs annoncé pour la période 2015-2018. Cependant, le budget annoncé de 190 millions d'euros est bien insuffisant ; il est d'ailleurs inférieur au plan pour 2008-2012 qui s'élevait à 230 millions d'euros. Il faudrait adopter un plan rectificatif pour 2017-2021 d'au moins 300 millions d'euros.

Plutôt que de légaliser l'euthanasie et le suicide assisté, il faut assurer un suivi précis de la loi sur la fin de vie du 2 février 2016 pour que les pratiques confirment bien l'intention poursuivie – soulager la douleur et non donner la mort – et pour assurer le caractère proportionné du moyen utilisé pour répondre à l'intention en question. Former, accompagner, soulager, ne pas s'acharner, apprécier avec discernement et de manière concertée : voilà les vrais enjeux qui respectent la personne humaine et sa dignité.

**M. Brahim Hammouche.** Je remercie La France insoumise pour ce rapport qui ouvre un grand débat sociétal. Pourtant, à nos yeux, ce n'est pas sur le terrain de la liberté qu'il faut envisager le droit de choisir sa fin de vie, mais d'abord selon la possibilité d'accompagner avec dignité et qualité le temps qui reste à vivre. Ce reste à vivre ne peut être un reste à charge pour l'entourage de la personne. La recherche d'une qualité relationnelle passe avant tout par une présence, mais aussi par les conditions d'allègement des souffrances exprimées et des angoisses ressenties.

Le déploiement des soins palliatifs doit certainement être accompagné sur tout le territoire, et en priorité au domicile. La quasi-totalité de nos concitoyens et nous-mêmes, ici, souhaitons sans doute tous mourir sur notre lieu de vie. Cependant, dans certaines situations, il arrive que les soins palliatifs ne répondent pas à la demande exprimée. Dans ces situations d'une difficulté particulière à vivre et à être, la question peut en effet être posée.

D'autre part, il faut veiller à ce que les niveaux de technicité atteints dans les services de soins palliatifs ne soient pas contradictoires avec le besoin d'humanité. Il arrive souvent que l'on demande à des psychiatres de faire des vacations dans ces services pour pallier le manque de psychologues ; je ne crois pas que ce soit la place du psychiatre. Mieux vaut développer et encourager le recrutement de psychologues et la participation des associations de familles endeuillées et des réseaux d'entraide.

Je conclurai en citant Montaigne : « si nous avons besoin de sage femme à nous mettre au monde, nous avons bien besoin d'un homme encore plus sage à nous en sortir ».

**M. Patrick Hetzel.** Les débats montrent qu'un sujet tel que la fin de vie est complexe. C'est pourquoi il faut le traiter avec discernement, prudence et, naturellement, une attention extrême.

Voici moins de deux ans que la représentation nationale a adopté à l'unanimité – j'insiste sur ce point – la loi dite Claeys-Leonetti. Elle crée un droit à la sédation profonde – un droit de « dormir avant de mourir », selon les mots de M. Jean Leonetti. À ce jour, nous ne disposons pas encore d'un bilan ni d'une évaluation des dispositifs qu'elle prévoit.

Un tel sujet touche à l'intime de l'être humain et de la condition humaine. Il serait souhaitable de disposer d'une évaluation de la loi Claeys-Leonetti avant de légiférer à nouveau. La question centrale consiste à savoir si tout a été mis en œuvre pour que chaque personne puisse avoir accès aux soins palliatifs.

Enfin, sur un sujet complexe comme celui-là, il serait souhaitable, avant de légiférer à nouveau, de dégager un large consensus. Notons que les conditions d'un tel consensus ne sont pas réunies à ce jour ; c'est pourquoi je suis défavorable à cette proposition de loi, parce que ces sujets ne peuvent pas être examinés à la hâte. Il faut savoir procéder avec prudence et discernement.

**M. Xavier Breton.** Je vous remercie, madame la présidente, de m'accueillir au sein de votre commission sur ce sujet sensible et complexe. Permettez-moi d'aborder trois points. Le calendrier, tout d'abord : une loi a été votée il y a moins de deux ans et il faut la mettre en œuvre, mieux la faire connaître et l'évaluer. Force est de constater une certaine précipitation. Il est beaucoup plus urgent de développer les soins palliatifs – des plans de développement sont régulièrement annoncés mais, sur le terrain, il reste beaucoup à faire pour combler les inégalités territoriales. Pourquoi ne pas nous réunir pour que le développement des soins palliatifs devienne une grande cause nationale en 2018 ? Des associations l'ont proposé et ce sera l'objet d'une proposition de loi.

J'en viens aux arguments présentés par Mme la rapporteure. S'agissant des sondages, il faut toujours être vigilant sur la manière dont sont posées les questions. Prenons également garde aux sondages concernant des questions de société. Une majorité de Français est favorable au rétablissement de la peine de mort, par exemple ; déposerez-vous pour autant une proposition de loi en ce sens ? Il faut employer ces arguments avec une grande prudence. Il en va de même lorsque l'on cite d'autres pays en exemple : votre groupe, madame la rapporteure, est sensible au *dumping* économique et social, mais gare au *dumping* éthique, qui conduit à un moins-disant éthique qu'illustrent les dérives actuelles en Belgique.

