

N° 3402

N° 306

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2015-2016

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale
le 19 janvier 2016

Enregistré à la Présidence du Sénat
le 19 janvier 2016

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE ⁽¹⁾ CHARGÉE DE PROPOSER UN
TEXTE SUR LES DISPOSITIONS RESTANT EN DISCUSSION DE LA *proposition de*
loi créant de nouveaux droits pour les personnes malades en fin de vie,

PAR M. Alain CLAEYS,
Rapporteur
Député

PAR M. Gérard DÉRIOT
Rapporteur
Sénateur

(1) Cette commission est composée de : M. Alain MILON, sénateur, *président* ; Mme Catherine LEMORTON, députée, *vice-présidente* ; MM. Alain CLAEYS, député et Gérard DÉRIOT, sénateur, *rapporteurs*.

Membres titulaires : Mmes Bernadette LACLAIS, Michèle DELAUNAY, MM. Jean LEONETTI, Jean-Pierre DOOR, Rémi DELATTE, *députés* ; MM. François PILLET, Jean-Pierre GODEFROY, Georges LABAZÉE, Mmes Françoise GATEL et Laurence COHEN, *sénateurs*.

Membres suppléants : MM. Gérard SEBAOUN, Mme Annie Le HOUEROU, MM. Christophe SIRUGUE, Christian KERT, Xavier BRETON, Michel PIRON, Mme Véronique MASSONNEAU, *députés* ; M. Michel AMIEL, Mmes Chantal DESEYNE, Catherine GÉNISSON, Brigitte MICOULEAU, Patricia MORHET-RICHAUD, Stéphanie RIOCREUX et M. Gérard ROCHE, *sénateurs*.

Voir le(s) numéro(s) :

Assemblée nationale (14^{ème} législ.) : Première lecture : 2512, 2585 et T.A. 486
Deuxième lecture : 2887, 3091 et T.A. 592

Sénat : Première lecture : 348, 467, 506, 468 et 116 (2014-2015)
Deuxième lecture : 12, 103, 106, 104 et T.A. 30 (2015-2016)
Commission mixte paritaire : 307 (2015-2016)

TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Mesdames, Messieurs,

Conformément au deuxième alinéa de l'article 45 de la Constitution et à la demande du Premier ministre, une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion de la proposition de loi créant de nouveaux droits pour les personnes malades en fin de vie s'est réunie au Sénat le mardi 19 janvier 2016.

La commission mixte paritaire procède à la désignation de son bureau, qui est ainsi constitué :

- M. Alain Milon, sénateur, président ;
- Mme Catherine Lemorton, députée, vice-présidente ;
- M. Gérard Dériot, rapporteur pour le Sénat ;
- M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale.

*

* *

La commission mixte paritaire procède ensuite à l'examen du texte.

M. Alain Milon, sénateur, président. – Voici près d'un an que le Parlement discute de ce texte, à la suite de nombreux travaux préparatoires dont le rapport du professeur Sicard, remis au Président de la République, et celui de nos collègues Alain Claeys et Jean Leonetti, remis au Premier ministre. Ce sujet, qui revient régulièrement dans l'actualité médiatique et judiciaire, est particulièrement difficile tant pour les personnes concernées, les familles, les équipes soignantes que pour l'ensemble de la société. Chacun souhaite une fin de vie apaisée mais toute nouvelle affaire repose la question des moyens pour y parvenir.

Soyons conscients des limites du législateur : il est impossible de régler par la loi l'ensemble des situations de fin de vie, surtout lorsque la personne ne peut exprimer sa volonté et en l'absence de directives anticipées. La loi peut créer un cadre pour le dialogue nécessaire entre la famille, les proches et l'équipe soignante mais ne peut imposer de solution évidente.

En reconnaissant le droit à une sédation profonde et continue, ce texte répond à une attente incontournable et incontestable. Il s'inscrit dans le respect des soins palliatifs et des droits du malade, comme le disaient MM. Alain Claeys et Jean Leonetti : la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs recommande que soient réunies deux conditions pour recourir à cette pratique, reprises par la proposition de loi : la mort doit être imminente et la souffrance ressentie par le malade réfractaire au traitement. On évite ainsi toute demande suscitée par des souffrances d'ordre existentiel.

Dès lors qu'il ne s'agit ni de créer un droit à l'euthanasie, ni de permettre le suicide assisté, et que nous partageons le même objectif, nous devons pouvoir trouver un accord. L'élaboration d'un texte commun est d'autant plus nécessaire que notre pays a été très divisé par les sujets sociétaux ces dernières années et que nous devons être très clairs sur les possibilités ouvertes par ce texte. Certains y voient une étape, d'autres non. Ce débat ne pourra être tranché que lors d'échéances électorales. Nous devons trouver le meilleur équilibre possible entre les droits du malade et les exigences de prise en charge par les équipes médicales.

Mme Catherine Lemorton, députée, vice-présidente. – Votre discours donne la tonalité de ce que doit être cette commission mixte paritaire. Le Président de la République souhaite un consensus, presque un an après le dépôt de cette proposition de loi. Les rendez-vous sur la fin de vie sont rares dans la vie d'un parlementaire. Il serait bon de trouver un accord, plusieurs de nos collègues y œuvraient encore il y a quelques minutes. Ce sujet est moins politique que véritablement humain, il renvoie chacun à sa propre mort et nous n'avons aucun jugement à porter sur la position des uns ou des autres. Je souhaite ardemment un accord qui permette un vote identique de nos assemblées en séance publique.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour le Sénat. – La commission des affaires sociales du Sénat souhaite aboutir à un texte commun avec l'Assemblée nationale ; nous avons travaillé dans cet état d'esprit avec Michel Amiel. Nos travaux de première lecture ont été substantiellement modifiés, ce qui a provoqué le rejet du texte. En deuxième lecture, sur la base du texte rétabli par l'Assemblée nationale, le Sénat a suivi la commission des affaires sociales et celle des lois, qui prenaient en compte les inquiétudes des sénateurs.

Avec M. Claeys, nous avons défini une rédaction commune pour dix articles sur treize. Trois propositions de rédaction font l'objet d'amendements de ma part, la plus importante concerne la sédation profonde et continue, sur quoi la loi devra être très claire. Sur l'hydratation artificielle, la ministre l'a

indiqué, la communauté médicale est divisée. La seule décision légitime est celle du patient, éclairée par l'équipe médicale. S'agissant des directives anticipées, l'essentiel est que soit préservée la liberté de chacun et qu'il soit possible de demander aussi la poursuite du traitement.

En 2005, le Sénat avait adopté sans modification la proposition de loi de Jean Leonetti, dont j'étais rapporteur. Aujourd'hui nous avons la volonté et la possibilité d'avancer de nouveau, avec les mêmes objectifs, même si nos appréciations diffèrent parfois.