Enfin, ces débats nous permettront d'exprimer des conceptions différentes – ce qui est normal, car elles reflètent les questions qui parcourent la société – sur la notion de dignité, par exemple. Pour nous, la dignité est intrinsèque à la personne humaine et non négociable ; pour vous, elle est contingente et aléatoire, et peut être redéfinie en fonction des situations. Ces deux conceptions, à l'évidence, sont très différentes. D'autre part, fonder son éthique sur l'autonomie et la liberté de chacun revient à oublier les cas de fragilité et de vulnérabilité des personnes dépendantes, âgées, handicapées. Nous prôtons quant à nous l'éthique de la vulnérabilité.

**M. Thomas Mesnier.** Il n'est pas question de postures aujourd'hui. C'est tout l'honneur de notre Assemblée de débattre de ce sujet sereinement. Il est pourtant difficile : il touche aux convictions, aux histoires de vie de chacune et chacun. Il est primordial de suivre les différents débats et missions lancés sur le sujet. J'insiste : les discussions devront être

sereines et apaisées. Il faut en outre procéder à une évaluation de l'excellente loi en vigueur, très récente et, hélas, insuffisamment connue des Français.

Laissons donc le temps au débat de société de se dérouler. J'encourage tous nos concitoyens à y participer, notamment dans le cadre des états généraux de la bioéthique lancés la semaine dernière. À ce stade, il ne me semble pas opportun de légiférer à nouveau dans ce contexte.

**Mme la rapporteure.** Je suis surprise, monsieur Touraine, de vous entendre me suggérer de retirer ma proposition de loi étant donné que vous avez déposé un texte semblable deux mois avant moi. Vous ne l'avez pas retiré ; je ne vois donc pas de raison de retirer le mien.

Madame Firmin Le Bodo, en vertu des dispositions du règlement de l'Assemblée nationale concernant les missions d'évaluation, la loi Claeys-Leonetti ne pourra être évaluée que trois ans après sa promulgation, c'est-à-dire à partir de début 2019 seulement, ce qui reporterait son éventuelle modification de plusieurs années supplémentaires.

Contrairement à ce que vous avez indiqué, monsieur Ramadier, plus de la moitié des personnes admises dans les unités de soins palliatifs maintiennent leur demande de mourir malgré les soins prodigués, d'après les données citées par M. Jean-Luc Romero lors de son audition de la semaine dernière.

Sachez, madame de Vaucouleurs, que la possibilité d'accès à la sédation profonde et continue est encore rarement utilisée, puisque les recommandations de la Haute autorité de santé sur les modalités de la sédation n'ont toujours pas été publiées, comme nous l'a rapporté hier la Société française d'accompagnement des soins palliatifs lors de son audition.

Vous avez cité, madame Elimas, le cas d'une personne qui apprend un diagnostic de maladie grave et incurable. Comme l'ont souligné hier, lors de leur audition, les représentantes du Centre national de la fin de vie et des soins palliatifs, le seul fait de savoir qu'ils ont la possibilité de choisir pourrait apaiser bon nombre de nos concitoyens, qui se savent condamnés, sans pour autant qu'ils choisissent définitivement l'euthanasie. Quant à la législation relative à l'euthanasie et au suicide assisté, elle n'est nullement antithétique par rapport à la poursuite du développement des soins palliatifs sur l'ensemble du territoire.

Heureusement, monsieur Lurton, que tout le monde n'est pas d'accord avec notre proposition. Que 90 % des Français se disent favorables à l'adoption d'une loi sur l'euthanasie ne signifie pas qu'ils sont tous favorables à l'euthanasie en tant que telle et, *a fortiori*, qu'ils souhaiteraient l'euthanasie pour eux-mêmes. D'autre part, je n'ai pas employé le mot « conservateur », et tout le monde peut penser différemment. Précisément, il s'agit ici de proposer une loi sur l'euthanasie, non de l'imposer. Quant à la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs que j'ai auditionnée hier, son avis est très réservé sur le texte ; les représentantes du Centre national de la fin de vie et des soins palliatifs, en revanche, ont un avis plus ouvert. Enfin, nous n'avons pas eu le temps d'auditionner les médecins mais, si vous le souhaitez, nous pouvons envisager de le faire d'ici à la séance publique.

Monsieur Bazin : je tiens à vous rassurer, je compte donner un avis favorable à vos amendements visant à demander un rapport annuel sur la mise en œuvre effective des objectifs du plan pluriannuel de développement des soins palliatifs. Ce sujet n'est pas à opposer à celui qui nous occupe.

Monsieur Hetzel, nous avons auditionné hier les représentants du Centre national de la fin de vie et des soins palliatifs qui nous ont fait part des difficultés d'application de la

loi du 2 février 2016, qui placerait selon eux les médecins dans une situation de malaise et qui serait difficilement applicable, puisque les unités de soins palliatifs, qui sont en première ligne en matière de sédation, sont souvent récalcitrantes, leurs personnels ayant fait le choix de s'engager professionnellement pour accompagner des malades la main dans la main, les yeux dans les yeux, et non des malades sous sédation.

Je rappelle enfin à ceux qui l'ignorent peut-être que j'ai été aide-soignante de nuit dans différents services, y compris en EHPAD, et que je connais évidemment le regard qu'ont les patients dans les dernières heures de leur vie, pour en avoir accompagné beaucoup. Nous connaissons tous des histoires de beaux décès comme des histoires de décès tragiques et difficiles. Tout cela a été pris en compte.

Nous partirions sur de mauvaises bases en opposant systématiquement la loi Claeys-Leonetti et les soins palliatifs avec cette proposition de loi sur l'euthanasie. D'ailleurs, monsieur Breton, le groupe LFI cosignera votre proposition sur les soins palliatifs ; quitte à en agacer certains, je suis la première, dans l'hémicycle, à dire que les soins palliatifs ne fonctionnent pas faute d'effectifs suffisants. N'opposons pas les soins palliatifs à l'euthanasie ; tout le monde mérite une fin de vie digne, avec ou sans sédation ou euthanasie, selon le choix de chacun. Encore une fois, il ne faut pas opposer les deux ; nous parlons là d'un choix personnel. Je serai la première à me satisfaire que les soins palliatifs s'améliorent en France.

Quant à ma définition d'une fin de vie digne, je dirai ceci : tous ici, nous donnerions sans doute une définition différente de ce qu'est une fin de vie digne, car elle relève d'un choix personnel.

**Mme la présidente Brigitte Bourguignon.** Nous en venons à l'examen des articles de la proposition de loi.

**Article 1<sup>er</sup> :** *Légalisation sous conditions de l'euthanasie et du suicide assisté*

*La commission examine les amendements de suppression de l'article AS1 de M. Thibault Bazin, AS8 de M. Xavier Breton et AS21 de Mme Michèle de Vaucouleurs.*

**M. Thibault Bazin.** L'article 1<sup>er</sup> vise à légaliser l'euthanasie ou le suicide assisté. La loi du 2 février 2016, que nous n'opposons pas à votre proposition de loi, fixe le principe selon lequel « toute personne a droit à une fin de vie digne et apaisée. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté ». Il n'est donc nullement nécessaire de légiférer à nouveau et de franchir l'étape proposée dans ce texte, qui constitue pour moi une ligne rouge, à savoir celle de l'euthanasie et du suicide assisté. Mieux vaudrait élaborer un véritable statut de la personne fragile.

**M. Xavier Breton.** Cet amendement s'inscrit dans le prolongement de la discussion générale et vise à supprimer l'article 1<sup>er</sup>, qui n'est nullement conforme à la logique de l'éthique de la vulnérabilité que nous prônons.

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** L'article 1<sup>er</sup> vise à légaliser l'euthanasie et le suicide assisté sous condition de respecter les procédures. La loi Leonetti du 22 avril 2005 avait constitué une avancée majeure en termes de reconnaissance des droits des malades en fin de vie. Elle a permis de mieux respecter la volonté des malades et de mieux prendre en compte leurs souffrances. Elle a également permis aux médecins comme aux malades de ne pas entreprendre ou de refuser tout traitement déraisonnable s'apparentant à un acharnement thérapeutique. La loi Claeys-Leonetti du 3 février 2016 a donné de nouveaux droits aux malades, dont l'opposabilité des directives anticipées et l'accès à une sédation profonde et continue. Elle a également consacré l'accès aux soins palliatifs et le droit de toute personne à

vivre une fin de vie digne et apaisée, les professionnels mettant tout en œuvre pour que ce droit soit respecté.

Cette loi, qui n'est entrée en vigueur qu'en août 2016, semble répondre assez bien aux objectifs qui lui étaient assignés. Il faut toutefois déplorer que les deux tiers des soignants ne sont toujours pas formés aux soins palliatifs, alors même que la loi le prévoit. De même, il faut regretter qu'un quart seulement des personnes pour lesquelles les soins palliatifs seraient indiqués y ont accès. C'est pourquoi, avant toute nouvelle loi sur le sujet, il faudrait que nous puissions apporter toute la bienveillance possible à l'ensemble des personnes en souffrance lorsque les soins curatifs n'apportent pas ou plus de réponse, et ce à différents stades de la maladie.

Quel que soit l'intérêt du débat sur cette question, il est prématuré de légiférer sur une extension du droit des malades tant que nous ne nous donnons pas les moyens d'assurer les droits garantis par la loi actuelle. C'est pour toutes ces raisons que nous demandons la suppression de l'article.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable. Il ne faut surtout pas opposer la loi Claeys-Leonetti à cette proposition de loi, qui n'a aucun rapport avec elle. La demande d'euthanasie émane de gens à qui la proposition d'une sédation profonde ne convient pas. Il n'y a d'ailleurs pas eu d'étude sur les souffrances liées à cette dernière.

**M. Jean-Louis Touraine.** Je propose au groupe La République en Marche de s'abstenir sur ces amendements, avant de voter contre l'article premier.

Mais vous avez raison, madame la rapporteure, d'insister sur le fait qu'il ne faut pas opposer l'aide active à mourir, ou euthanasie, aux soins palliatifs. Nos amis belges ont bien montré la voie, en développant les deux simultanément. Aujourd'hui, en Belgique, il n'y a aucun déficit de soins palliatifs, tandis qu'existe la liberté de choix de chacun pour sa fin de vie. C'est un exemple que nous devrions méditer. Cela existe d'ailleurs dans l'ensemble du Benelux et, outre-Atlantique, au Canada et dans certains États américains. C'est très largement répandu.

Les deux vont ensemble. C'est en effet parmi les patients en soins palliatifs qu'un pourcentage relativement modéré, soit 1 % à 2 %, réitèrent régulièrement leur demande de vouloir être dispensés d'agonie. Pour ces personnes, cela est important. La rapporteure a donc raison de dire qu'il ne faut pas choisir entre les deux. Notre pays doit plutôt combler à la fois ces deux lacunes dans les mois à venir, une fois que le débat aura pu se tenir.