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – Cette réunion est l'aboutissement d'un travail approfondi réalisé par nos assemblées, y compris lors de réunions informelles. Il n'est pas surprenant que, sur un tel sujet, où les objectifs sont les mêmes, les chemins diffèrent. Avec Jean Leonetti, nous avons cherché une convergence, à défaut d'un impossible consensus, avec un double souci : que les nouveaux droits soient explicites et que la rédaction ne conduise pas à de nouvelles difficultés.

M. Jean Leonetti, député. – Je me suis déjà beaucoup exprimé sur ce sujet ces dix dernières années. Je me félicite du travail réalisé à la demande du Président de la République, à partir d'une lettre de mission du Premier ministre. Il n'était pas gagné que nous trouvions un accord avec Alain Claeys ; nous l'avons fait sans concession, avec des lignes directrices claires, sur la base du rapport du professeur Sicard et de l'avis du Conseil consultatif national d'éthique (CCNE). Les aléas de la navette parlementaire au Sénat ont abouti dans un premier temps au rejet total du texte et dans un deuxième temps à un texte sensiblement différent. J'approuve totalement les nouvelles propositions signées des deux rapporteurs de notre commission mixte paritaire, Gérard Dériot et Alain Claeys. L'absence de mon nom sur ces propositions n'est que « procédurale » et ne traduit en rien une quelconque désapprobation.

Un texte commun satisfera les inquiétudes des uns et les attentes des autres. L'Assemblée nationale souhaite que l'on puisse mourir sans souffrir et que les directives anticipées soient très contraignantes sans être opposables. Certains auraient voulu établir un droit à une mort volontaire, d'autres rester sur l'esprit de la loi de 2005. Je les rassure, nous sommes toujours dans l'esprit de la loi Leonetti, qui s'appuie elle-même sur la loi Kouchner de 2002, laquelle repose sur la loi de 1999. Le Président de la République s'est par ailleurs engagé à développer les soins palliatifs et la formation des soignants, avant toute avancée législative.

Peu de choses nous séparent sur les objectifs ; nous devons trouver un texte levant toute ambiguïté – il en restait à l'Assemblée nationale – et ne confondant pas les objectifs avec le suicide assisté ou l'euthanasie, qui n'ont jamais été souhaités par les auteurs de la proposition de loi ni présents dans la commande du Président de la République ou du Premier ministre. Je mettrai toute ma force de conviction pour réussir une avancée significative pour l'ensemble de nos concitoyens.

M. Michel Amiel, sénateur. – Avec Gérard Dériot, nous avons entendu de nombreux acteurs – médicaux, techniques, philosophiques ou religieux et débattu entre nous. La notion de mort imminente est importante : cette loi est faite pour ceux qui vont mourir et non pour ceux qui veulent mourir. Ce n'est ni une loi sur l'euthanasie, ni une loi sur le suicide assisté. Elle s'ajoute aux efforts devant être faits pour les soins palliatifs, insuffisamment développés dans notre pays.

Nous ne serons jamais pleinement d'accord mais nous pouvons aboutir à une convergence sur une loi sociétale qui, touchant à la vie et à la mort, dépasse les sensibilités politiques. Au-delà de sa dimension humaniste, il faut sécuriser le dispositif juridique pour éviter des difficultés comme celles qui ont défrayé la chronique. Notre réunion devrait aboutir à cette convergence. Il nous reviendra ensuite de la défendre auprès de nos groupes politiques.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

(art. L. 1110-5 du code de la santé publique)

Droit des malades et droit des patients en fin de vie

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. –

La proposition de rédaction n° 1 rétablit la distinction entre les traitements et les soins tout en conservant l'objectif du meilleur apaisement possible de la souffrance, voté par le Sénat.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour le Sénat. – Avis favorable.

La proposition de rédaction n° 1 est adoptée.

La commission mixte paritaire adopte l'article premier dans la rédaction issue de ses travaux.

Article 2

(art. L. 1110-5-1 [nouveau] du code de la santé publique)

Refus de l'obstination déraisonnable

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. –

La proposition de rédaction n° 2 remplace l'alinéa 2 par deux alinéas :

« Art. L. 1110-5-1. – Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5, y compris la nutrition et l'hydratation artificielles, ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient.

Lorsque les actes mentionnés à l'alinéa précédent sont suspendus ou ne sont pas entrepris, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10. »

La rédaction de l'Assemblée nationale précisait que la nutrition et l'hydratation artificielles constituent un traitement, celle du Sénat qu'elles sont un soin pouvant être maintenu jusqu'au décès.

M. Jean Leonetti, député. – Ce sujet complexe divise la communauté médicale. Grâce à la loi de 2002, tout malade peut refuser un traitement – sonde gastrique, gastrostomie, perfusion – ce dont on n'a mesuré l'importance qu'*a posteriori* : le malade peut s'opposer à une thérapie salvatrice, refuser une dialyse ou, s'il est conscient, arrêter un respirateur artificiel. La loi de 2005 a essayé de distinguer les soins des traitements – le *care* du *cure*, mais les termes restent ambigus : les soins palliatifs sont une action thérapeutique. Le soin fait l'objet de peu d'investigation médicale. Installer une perfusion, un tube dans

l'estomac n'est pas un soin mais un traitement. Ce dernier doit-il être interrompu ? Oui, si le malade a été averti des inconvénients. Mais si l'on ne veut pas prolonger la vie, doit-on arrêter une perfusion ? Non, selon les médecins, car elle apporte aussi des médicaments apaisant la fin de vie.

L'hydratation et la nutrition artificielles sont des traitements. Doit-on impérativement les arrêter en cas de sédation profonde ? Non. Si vous perfusez un rein avec des dosages adaptés, vous pouvez maintenir en vie le malade au-delà d'un mois. À ce moment, l'obstination peut être considérée comme déraisonnable par le malade, la personne de confiance ou les médecins. Utiliser « peut » au lieu de « doit » laisse une certaine latitude au médecin pour accompagner la vie finissante. Nous avons tranché le débat en 2005 et choisi qu'on pouvait arrêter « tout traitement » et non « le traitement ». Je ne souhaite pas que le texte de 2005 change : l'obstination déraisonnable, c'est lorsque les traitements sont inutiles, disproportionnés ou qu'ils n'ont d'autre but que le seul maintien artificiel de la vie. Si l'on modifie cette disposition validée par la jurisprudence du Conseil d'État et de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), on fragilise le texte. Une autre rédaction que celle proposée par les rapporteurs est possible : « l'hydratation et la nutrition artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés, conformément à l'alinéa précédent », cet alinéa se référant à l'obstination déraisonnable. Je préfère cette deuxième formule, mais je ne suis pas hostile à la première.

Mme Catherine Génisson, sénatrice. – Nous avons eu de longs débats à l'Assemblée nationale lorsque j'y ai voté la loi Leonetti et au Sénat pour ce nouveau texte. Il ne faut pas éviter le sujet de l'hydratation et de la nutrition artificielles. Dès lors qu'elle prévoit une possibilité et non une obligation, la rédaction proposée est correcte. Le rôle du législateur est difficile : il prescrit toujours plus en matière médicale alors que la médecine est empreinte d'incertitudes...

Entre les deux rédactions, nous nous laisserons convaincre par les rapporteurs.

M. Michel Amiel, sénateur. – Cette question a largement alimenté les débats. Pour les médecins, perfusion et hydratation sont deux choses différentes. En situation, il leur est très difficile d'arrêter une « voie veineuse », même si elle n'est que le vecteur de substances apaisant le patient. La loi de 2002 autorisait déjà à refuser tout type de traitement. Les droits du patient ne doivent pas reculer. J'approuve la précision de M. Claeys qui s'appuie sur les lois de 2002 et 2005 sans mettre la poussière sous le tapis.

Il est préférable de mentionner les traitements – au pluriel – car une sonde gastrostomique diffère d'une simple voie veineuse. Il faut aussi laisser la possibilité de suspendre, au lieu d'utiliser un impératif ou un indicatif pour clarifier le dispositif et éviter de faire marche arrière.

Certains arrêts de la CEDH à la suite de l'affaire Vincent Lambert ont clos le débat entre traitements et soins, en l'absence de définition normative : les arguments selon lesquels on ouvrirait la voie à l'euthanasie ou au suicide assisté tombent. Le patient pourra cesser de souffrir avant de mourir et le médecin ne plus être en difficulté.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour le Sénat. – Selon la proposition de rédaction n° 2, les actes, « y compris la nutrition et l'hydratation artificielles », ne doivent pas être mis en œuvre lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. L'arrêt semble obligatoire, sans préciser que le patient peut s'y opposer. Mon amendement n° 3 supprime dans cette proposition les mots « y compris la nutrition et l'hydratation artificielles », pour insérer après l'alinéa 3 « lorsque les conditions mentionnées à l'alinéa précédent sont réunies, la nutrition et l'hydratation artificielles peuvent être arrêtées, sauf si le patient s'y oppose ». Il garantit les droits du patient tout en se rapprochant de la formulation de l'Assemblée nationale.

L'amendement n° 4 complète l'alinéa 3 de la proposition de rédaction n° 2 par cette phrase : « Cette procédure collégiale réunit l'ensemble de l'équipe soignante et associe la personne de confiance ou, à défaut, les membres de la famille ou les proches qui le souhaitent. » Tout en renvoyant toujours au règlement pour définir précisément la procédure collégiale, il prévoit des garanties minimales : réunion de l'ensemble de l'équipe soignante et association de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille ou des proches.

M. Michel Amiel, sénateur. – Rajouter « sauf si le patient s'y oppose » me paraît redondant. Le cas échéant, il faudrait préciser que c'est fait soit en direct par le patient conscient, soit dans le cadre des directives anticipées. Si le patient s'y oppose mais qu'il est inconscient et que les directives anticipées ne le mentionnent pas, cela posera des difficultés juridiques.

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – Ne fragilisons pas le dispositif. Une rédaction juridiquement incertaine pourrait conduire à des contentieux, et serait la pire des solutions. Nous avons retenu deux possibilités : la proposition de rédaction n° 2 et la suggestion de Jean Leonetti. Je maintiens ma proposition de rédaction, mais si celle de M. Leonetti favorise un consensus, je suis disposé à l'accepter car elle offre des garanties juridiques. Une troisième possibilité, plus dangereuse, serait de supprimer la phrase. Dès lors que le juge se référerait au débat parlementaire, ses contradictions apparaîtraient.

M. Jean Leonetti, député. – Qui décide de l'obstination déraisonnable ? Le malade s'il est lucide et éclairé, selon la loi de 2002. La formulation de M. Dériot propose que l'arrêt soit fait à la demande du malade, « sauf si le malade s'y oppose », est ambiguë. On pourrait sortir « y compris l'hydratation et la nutrition artificielles » et ajouter un alinéa disant que ces traitements peuvent être arrêtés, en référer à l'obstination déraisonnable, sur

des critères médicaux, à une procédure collégiale et à la demande du malade. La jurisprudence du Conseil d'État n'autorise pas l'arrêt du traitement mais vérifie que convergent la volonté du malade et l'arrêt du traitement prolongeant artificiellement la vie, afin de respecter tant l'avis médical que la dignité de la personne. Mieux vaudrait adopter la deuxième formulation si M. Dériot y consent.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour le Sénat. – Fort de cette discussion, je pourrais me rallier à votre proposition de rédaction et à la formulation que vous proposez. On modifierait l'amendement n°3 en précisant que la nutrition et l'hydratation constituent des traitements.

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – Pour sécuriser le texte, faisons référence à l'alinéa précédent.

M. François Pillet, sénateur. – Ne pourrait-on remplacer « constituant » par « constituent » ? Cela réserverait le cas où elles ne sont pas des traitements.

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – En tout état de cause, je pense qu'il faut conserver le mot « traitement ».

M. Michel Amiel, sénateur. – Il me semble qu'une précédente loi précise déjà que nutrition et hydratation artificielles constituent des traitements, il est donc inutile de le mentionner derechef. Évitions des polémiques inutiles.

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – En cas de contentieux, des juges verront le cheminement : après avoir considéré l'hydratation et la nutrition artificielles comme des traitements, on a utilisé le terme de soins puis supprimé tout qualificatif... Soit on s'accorde sur cette rédaction, soit je reviens à la première rédaction.

M. Jean Leonetti, député. – La loi de 2005 a été très consensuelle.

M. Alain Milon, sénateur, président. – Le Sénat ne voyait pas l'utilité d'aller plus loin.

M. Jean Leonetti, député. – Le Conseil d'État et la CEDH estiment que nutrition et hydratation artificielles constituent des traitements. On aurait pu s'en tenir là mais le débat n'est pas là. Il est de savoir si l'on peut les arrêter ; la réponse est oui.

Si le malade ne peut exprimer sa volonté et que la procédure collégiale conclut à une obstination déraisonnable, on peut arrêter. La rédaction de l'Assemblée nationale donne l'impression qu'on y est obligé. C'est une erreur : cela doit rester une possibilité, en fonction de la volonté du malade. La deuxième rédaction correspond mieux aux attentes du Sénat tout en respectant la loi de 2005.

Mme Laurence Cohen, sénatrice. – Entièrement d'accord avec M. Leonetti. Le verbe « pouvoir » est clair : nous ne faisons qu'ouvrir une possibilité. Pour le groupe CRC, c'est important.

Mme Françoise Gatel, sénatrice. – Cette rédaction respecte les lois existantes tout en satisfaisant nos attentes. Ce sujet a été vivement discuté au Sénat, c’était même un chiffon rouge. Nous marchons sur une ligne de crête. Devons-nous rappeler que l’hydratation et la nutrition artificielles sont des traitements ? En cas de litige, leur définition juridique sera de toute façon recherchée.