Je ne demande pas à la rapporteure le retrait définitif, mais le report, de sa proposition de loi, de façon que nous l'examinions après que les états généraux pilotés par le Comité consultatif national d'éthique auront eu le temps de se développer. C'est ce que j'ai fait pour la proposition de loi que j'ai moi-même déposée. Car nous insultons nos concitoyens si nous les invitons à se réunir alors que nous avons déjà légiféré : ils n'y verront qu'une parodie de concertation.

**Mme Audrey Dufeu Schubert.** Madame la rapporteure, loin de nous l'idée d'opposer l'évaluation de loi Leonetti à votre proposition de loi sur l'euthanasie et le suicide assisté. C'est précisément parce que nous voulons une législation idoine et efficace que l'évaluation de cette loi doit nous permettre de mieux légiférer par la suite avec une loi sur l'euthanasie. En effet, nous devons nous demander pourquoi nos professionnels de santé, nos paramédicaux, nos médecins et nos soignants ne se sont pas suffisamment approprié la loi Claeys-Leonetti. Nous devons identifier les points d'achoppement et les freins au développement de cette loi, pour que les services de soins puissent réellement s'approprier une future loi relative à l'euthanasie.



Ce temps est nécessaire pour que cette loi soit la plus fine et la plus juste possible.

*La commission adopte les amendements et l'article 1<sup>er</sup> est ainsi supprimé.*

**Article 2 : Amélioration des conditions de désignation d'une ou plusieurs personnes de confiance**

*La commission examine les amendements de suppression de l'article AS2 de M. Thibault Bazin, AS9 de M. Xavier Breton et AS20 de Mme Michèle de Vaucouleurs.*

**M. Thibault Bazin.** Les dispositions actuelles prévoient que : « Toute personne majeure pourra désigner une personne de confiance, qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle témoigne de l'expression de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. »

Voilà ce qu'est le droit aujourd'hui et ce dispositif est suffisant, tandis que la procédure prévue par la présente proposition est, à mes yeux, lourde et inutile.

**M. Xavier Breton.** Notre collègue Jean-Louis Touraine a cité l'exemple des États-Unis. Je crois sincèrement que nous ne partageons pas avec eux, non plus qu'avec l'ensemble du monde anglo-saxon, la même philosophie de société. Il faut continuer à défendre l'exception éthique française, et non s'aligner sur leurs positions ultra-libérales en matière éthique.

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Cet article entend pallier l'absence d'une personne de confiance. La désignation d'une deuxième personne pourrait avoir du sens, mais il conviendrait toutefois de les limiter à deux, car la multiplication des parties prenantes pourrait compliquer la relation avec l'équipe médicale.

Au-delà du nombre de personnes de confiance, l'enjeu est bien de mener des campagnes régulières sur les directives anticipées et sur la désignation d'une tierce personne de confiance, afin d'éviter qu'en cas d'incapacité pour le malade d'exprimer son avis, les familles se déchirent sur les dispositions à prendre.

**Mme la rapporteure.** Permettez-moi, monsieur Bazin, de ne pas partager votre point de vue. Que se passe-t-il aujourd'hui si la personne de confiance préalablement désignée par le malade en fin de vie ne peut exercer sa mission pour telle ou telle raison, qu'il s'agisse de décès, d'empêchement ou d'incapacité, et si le malade en question est désormais inconscient, donc hors d'état d'exprimer sa volonté ?

À défaut de directives anticipées – et je rappelle que, d'après une étude de l'IINED, seules 2,5 % des personnes décédées en avaient rédigé en décembre 2009 –, les médecins n'ont d'autre solution que de se tourner vers la famille ou les proches du malade en fin de vie, sans avoir la moindre assurance que ce dernier avait confiance dans ces personnes ni que les volontés rapportées par elles correspondent bien aux souhaits qu'aurait pu exprimer dans le passé le malade en fin de vie.

L'amélioration que l'article 2 propose d'apporter au dispositif relatif à la personne de confiance ne me paraît donc pas inutile. Loin de là.

Qui plus est, la procédure ne me semble pas lourde. Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 1111-6 du code de la santé publique prévoit déjà que la personne de confiance doit être désignée dans un écrit portant la signature des deux intéressés. En quoi est-il compliqué et contraignant pour nos concitoyens de leur permettre d'établir une liste dans cet écrit et de désigner ainsi, par ordre de préférence, les personnes de confiance qui seront amenées à remplacer celles qui les précèdent dans le classement ?

Ce n'est pas exiger un effort insurmontable que de leur demander d'écrire une liste de quelques noms plutôt que d'écrire un seul nom.

Avis défavorable.

**M. Jean-Louis Touraine.** Dans la mesure où nous nous apprêtons à voter contre l'article 2, je propose que nous adoptions ces amendements de suppression.

Monsieur Breton, les pays d'Amérique du Nord ne sont pas les seuls à avoir avancé dans ce domaine : c'est aussi le cas de la Belgique, du Luxembourg, des Pays-Bas, et même, d'une certaine façon, de l'Allemagne et de la Grande-Bretagne où la jurisprudence sert de base à une certaine tolérance. Même l'Espagne est concernée, à un certain degré.

Nous nous trouvons donc en face d'une exception franco-française. Bientôt, plus aucun autre pays ne connaîtra les mêmes limitations. Mieux vaudrait que l'exception française soit l'exception de l'humanisme, fondée sur les Lumières, plutôt qu'une exception fondée sur la seule coercition.

*La commission adopte les amendements et l'article 2 est ainsi supprimé.*

**Article 3 : Modalités procédurales de l'euthanasie et du suicide assisté**

*La commission examine les amendements identiques de suppression de l'article AS3 de M. Thibault Bazin, AS10 de M. Xavier Breton et AS19 de Mme Michèle de Vaucouleurs.*

**M. Thibault Bazin.** Chaque personne est différente et les médecins rencontrent bien des difficultés pour estimer l'« espérance de vie » – terme utilisé dans cet article à plusieurs reprises. Nous connaissons tous des situations où une personne était déclarée perdue, avec une espérance de vie de quelques heures ou de quelques jours, et a récupéré ses forces de manière étonnante. Ainsi, comme d'autres membres de ma famille, j'ai été appelé car ma grand-mère que son médecin considérait en fin de vie. Nous avons fait plusieurs centaines de kilomètres. Elle était effectivement en grande difficulté respiratoire, mais, alors que le médecin lui avait donné quelques heures à vivre, elle a survécu dix-huit mois. Trois semaines avant son décès, elle chantait encore avec ses petites filles ! Nous sommes peu de chose...

Si on nous avait posé la question, nous aurions probablement estimé qu'elle était en souffrance, mais les sursauts sont toujours possibles. Il est donc important d'apprécier les situations au cas par cas et de rester dans le cadre des lois existantes, qu'il faut mieux faire connaître. Je partage par ailleurs le constat de notre collègue, M. Breton : les soins palliatifs sont insuffisamment développés dans notre pays.

Nous proposons donc la suppression de cet article.

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Les dispositions de cet article prévoient qu'une personne peut exprimer sa volonté d'être euthanasiée ou bénéficier d'une assistance au suicide lorsqu'elle est atteinte d'une affection « grave ou incurable ». La question du curseur est ici capitale : à partir de quand juge-t-on qu'une maladie est suffisamment « grave » pour que la vie du patient soit abrégée ? À partir de quel degré de souffrance peut-on estimer que celle-ci n'est plus supportable ? Si les souffrances psychiques peuvent être absolument intolérables, un médecin doit-il abrégé la vie d'un patient souffrant d'une dépression grave ?

Ces questions sont extrêmement délicates et doivent être traitées avec la plus grande précaution. Les médecins doivent disposer d'un cadre clair et ne doivent pas avoir seuls – ni même à deux – à faire face à cette décision extrêmement difficile. De même que pour une décision de sédation profonde, seule la collégialité entre soignants peut permettre à des médecins, dont la fonction est avant tout de soigner, d'admettre qu'un acte de mort soit la seule réponse à apporter à un patient.

Nous ne pouvons donc voter cet article en l'état et demandons sa suppression.

**Mme la rapporteure.** Mon avis est défavorable. Je ne reviendrai pas sur l'argument selon lequel le droit positif serait suffisant pour satisfaire les besoins et attentes de nos concitoyens. Nous avons tous de belles histoires et des histoires plus tragiques à raconter. Je l'ai déjà souligné : on ne peut pas faire d'une histoire personnelle une généralité... Sinon, je pourrais vous parler du décès de mon grand-père en début d'année et vous faire changer d'avis.

Madame de Vaucouleurs, je m'étonne que des députés issus du Mouvement Démocrate et apparentés – donc de la majorité – proposent de supprimer un par un tous les articles de cette proposition de loi, au motif qu'il serait prématuré de légiférer sur ce sujet. De nombreux députés issus de la majorité, membres de cette commission, semblaient pourtant encore plus pressés que le groupe La France insoumise de légiférer sur la question, puisqu'ils ont déposé dès septembre 2017 une proposition de loi (n° 185) portant sur la fin de vie dans la dignité, qui légalise peu ou prou l'euthanasie sous le nom pudique « d'assistance médicalisée active à mourir ».

La procédure extrêmement précise et détaillée prévue par l'article 3 de la présente proposition de loi offre aux patients et à leur entourage – comme aux médecins – des garanties procédurales bien plus nombreuses et solides que les cinq courts paragraphes de l'article unique de la proposition de loi n° 185 portée par une partie de la majorité !

**M. Sylvain Maillard.** Je tenais à vous remercier pour cette discussion. Je fais partie de ceux qui n'ont pas d'avis tranché. Il y a quelques mois, j'ai visité la maison médicale Jeanne Garnier, dans le XV<sup>e</sup> arrondissement de Paris, tout proche, et rencontré les équipes qui accompagnent ceux d'entre nous qui sont en fin de vie. Cela m'a également permis de mieux comprendre les limites du système. Nous pourrions d'ailleurs utilement les inviter ou nous y déplacer.

Vous n'évoquez pas suffisamment les difficultés des familles en la matière. Vous traitez de manière très bureaucratique le sujet, en mettant, les uns après les autres, les noms de ceux qui devront prendre la décision. Tous ceux qui ont été dans ce cas et ont dû prendre cette décision à la place du mourant savent qu'il s'agit de situations excessivement difficiles...