M. Jean Leonetti, député. – Si nous n’avions pas évoqué la question au départ, nous pourrions maintenant nous permettre de ne pas la traiter. Retirer maintenant cette mention, conforme à la loi de 2005, aurait un effet. Mieux vaut donc la préciser. D’ailleurs, chacun sait que ce sont des traitements, puisqu’il y a intrusion dans le corps du patient. Pour autant, ils ne doivent pas automatiquement être arrêtés en cas de sédation profonde et continue : c’est ce qui n’était pas clair dans la version de l’Assemblée nationale. Il ne saurait être question de forcer un médecin à installer, ou à ôter, une perfusion. Nos positions convergent.

M. Michel Amiel, sénateur. – Le débat n’est plus technique, ni juridique. Nutrition et hydratation sont des traitements. Le but est que ce texte soit voté. Écrire que nutrition et hydratation artificielles peuvent être arrêtées sous-entend que ce sont des traitements. Ne ranimons pas des débats inutiles alors que nous sommes d’accord sur le fond.

Mme Catherine Génisson, sénatrice. – Je suis d’accord avec M. Leonetti : dès lors que le sujet est évoqué, il doit être clarifié.

M. Jean-Pierre Godefroy, sénateur. – En effet, c’est la meilleure formule. D’ailleurs, dans les débats parlementaires, nous avons parlé de « traitement ». Il faut donc y faire référence dans la loi.

M. Alain Claeys, rapporteur pour l’Assemblée nationale. – Nous pouvons donc faire converger nos positions sans créer de confusion. Retirer le terme « traitement » créerait des contentieux. Si la rédaction reformulée convient à tous, retenons-la !

M. Gérard Dériot, rapporteur pour le Sénat. – D’accord pour la deuxième rédaction, qui fait l’unanimité.

M. Alain Claeys, rapporteur pour l’Assemblée nationale. – Nous écrivons donc : « la nutrition et l’hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés conformément à l’alinéa précédent. »

Mme Michèle Delaunay, députée. – Parfait.

L’amendement n° 3 ainsi modifié est adopté.

M. Alain Claeys, rapporteur pour l’Assemblée nationale. – Avis défavorable à l’amendement n° 4.

M. Jean-Pierre Godefroy, sénateur. – Nous en avons longuement débattu en commission, et je m'étais opposé à cette rédaction, trop large. Qui sont les « proches » ? Cet amendement est une machine infernale, qui affaiblirait le texte.

M. Jean Leonetti, député. – Si la collégialité est indispensable – car sans elle, la décision est solitaire, autoritaire, dogmatique –, pour la loi, la décision n'est pas collective mais individuelle. Dans la procédure collégiale, les espaces sont flous. S'il y a des directives anticipées, ou une personne de confiance, tout est clair. Sinon, il convient de recueillir un témoignage de ce que le malade aurait voulu, et non l'avis personnel des individus consultés. C'est pourquoi la parole des proches peut compter autant que celle de la famille. Mais l'élargissement du collège est risqué, comme on l'a bien vu dans l'affaire Vincent Lambert : les médecins s'en sont remis à l'épouse mais la justice a imposé de consulter aussi les parents. Parler de l'équipe soignante est délicat : qui faut-il convoquer ? L'esprit de la loi est que la concertation doit être large, mais que la décision reste individuelle. Trop préciser serait risqué, car cela soulèvera de nombreux problèmes pratiques.

Mme Catherine Génisson, sénatrice. – Même avis. Ce sujet est complexe car le périmètre de la famille est difficile à délimiter, comme nous l'avons vu sur la question du don d'organe. N'apportons pas de confusion sous prétexte de clarifier.

M. Michel Amiel, sénateur. – Même avis. Une affaire récente a montré les dangers d'une trop grande précision – sauf à renvoyer au règlement.

Mme Françoise Gatel, sénatrice. – Même avis. Comment définir les proches ? Les proches « qui le souhaitent » ? Comment s'assurer que tous sont informés ? Allégeons !

Mme Laurence Cohen, sénatrice. – De fait, n'allons pas ouvrir la voie à des dérives, d'autant que, dans la société actuelle, « famille » se met souvent au pluriel. De plus, des proches que le patient aurait désavoués peuvent souhaiter donner leur avis. N'ouvrons pas cette boîte de Pandore !

Mme Catherine Lemorton, députée, vice-présidente. – D'après le site *hopital.fr*, l'équipe soignante comprend, outre les médecins, les infirmières et les aides-soignants, les agents des services hospitaliers, les manipulateurs en électroradiologie, les diététiciens, les psychologues, la secrétaire médicale et les brancardiers...

M. Gérard Dériot, rapporteur pour le Sénat. – Je retire cet amendement mais le pouvoir réglementaire doit bien définir la procédure collégiale.

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – Nous l'avons rappelé, suite à votre remarque. Le retrait de cet amendement évitera des situations difficiles.

L'amendement n° 4 est retiré.

*La proposition de rédaction n° 2 ainsi modifiée est **adoptée**.*

*La commission mixte paritaire **adopte** l'article 2 dans la rédaction issue de ses travaux.*

Article 3

(art. L. 1110-5-2 [nouveau] du code de la santé publique)

Traitement à visée sédatrice associé à une analgésie provoquant une altération profonde et continue de la vigilance jusqu'au décès

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – C'est peut-être sur cet article que nos deux assemblées ont le plus divergé. L'Assemblée nationale l'a construit en partant de la demande du patient, puisque c'est à lui que ce texte apporte de nouveaux droits. Je propose de le rédiger ainsi : « À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

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

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

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

La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est mise en œuvre selon la procédure collégiale (...) ».

Cette rédaction reprend la construction élaborée à l'Assemblée nationale tout en tenant compte des demandes du Sénat.

M. Michel Amiel, sénateur. – Pourquoi ajouter les mots « ou un inconfort majeur » ? La souffrance n'est pas la douleur. Si l'on débranche le respirateur d'un patient atteint de sclérose latérale amyotrophique, sans accompagner cet arrêt d'une analgésie et d'une sédation, celui-ci mourra dans des conditions épouvantables. Pourtant, ce n'est pas vraiment une douleur physique, et c'est bien pire qu'un inconfort. Le terme de « souffrance » suffit donc. Il n'y a pas que l'hôpital : nous avons aussi souhaité ajouter les mots « à la demande du patient, la sédation profonde et continue peut être mise en œuvre à son domicile ou dans un établissement de santé. »

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – La formulation que je propose reflète un état de notre réflexion et peut évoluer.

Mme Michèle Delaunay, députée. – Je n’y suis pas défavorable car la notion de douleur ne couvre pas tous les cas de figure. Ainsi, les troubles respiratoires ne sont pas une douleur, puisqu’on ne peut les calmer par des antalgiques. Pourtant, ils sont très pénibles.

M. Michel Amiel, sénateur. – Le mot « souffrance » est assez large.

Mme Michèle Delaunay, députée. – Il ajoute une dimension psychologique, mais ne couvre pas la pénibilité physique.