La position de notre collègue Touraine exprime notre point de vue. Nous pensons que cette réflexion n'est pas mûre. Nous ne sommes pas opposés par principe à ce que vous défendez, mais nous avons besoin de réfléchir et d'avancer sur certains points non traités dans votre proposition de loi.

**M. Jean-Louis Touraine.** Notre logique est toujours la même : nous nous abstenons sur ces amendements, pour voter contre l'article 3. J'ai indiqué que je ne voulais pas débattre du fond des propositions, mais puisque Mme Fiat m'y exhorte, je suis obligé de lui indiquer que nos deux propositions de loi, certes proches, ne sont pas identiques : votre article 3 évoque une personne atteinte d'une affection « grave ou incurable », étendant considérablement le champ d'application de la loi. Un cancer est une maladie grave, mais plus de la moitié des cancers sont heureusement curables. Ne serait-il pas dommageable qu'un malade du cancer – qui a plus d'une chance sur deux de guérir – se désespère au point de mettre tout de suite un terme à sa vie ?

La réflexion est donc nécessaire et je vous y exhorte, non pour adopter ma proposition ou la vôtre. Après les états généraux, nous saurons exactement où les Français veulent placer le curseur et pourrons alors, utilement et efficacement, ensemble, entamer la concertation, en travaillant sur votre texte, autant que sur celui de M. Falorni et le mien, afin d'essayer d'élaborer une proposition correspondant aux vœux de l'immense majorité des Français.

**M. Laurent Pietraszewski.** Mme Fiat, nous savons que vous avez à cœur de faire avancer le sujet. Mais Jean-Louis Touraine fait preuve d'ouverture, ouverture partagée par l'ensemble des députés de La République en Marche. Après ces états généraux, nous proposons simplement que l'on prenne – rapidement – le temps de la concertation parlementaire.

*La commission adopte les amendements. En conséquence, l'article 3 est supprimé.*

**Article 4 : Clause de conscience**

*La commission est saisie de l'amendement AS18 de Mme Michèle de Vaucouleurs.*

**Mme Michèle de Vaucouleurs.** Je défendrai en même temps mes amendements AS18 et AS17, qui tendent respectivement à la suppression de l'article 4 et de l'article 5.

L'article 4 prévoit une clause de conscience autorisant les médecins qui le souhaitent à ne pas participer à un acte d'euthanasie ou à un suicide assisté. En effet, ces actes, qui sont loin d'être anodins, ne peuvent être imposés aux médecins. Nous souhaiterions cependant aller plus loin en précisant que, par défaut, aucun médecin ne serait tenu de participer à une euthanasie ou à une assistance au suicide : ces actes doivent faire l'objet d'une démarche volontaire de la part des médecins.

En outre, si nous venions à légaliser l'euthanasie, il faudrait que les médecins soient correctement formés – tout comme en matière de soins palliatifs – pour accompagner au mieux le patient dans son parcours. Sans davantage de formation des équipes médicales et sans une réelle démarche volontaire, nous estimons que l'euthanasie et le suicide assisté ne peuvent être réalisés dans des conditions acceptables.

Nous demandons donc la suppression de ces articles 4 et 5.

**Mme la rapporteure.** J'émet un avis défavorable à cet amendement. Évaluer la loi Claeys-Leonetti n'apportera aucune réponse aux attentes de certains de nos concitoyens en fin de vie.

En 2012, la commission de réflexion sur la fin de vie en France a clairement expliqué que, pour répondre à la situation de souffrance existentielle d'une personne qui a conscience de perdre la tête et qui craint l'évolution tragique d'une tumeur cérébrale, alors même qu'elle est encore lucide et qu'elle souhaite accélérer la fin de sa vie, « il faudrait une loi permettant un suicide assisté ou une euthanasie, mais, dans les deux cas, très en amont de la phase terminale de la maladie. »

C'est bien parce que la sédation n'est pas une solution pour tous les malades qui souhaitent abrégé leurs souffrances, que l'écrivaine Anne Bert disait, il y a quelques mois encore, que la loi Claeys-Leonetti n'était que de la « poudre aux yeux ».

**M. Jean-Louis Touraine.** Pour les articles 4 et 5, nous adopterons la même logique : abstention sur les amendements et vote contre les articles.

**M. Xavier Breton.** Je n'ai pas déposé d'amendement de suppression et je voudrais remercier la rapporteure d'avoir proposé une clause de conscience. Pour imposer des mesures sociétales, on entre parfois dans une logique de coercition et on essaie d'évacuer cette clause de conscience de nos textes législatifs.

**Mme Dufeu Schubert.** Les articles 4 et 5 proposent de légiférer sur des pratiques médicales. Je vais m'abstenir sur ces articles et j'incite mes collègues à faire de même. Madame la rapporteure, vous avez reconnu que vous n'avez pas auditionné les représentants des médecins. Je trouve assez prématuré de légiférer sans cela.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 4 est supprimé.*

**Article 5 : Non-pénalisation de l'euthanasie et de l'assistance au suicide**

*La commission est saisie des amendements de suppression de l'article AS4 de M. Thibault Bazin, AS11 de M. Xavier Breton et AS17 de Mme Michèle de Vaucouleurs.*

**M. Thibault Bazin.** Cet article 5 dépénalise la participation des médecins à une euthanasie ou à un suicide assisté. Il revient finalement à banaliser ces deux mesures, ce que nous refusons. Elles sont en effet contraires au très beau serment d'Hippocrate qui dit : « Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. » Ce sont de très belles paroles. Or les lois actuelles – Leonetti et Claeys-Leonetti – permettent déjà à nos médecins de ne pas prolonger abusivement les agonies. En revanche, l'euthanasie et le suicide assisté provoquent la mort, ce que le serment d'Hippocrate interdit. Il convient donc de supprimer cet article qui supprime lui-même la pénalisation des médecins qui ont provoqué la mort.