M. Jean Leonetti, député. – La première rédaction de cet article, qui parlait de « prolongation inutile de la vie », était maladroite : aucune vie n’est inutile. Il s’agissait simplement d’une référence au code de déontologie médicale, qui interdit de prolonger inutilement l’agonie. Mieux vaut parler d’obstination déraisonnable. La meilleure façon de mettre en place une sédation, c’est lorsque le malade est conscient qu’il va mourir et que sa souffrance est réfractaire : en ce cas, la société française d’accompagnement et de soins palliatifs est formelle. Si un malade en soins palliatifs arrête son traitement – par exemple antidiabétique – et obtient une sédation profonde et continue jusqu’au décès, n’est-ce pas un moyen pour lui de solliciter une euthanasie ou un suicide assisté ? Pour un malade sous assistance respiratoire, la sédation précède évidemment l’arrêt du respirateur. Pour un insuffisant rénal qui cesse ses dialyses, sa mise en place est différée. Or l’article 37-3 du code de déontologie interdit d’arrêter un traitement sans le compenser par des soins qui évitent que son arrêt ne provoque chez le malade, même inconscient, une souffrance. D’où la rédaction du 2°. Les médecins de soins palliatifs ne sont pas des juristes : la formulation qu’ils ont inspirée est trop floue. Nous pouvons donc supprimer les mots « ou un inconfort majeur. »

M. Gérard Dériot, rapporteur pour le Sénat. – Mon amendement n° 6 à la proposition de rédaction n° 5 précise que le patient peut s’opposer à l’arrêt des traitements de maintien en vie même quand il demande une sédation profonde et continue. Si nous supprimons les mots « ou un inconfort majeur », je modifie mon amendement n° 7, qui ne concerne plus que l’alinéa 6, que je propose de rédiger ainsi : « Lorsque le patient est hors d’état d’exprimer sa volonté et sauf si ses directives anticipées s’y opposent, une sédation profonde et continue jusqu’au décès, associée à une analgésie, est mise en œuvre dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie au titre du refus de l’obstination déraisonnable et que la souffrance est jugée réfractaire. » Mon amendement n° 8 est rédactionnel.

M. Jean Leonetti, député. – Tout cela est conditionné par le fait que le malade le demande. S’il exprime une volonté, ses directives anticipées ne sauraient lui être opposées.

M. Alain Claeys, rapporteur pour l’Assemblée nationale. – Oui, cet article se fonde sur la demande du malade. Nous pouvons supprimer les mots « ou un inconfort majeur. » Mais quel est l’objet de l’amendement n° 7 ?

M. Gérard Dériot, rapporteur pour le Sénat. – Il précise que la sédation profonde et continue ne peut être mise en œuvre, pour un patient hors d'état d'exprimer sa volonté, qu'en cas de souffrance réfractaire.

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – Dans la rédaction actuelle, si le patient ne peut exprimer sa volonté et que le médecin arrête le traitement de maintien en vie, le médecin applique une sédation profonde et continue associée à une analgésie jusqu'au décès.

M. Jean Leonetti, député. – L'article 37-3 du code de déontologie l'y oblige.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour le Sénat. – Il faut que la souffrance soit réfractaire.

M. Jean Leonetti, député. – Chez un malade qui n'est pas conscient ?

M. Gérard Dériot, rapporteur pour le Sénat. – Cela n'empêche pas.

M. Jean Leonetti, député. – Justement, s'il est inconscient, il faut systématiquement mettre en place un tel traitement pour éviter une souffrance potentielle.

Mme Laurence Cohen, sénatrice. – L'important est de supprimer les mots « ou un inconfort majeur », et de prévoir la possibilité que les choses se passent au domicile. Sur ces deux points, nous sommes d'accord.

M. Michel Amiel, sénateur. – Pour une personne dans le coma, la souffrance ne peut être jugée réfractaire. On parle alors de souffrance potentielle, que l'article 37-3 du code de déontologie précité impose de combattre par la sédation et l'analgésie. Dans notre texte, la demande du patient est en facteur commun.

Mme Françoise Gatel, sénatrice. – Je suis favorable à la rédaction proposée pour l'article 3 si nous supprimons les mots « ou un inconfort majeur. »

M. Gérard Dériot, rapporteur pour le Sénat. – Je demande une suspension de séance.

Les amendements nos 6 et 7 sont retirés. L'amendement rédactionnel n° 8 est adopté.

M. François Pillet, sénateur. – Je souhaite qu'il soit clairement établi que si le patient ne demande pas l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie alors qu'il souhaite une sédation profonde et continue, il doit être écouté et sa volonté respectée.

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – Oui, nous ne parlons que de cas répondant à la demande du patient.

M. Jean Leonetti, député. – Il y a deux demandes différentes : ne pas souffrir, et ne pas faire l'objet d'obstination. La sédation répond à la première, et l'arrêt des traitements, sur demande, à la seconde.

M. François Pillet, sénateur. – Il faut répondre à la demande des patients.

*La proposition de rédaction n° 5 ainsi modifiée est **adoptée**.*

*La commission mixte paritaire **adopte** l'article 3 dans la rédaction issue de ses travaux.*

Article 4

(art. L. 1110-5-3 [nouveau] du code de la santé publique)

**Droit aux traitements antalgiques et sédatifs
en cas de souffrance réfractaire**

*La proposition de rédaction n° 9 est **adoptée**.*

*La commission mixte paritaire **adopte** l'article 4 dans la rédaction de l'Assemblée nationale.*

Article 4 bis

(art. L. 1110-10-1 [nouveau] du code de la santé publique)

Présentation par les ARS d'un rapport annuel sur les soins palliatifs

La commission mixte paritaire maintient la suppression de l'article 4 bis.

Article 5

(art. L. 1111-4 du code de la santé publique)

Information des patients et droit au refus de traitement

*La proposition de rédaction n° 10 est **adoptée**.*

*La commission mixte paritaire **adopte** l'article 5 dans la rédaction issue de ses travaux.*

Article 7

*(Intitulé de la section 2 du chapitre 1^{er} du titre 1^{er} du livre 1^{er}
de la première partie du code de la santé publique)*

Mention de la possibilité pour les malades de refuser un traitement

*La proposition de rédaction n° 11 est **adoptée**.*

*La commission mixte paritaire **adopte** l'article 7 dans la rédaction de l'Assemblée nationale.*

Article 8

(art. L. 1111-11 du code de la santé publique)

Renforcement du statut des directives anticipées

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – Nous souhaitons rétablir la formulation de l'Assemblée nationale, en indiquant que « les directives anticipées s'imposent au médecin » dans un cadre très précis. Elles sont « révisables et révocables à tout moment. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé. » En remplaçant l'obligation par

la possibilité comme l'a souhaité le Sénat, nous assouplissons les conditions de rédaction des directives anticipées, pour encourager nos concitoyens à les formuler plus librement.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour le Sénat. – Nous souhaitons préciser dans la première phrase de l'alinéa 4 : « À tout moment, elles peuvent être révisées selon des modalités prévues par décret en Conseil d'État et révoquées par tout moyen. »

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – N'est-ce pas introduire de la complexité ? La liberté de réviser les directives anticipées doit être totale.