**M. Xavier Breton.** Je considère que mon amendement est défendu.

**Mme la rapporteure.** Chacun peut interpréter le serment d'Hippocrate dans le sens qui sert au mieux son point de vue. Je pourrais tout aussi bien vous répondre que l'interdiction faite au médecin de provoquer délibérément la mort ne prévaut nullement sur l'impératif commandant au médecin de tout faire pour soulager les souffrances, et que l'euthanasie et l'assistance au suicide peuvent être un moyen de soulager les souffrances et de ne pas prolonger abusivement les agonies.

Au-delà de ces arguties, je tiens à souligner qu'aujourd'hui, en France, un certain nombre de médecins s'affranchissent du serment d'Hippocrate pour provoquer délibérément la mort sans que leurs patients en fin de vie l'aient nécessairement demandé. Dans une étude intitulée *Les décisions médicales en fin de vie en France*, publiée en novembre 2012, l'INED a relevé qu'en décembre 2009, les décisions médicales, quelles qu'elles soient, avec intention de mettre fin à la vie des patients, représentaient 3,1 % des décès, dont 0,8 % par administration d'un médicament létal. Les auteurs de l'étude indiquaient que « seul un cinquième de ces décisions sont prises à la demande des patients. » Il semble donc que près de 80 % des actes considérés comme des euthanasies soient, dans notre pays, pratiqués sans même que les patients en aient fait explicitement la demande.

À l'inverse, si l'euthanasie était légalisée et encadrée sur les modèles belge et luxembourgeois, on disposerait dans notre pays d'un dispositif de remontées d'informations très précis. Il permettrait d'identifier rapidement tout médecin qui aurait pratiqué une euthanasie ou une assistance au suicide sans respecter les conditions et la procédure déterminées par la loi.

Pour finir sur une petite boutade, je dirais que je suis contente que le serment d'Hippocrate soit de nouveau invoqué. Pendant les débats sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2018, on nous a parlé de soins prodigués sans qu'ils aient lieu d'être. Je me suis sentie un petit peu seule sur les bancs à expliquer que le serment d'Hippocrate interdisait ce genre de pratiques et que la solution était déjà trouvée.

*La commission adopte les amendements.*

*En conséquence, l'amendement AS16 tombe et l'article 5 est supprimé.*

**Article 6 : Coordinations au sein du code de déontologie médicale**

*La commission examine les amendements de suppression de l'article AS5 de M. Thibault Bazin et AS12 de M. Xavier Breton.*

**M. Thibault Bazin.** Cet article entend adapter le code de la déontologie médicale au nouveau cadre législatif. Il montre donc bien que cette proposition de loi nous invite à franchir une étape qui est pour nous inacceptable puisqu'elle enfreint le code de déontologie médicale. Il est en effet contraire à l'éthique médicale de donner la mort. Il convient de rappeler que la vocation du médecin est de soigner et de soulager, non pas de donner la mort. C'est pourquoi il convient de supprimer cet article qui n'est qu'une conséquence de la reconnaissance d'un droit à l'euthanasie et au suicide assisté par l'article 1<sup>er</sup>, que nous avons lui-même supprimé.

**M. Xavier Breton.** Mon amendement est défendu.

**Mme la rapporteure.** Faut-il rappeler aux auteurs des amendements que le code de déontologie médicale revêt la forme d'un décret en Conseil d'État, signé du Premier ministre, qu'il a donc une valeur réglementaire et que, dans la hiérarchie des normes, la loi prévaut sur le règlement ?

La présente proposition de loi ne peut donc, à proprement parler, enfreindre le code de déontologie médicale. En revanche, ce dernier enfreindrait la loi s'il n'était pas adapté à ses évolutions. C'est la raison pour laquelle l'article 6 précise, si besoin en était, que le code de déontologie médicale devra être modifié par voie réglementaire, de façon à ce que ses prescriptions soient conformes à la présente loi. Il s'agit de l'application pure et simple de la hiérarchie des normes fixée par la Constitution de la V<sup>e</sup> République, à laquelle les auteurs de l'amendement sont, je n'en doute pas, très attachés. Avis défavorable.

*La commission adopte les amendements.*

*En conséquence, l'article 6 est supprimé.*

**Article 7 : Date d'entrée en vigueur de la loi**

*La commission est saisie de l'amendement AS13 de M. Xavier Breton.*

**M. Xavier Breton.** Mon amendement est défendu.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 7 est supprimé.*

**Après l'article 7**

**M. Thibault Bazin.** Les lois Leonetti et Claeys-Leonetti ont toutes deux demandé le développement des soins palliatifs.

C'est ainsi que la loi Claeys-Leonetti dispose que « La garantie de l'accès aux soins palliatifs sur l'ensemble du territoire est inscrite dans la loi. Elle prévoit que les étudiants en médecine, les médecins, les infirmiers, les aides-soignants, les aides à domicile, les pharmaciens et les psychologues cliniciens auront obligation de suivre une formation spécifique aux soins palliatifs. »

Or, les soins palliatifs sont largement insuffisants dans notre pays. Il n'est pas normal que 20 % seulement des personnes en fin de vie en bénéficient, qu'une inégalité territoriale persiste dans ce domaine et que la formation des médecins aux techniques de soulagement de la souffrance soit négligée.