M. François Pillet, sénateur. – Nous sommes sur la même voie. Les directives anticipées, dès lors qu'elles sont respectées par le médecin, doivent suivre parfaitement les volontés du patient. Au Sénat, nous avons surtout cherché à nous prémunir de toute erreur dans l'interprétation de la volonté du patient. D'où notre insistance sur la révocation des directives anticipées « par tout moyen ». Quant à mieux les encadrer, il le faut, c'est certain. Si la loi de 2005 avait été bien appliquée, nous n'aurions rien modifié.

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – Méfions-nous de la contradiction. Pourquoi un décret en Conseil d'État si l'on peut rédiger ses directives anticipées sur papier libre ?

M. Georges Labazée, sénateur. – Au troisième alinéa, ce que l'on vise, c'est par exemple un grave accident de voiture où le pronostic vital est engagé ?

M. Michel Amiel, sénateur. – C'est une précaution pour éviter que des directives floues ne prévalent dans un accident donnant lieu à une situation clinique qui n'a rien de fatal. Les directives anticipées ne sont pas les mêmes selon que leur auteur les a rédigées en bonne santé ou atteint d'un cancer incurable. D'où la nécessité de les rendre « révisables et révocables à tout moment ». Quant au remplacement de l'obligation par la possibilité, j'y suis d'autant plus favorable qu'il n'y a pas 3 % des Français à avoir rédigé des directives anticipées.

M. Gérard Sebaoun, député. – Reste-t-on sur une révocation écrite ou considère-t-on d'autres moyens d'expression ? Je trouve l'amendement de M. Dériot intéressant.

M. Jean Leonetti, député. – En ouvrant la possibilité de se détacher du modèle, on risque de voir fleurir des rédactions fantaisistes, qui devront être interprétées en fonction de la situation. C'est pourtant une avancée vers un point d'équilibre entre le papier libre pour tout le monde que prévoyait la loi de 2005 et le modèle imposé. Même équilibre dans l'alinéa 3 : on va plus loin que la loi de 2005 en prévoyant que les directives anticipées « s'imposent au médecin » tout en précisant les cas d'exception. Les directives anticipées deviennent contraignantes et non opposables. On évite ainsi d'aller à l'encontre de la

volonté des malades ou de ne pas pouvoir ranimer un suicidé lorsqu'il a fait une lettre d'adieu. On est à l'équilibre entre deux éthiques, l'une de vulnérabilité, l'autre d'autonomie. Dans le cas d'un accident cérébral, une situation initialement dramatique peut ensuite s'améliorer. D'où l'importance de se donner le temps d'une évaluation complète de la situation. Sans cela, on risque de se retrouver dans la situation paradoxale d'imposer au patient une pathologie invalidante alors qu'elle aurait pu être améliorée voire guérie si on n'avait pas tenu compte de ses directives anticipées. Enfin, nous avons ajouté « ou non conformes à la situation médicale » après « manifestement inappropriées », pour prendre en compte des situations que le patient n'avait pas forcément prévues, comme le coma post-traumatique ou le coma éthylique. Le dispositif est enfin renforcé par l'obligation faite au médecin de justifier le non-respect des directives. Nous parvenons ainsi à une rédaction équilibrée.

M. François Pillet, sénateur. – Notre texte doit éviter toute approximation juridique. Mieux vaudrait définir les conditions dans lesquelles les directives anticipées peuvent être révocables, en précisant « par tout moyen ». On couvrirait ainsi toutes les situations.

Mme Catherine Génisson, sénateur. – Il est important que les directives anticipées puissent être révisées à tout moment. Une situation d'abord perçue comme désespérée peut évoluer favorablement. Il faut donc pouvoir continuer à traiter le patient tant que sa vie n'est pas en danger absolu. Tenons ces objectifs en adoptant la meilleure rédaction possible.

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – Nous pourrions rédiger ainsi le quatrième alinéa : « Elles sont révisables et révocables à tout moment par tout moyen ».

M. Gérard Dériot, rapporteur pour le Sénat. – Mieux vaudrait : « révocables par tout moyen et révisables ».

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – « Elles sont révocables à tout moment par tout moyen et révisables ».

M. Jean Leonetti, député. – Que signifie « par tout moyen » ? Par mail ? Oralement ?

M. François Pillet, sénateur. – C'est un terme juridique classique, souvent employé dans le code civil pour globaliser les situations dans lesquelles on peut réformer ou apporter une preuve.

M. Michel Amiel, sénateur. – Pourquoi limiter le complément « par tout moyen » à « révocables » ?

M. Rémi Delatte, député. – La subtilité m'échappe.

M. Jean Leonetti, député. – N'utilise-t-on pas certains moyens pour réviser et révoquer et d'autres pour rédiger ?

M. Alain Milon, sénateur, président. – Nous rédigerons donc : « À tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables ».

*L'amendement n° 13 ainsi rectifié est **adopté**.*

M. Gérard Dériot, rapporteur pour le Sénat. – L'amendement n° 14 inclut l'ensemble de l'équipe soignante dans l'obligation de respecter les directives anticipées, en remplaçant à l'alinéa 5 les mots « s'imposent au médecin » par les mots « sont respectées ».

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – Nous souhaitons maintenir « s'imposent ». Dans la mesure où l'on a suffisamment encadré l'application des directives anticipées, un équilibre a été trouvé.

M. Xavier Breton, député. – L'injonction faite au médecin détériore la relation de dialogue qu'il doit entretenir avec le malade. Mieux vaudrait « sont respectées ».

M. Michel Amiel, sénateur. – Ce serait mettre par terre tout l'édifice de l'opposabilité des directives anticipées. La décision finale reste médicale.

M. Xavier Breton, député. – Il n'y a justement pas d'opposabilité. Les directives sont contraignantes, pas opposables.

M. Jean Leonetti, député. – C'est une phrase d'équilibre et les deux mots sont forts. L'obligation faite au médecin de respecter les directives est immédiatement restreinte par le « sauf si », qui introduit une exception d'urgence vitale jusqu'à ce que la situation médicale soit éclairée, et une autre pour le cas où les directives seraient « manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale ». En laissant au médecin une liberté d'interprétation, on rétablit aussitôt le dialogue. C'est seulement dans le cadre d'un dialogue garanti par la collégialité et la transparence, que l'on peut envisager des directives plus contraignantes qu'avant. La force du premier alinéa est largement compensée par l'ouverture du champ d'appréciation de la collégialité médicale.

M. François Pillet, sénateur. – L'amendement proposé a l'avantage de simplifier les procédures.

Mme Laurence Cohen, sénatrice. – Il faut encadrer le monde médical pour qu'il puisse exercer ses responsabilités tout en donnant des garanties pour que les volontés du patient soient respectées. C'est ce que fait le texte, et dans ces conditions, je préfère la formule « s'impose au médecin ».