C'est sur ces points essentiels que doit porter l'action du Gouvernement, d'où le rapport qui est demandé par cet amendement, qui nous permettrait d'apporter un éclairage supplémentaire aux travaux des états généraux de la bioéthique.

**Mme la rapporteure.** Je suis favorable à cet amendement. De la même façon que la loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse n'a pas mis fin aux campagnes portant sur la contraception, la légalisation de l'euthanasie et de l'assistance au suicide ne saurait détourner les pouvoirs publics de l'objectif d'offrir à nos concitoyens un accès universel aux soins palliatifs, sur les modèles belge et néerlandais.

*La commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS14 de M. Xavier Breton.*

**M. Xavier Breton.** Je propose qu'un rapport annuel sur la mise en œuvre du plan pluriannuel de développement des soins palliatifs établi par l'Observatoire national de la fin de vie soit transmis au Parlement.

Je ne reviendrai pas sur la nécessité de développer les soins palliatifs mais profiterai de l'occasion qui m'est donnée pour remercier la rapporteure et le groupe La France insoumise de s'associer à notre proposition de loi visant à faire des soins palliatifs la grande cause nationale pour 2018. J'invite nos collègues qui ne l'ont pas encore fait à la cosigner.

**Mme la rapporteure.** Avis favorable. Tout le monde demande à ce que la loi sur les soins palliatifs soit revue et corrigée. C'est exactement ce qui est proposé et je comprendrais mal que vous vous y opposiez.

*La commission rejette l'amendement.*

*L'ensemble des articles de la proposition de loi ayant été supprimés, l'ensemble de la proposition de loi est considéré comme rejeté par la commission.*

**Mme la rapporteure.** Je tiens à vous remercier, chers collègues, d'avoir participé à ce débat constructif.

J'apporterai pour finir quelques précisions.

Si les familles ne figurent pas dans la liste des personnes de confiance c'est, je suis désolée de le rappeler, que dans certaines familles, les relations ne sont pas bonnes et qu'il est parfois impossible de désigner une personne de confiance en leur sein.

L'exemple d'un cancer curable a été cité. Il me semble important de laisser le choix aux malades : on ne peut pas les obliger à guérir si ce n'est pas leur souhait.

Tout au long de ce débat, on nous a reproché un mauvais *timing* mais n'oublions pas que l'examen de cette proposition de loi prend place dans la niche parlementaire réservée au groupe La France insoumise, dont nous n'avons pas choisi la date.

Enfin, notre proposition de loi, si elle avait été adoptée, aurait pu favoriser la discussion sur de nombreux sujets qui seront évoqués lors des états généraux de la bioéthique.

*La séance est levée à treize heures vingt.*

## Présences en réunion

### Réunion du mercredi 24 janvier 2018 à 9 heures 30

*Présents.* - Mme Delphine Bagarry, Mme Ericka Bareigts, M. Belkhir Belhaddad, Mme Justine Benin, M. Bruno Bilde, M. Julien Borowczyk, Mme Brigitte Bourguignon, Mme Marine Brenier, Mme Blandine Brocard, M. Sébastien Chenu, M. Gérard Cherpion, M. Guillaume Chiche, Mme Christine Cloarec, Mme Josiane Corneloup, M. Dominique Da Silva, M. Marc Delatte, M. Pierre Dharréville, Mme Jeanine Dubié, Mme Audrey Dufeu Schubert, Mme Nathalie Elimas, Mme Catherine Fabre, Mme Caroline Fiat, Mme Agnès Firmin Le Bodo, Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel, Mme Albane Gaillot, Mme Patricia Gallerneau, Mme Carole Grandjean, M. Jean-Carles Grelier, Mme Claire Guion-Firmin, M. Brahim Hammouche, Mme Monique Iborra, Mme Caroline Janvier, Mme Fadila Khattabi, Mme Fiona Lazaar, Mme Charlotte Lecocq, Mme Geneviève Levy, M. Gilles Lurton, M. Sylvain Maillard, M. Thomas Mesnier, M. Thierry Michels, M. Bernard Perrut, Mme Valérie Petit, Mme Michèle Peyron, M. Laurent Pietraszewski, Mme Claire Pitollat, M. Alain Ramadier, Mme Nadia Ramassamy, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Mireille Robert, Mme Laëtitia Romeiro Dias, M. François Ruffin, Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, M. Jean-Louis Touraine, Mme Élisabeth Toutut-Picard, Mme Isabelle Valentin, M. Boris Vallaud, Mme Michèle de Vaucouleurs, M. Olivier Véran, M. Francis Vercamer, Mme Annie Vidal, Mme Corinne Vignon, M. Stéphane Viry, Mme Martine Wonner

*Excusés.* – Mme Gisèle Biémouret, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Nicole Sanquer, M. Adrien Taquet, Mme Hélène Vainqueur-Christophe

*Assistaient également à la réunion.* – Mme Nathalie Bassire, M. Thibault Bazin, M. Ugo Bernalicis, M. Xavier Breton, M. Dino Cinieri, M. Jean-François Eliaou, M. Patrick Hetzel, M. Régis Juanico, M. Adrien Quatennens