M. Jean-Pierre Door, député. – Ces phrases sont très équilibrées. Si le texte ne mentionne pas explicitement l'« évolution » d'un cas clinique, il la sous-entend. Qui d'autre que le médecin peut en juger ?

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – Il ne faudrait pas, à l'inverse de la loi de 2005, dont on a dit qu'elle était une loi pour les médecins, faire une proposition de loi qui mette les médecins sous tutelle. L'équilibre que nous avons trouvé garantit un nouveau droit au patient et garantit aux médecins de pouvoir exercer leur métier dans les meilleures conditions.

M. Gérard Sebaoun, député. – Pour répondre à M. Pillet, en termes de procédure, deux cas d'école se profilent : soit une décision rapide prise par l'équipe, soit la mise en branle d'une procédure administrative complexe pour aboutir à une décision. Veillons à ne pas alourdir le dispositif avec des procédures très administrées.

M. François Pillet, sénateur. – Je m'étais exprimé sur l'amendement n° 15. Pardonnez cette confusion.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour le Sénat. – Je souhaite que nous procédions au vote.

L'amendement n° 14 n'est pas adopté.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour le Sénat. – Dans l'amendement n° 15, je propose de rédiger ainsi l'alinéa 4 : « La possibilité d'appliquer les directives anticipées du patient fait l'objet d'une décision prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire. Cette décision est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches. »

M. Jean Leonetti, député. – Cette rédaction pose un problème de fond. Jusqu'à présent, c'est seulement dans le cas où le médecin décide de ne pas suivre les directives anticipées qu'il doit se justifier, l'inscrire sur le dossier, et se soumettre à l'avis d'un collègue pour confirmer que ces directives sont inappropriées ou non conformes à l'avis médical. Décider que la collégialité doit se réunir chaque fois que l'on applique des directives anticipées, c'est introduire une procédure plus lourde. Il n'y a que 2,5 % des Français qui ont écrit des directives anticipées, contre 12 % en Allemagne. Pour l'instant, il n'y aura pas de débordements. Qu'en sera-t-il lorsqu'un plus grand nombre de Français auront écrit leurs directives ? Parfois les mœurs évoluent plus vite que les lois. N'alourdissons pas les procédures imposées aux équipes médicales, d'autant que 80 % des gens meurent à l'hôpital, dont la moitié par limitation ou arrêt des traitements, avec, pour toute procédure, la seule consultation de la famille.

M. Jean-Pierre Godefroy, sénateur. – Je suis de l'avis de M. Leonetti. Cependant, la rédaction retenue reprend une rédaction que nous avons rejetée à l'article 2, en réintégrant la famille et les proches. Est-ce souhaitable ?

M. François Pillet, sénateur. – Je suis parfaitement d'accord avec les principes défendus par M. Leonetti, à ceci près que le texte ne les met pas en œuvre. Vous souhaitez que la collégialité réponde au problème d'interprétation ou d'application des directives anticipées. Or, le quatrième alinéa ne reprend pas le cas où les directives anticipées sont manifestement inappropriées. Il faudrait l'ajouter.

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – C'est un vrai sujet. Je demande une suspension de séance pour retravailler le texte.

M. Gérard Sebaoun, député. – L'Assemblée nationale avait prévu ce cas, et montrait bien qu'il y avait une gradation.

M. Alain Milon, sénateur, président. – Elle ne figure pas dans le texte.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour le Sénat. – Nous déposons un amendement n° 15 rectifié qui modifie ainsi la première phrase de l'alinéa 4 de la proposition de rédaction n° 12 : « La décision de refus d'application des directives anticipées jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire ».

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – Je souscris pleinement à cet amendement. On voit là toute l'utilité de la commission mixte paritaire.

L'amendement n° 15 rectifié est adopté.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour le Sénat. – L'amendement n° 16 réintroduit une disposition adoptée par le Sénat pour prévoir que l'auteur des directives anticipées reçoit régulièrement un rappel de leur existence. Cette garantie est nécessaire dans la mesure où le texte supprime toute limitation de durée pour la validité des directives anticipées.

M. Jean Leonetti, député. – Je reste quelque peu dubitatif.

M. Alain Claeys, rapporteur pour l'Assemblée nationale. – Il faudra que le décret d'application mette de la légèreté et de la souplesse dans le processus.

L'amendement n° 16 est adopté.

M. François Pillet, sénateur. – L'amendement n° 17 à la proposition de rédaction n° 12 est d'ordre juridique. La rédaction des directives anticipées serait soumise à l'autorisation du juge des tutelles, voire du conseil de famille, pour toute personne faisant l'objet d'une mesure de protection juridique. Or il existe une gradation entre sauvegarde de justice, curatelle et tutelle. Le législateur a toujours préservé la volonté des personnes, même déficientes. On ne va pas empêcher quelqu'un qui contracte des dettes de rédiger des directives anticipées ou de choisir une personne de confiance. Puisqu'il est possible pour quelqu'un sous curatelle ou sauvegarde de justice de rédiger un testament sans autorisation du juge des tutelles ni du conseil de famille, il serait curieux qu'on ne lui permette pas les actes essentiels que sont le choix de la personne de confiance et la rédaction des directives anticipées. Il s'agit uniquement d'harmoniser notre droit.

Mme Michèle Delaunay, députée. – Si document il y a, le médecin en tiendra compte, qu'existe ou non une curatelle. Il ne faut pas en empêcher la rédaction car, en pratique, ce serait de toute façon sans effet.

L'amendement n° 17 à la proposition de rédaction n° 12 est adopté.

*La proposition de rédaction n° 12 ainsi modifiée est **adoptée**.*

*La commission mixte paritaire **adopte** l'article 8 dans la rédaction issue de ses travaux.*

Article 9

(art. L. 1111-6 du code de la santé publique)

Précision relative à la mission de la personne de confiance

M. François Pillet, sénateur. – L'amendement n° 19 est de même nature que l'amendement précédent. J'y apporte une rectification en ajoutant la notion de conseil de famille.

*L'amendement n° 19 à la proposition de rédaction n° 18 ainsi rectifié est **adopté**.*

*La proposition de rédaction n° 18 ainsi modifiée est **adoptée**.*

*La commission mixte paritaire **adopte** l'article 9 dans la rédaction issue de ses travaux.*

Article 10

(art. L. 1111-12 du code de la santé publique)

**Hiérarchie des modes d'expression de la volonté du patient
hors d'état de l'exprimer**

*La proposition de rédaction n° 20 est **adoptée**.*

*La commission mixte paritaire **adopte** l'article 10 dans la rédaction de l'Assemblée nationale.*

Article 11

(art. L. 1111-13 du code de la santé publique)

Coordination

*La proposition de rédaction n° 21 est **adoptée**.*

*La commission mixte paritaire **adopte** l'article 11 dans la rédaction issue de ses travaux.*

Article 13

Application de la loi outre-mer

*La proposition de rédaction n° 22 est **adoptée**.*

*La commission mixte paritaire **adopte** l'article 13 dans la rédaction issue de ses travaux.*

Article 14

Rapport annuel sur le développement des soins palliatifs

*La proposition de rédaction n° 23 est **adoptée**.*

*La commission mixte paritaire **adopte** l'article 14 dans la rédaction issue de ses travaux.*

Intitulé de la proposition de loi

*La proposition de rédaction n° 24 est **adoptée**.*

La commission mixte paritaire adopte l'intitulé de la proposition de loi dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

*La commission mixte paritaire **adopte** le texte issu de ses délibérations.*

M. Alain Milon, sénateur, président. – Merci de ce bon travail.

TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture	Texte adopté par le Sénat en deuxième lecture
Proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie	Proposition de loi créant de nouveaux droits <u>pour les personnes</u> malades en fin de vie
Article 1^{er}	Article 1^{er}
I. – L'article L. 1110-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :	I. – (<i>Alinéa sans modification</i>)
1° Le premier alinéa est ainsi modifié :	1° (<i>Alinéa sans modification</i>)
a) La première phrase est ainsi modifiée :	a) <u>À la première phrase, les mots : « les soins » sont remplacés par les mots : « , sur l'ensemble du territoire, les soins curatifs et palliatifs » :</u>
—après le mot : « recevoir », sont insérés les mots : « les traitements et » ;	Alinéa supprimé
—après le mot : « sanitaire », sont insérés les mots : « et le meilleur apaisement possible de la souffrance » ;	Alinéa supprimé
b) À la seconde phrase, après les mots : « d'investigation ou », sont insérés les mots : « de traitements et » ;	b) (<i>Supprimé</i>)
c) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :	c) (<i>Alinéa sans modification</i>)
« Ces dispositions s'appliquent sans préjudice ni de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produits de santé, ni de l'application du titre II du présent livre- ter . » ;	« Ces dispositions s'appliquent sans préjudice ni de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produits de santé, ni de l'application du titre II du présent livre. » ;
2° Les deuxième à dernier alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :	2° (<i>Alinéa sans modification</i>)
« 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	« Toute personne a <u>le</u> droit <u>d'avoir</u> une fin de vie digne et <u>accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance</u> . Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit

Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture

respecté. »

II. – ~~Les étudiants en médecine, les médecins, les infirmiers, les aides soignants et les aides à domicile ont droit à une formation aux soins palliatifs.~~

Article 2

Après le même article L. 1110-5, il est inséré un article L. 1110-5-1 ainsi rédigé :

« ~~Art. L. 1110-5-1. – Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent être ni mis en œuvre, ni poursuivis au titre du refus d'une obstination déraisonnable lorsqu'ils apparaissent inutiles ou disproportionnés. Dans ce cadre, lorsque les traitements n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, alors et sous réserve de la prise en compte de la volonté du patient, conformément à l'article L. 1111-12 et selon la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale, ils sont suspendus ou ne sont pas entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.~~

« ~~La nutrition et l'hydratation artificielles constituent un traitement.~~ »

Article 3

Après le même article L. 1110-5, il est inséré un article L. 1110-5-2 ainsi rédigé :

« ~~Art. L. 1110-5-2. – À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas prolonger inutilement sa vie, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :~~

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

Texte adopté par le Sénat en deuxième lecture

respecté. »

II. – La formation initiale et continue des médecins, des pharmaciens, des infirmiers, des aides soignants, des aides à domicile et des psychologues cliniciens comporte un enseignement sur les soins palliatifs.

Article 2

(Alinéa sans modification)

« ~~Art. L. 1110-5-1. – Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent être ni mis en œuvre, ni poursuivis au titre du refus d'une obstination déraisonnable lorsqu'ils apparaissent inutiles ou disproportionnés. Dans ce cadre, lorsque les traitements n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, alors et sous réserve de la prise en compte de la volonté du patient, conformément à l'article L. 1111-12 et selon la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale, ils sont suspendus ou ne sont pas entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.~~

« Art. L. 1110-5-1. – Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale. Cette procédure collégiale réunit l'ensemble de l'équipe soignante et associe la personne de confiance ou, à défaut, les membres de la famille ou les proches qui le souhaitent. Ses modalités sont définies par voie réglementaire.

« L'hydratation artificielle constitue un soin qui peut être maintenu jusqu'au décès. »

Article 3

(Alinéa sans modification)

« ~~Art. L. 1110-5-2. – Une sédation profonde et continue jusqu'au décès, associée à une analgésie et, sauf si le patient s'y oppose, à l'arrêt des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :~~

« 1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable, dont le pronostic vital est engagé à court terme et qui présente une souffrance réfractaire à tout autre traitement, exprime la volonté d'éviter toute souffrance ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture

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

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

~~« La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale, afin de vérifier que les conditions d'application du présent article sont remplies.~~

~~« L'application de la sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article peut être effectuée par un membre de l'équipe médicale, selon le choix du patient et après consultation du médecin, en établissement de santé ou au domicile du patient.~~

~~« L'ensemble de la procédure suivie est inscrite dans le dossier médical du patient. »~~

Article 4

~~Après le même article L. 1110-5, il est inséré un article L. 1110-5-3 ainsi rédigé :~~

~~« Art. L. 1110-5-3. – Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa~~

Texte adopté par le Sénat en deuxième lecture

« 2° Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et sauf si ses directives anticipées s'y opposent, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie au titre de l'obstination déraisonnable et que la souffrance du patient est jugée réfractaire.

« Dans le cadre d'une procédure collégiale telle que celle mentionnée à l'article L. 1110-5-1, l'équipe soignante vérifie préalablement que les conditions d'application prévues aux 1° et 2° sont remplies.

« À la demande du patient, la sédation profonde et continue peut être mise en œuvre à son domicile, dans un établissement de santé ou un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

« L'ensemble de la procédure suivie est inscrite au dossier médical du patient. »

Article 4

L'article L. 1110-9 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-9. – Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa souffrance. Celle ci

Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture

souffrance. Celle ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.

~~« Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrèger la vie. Il doit en informer le malade, sans préjudice du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.~~

~~« Toute personne est informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être prise en charge à domicile, dès lors que son état le permet. »~~

Article 4 bis

~~Après l'article L. 1110-10 du même code, il est inséré un article L. 1110-10-1 ainsi rédigé :~~

~~« Art. L. 1110-10-1. — Chaque année, l'agence régionale de santé présente en séance plénière à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie un rapport exhaustif et actualisé sur les patients pris en charge en soins palliatifs en établissements de santé et structures médico-sociales, sur la prise en charge des soins palliatifs accompagnée par les réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 ou assurée à domicile par des professionnels libéraux ainsi que sur la politique poursuivie par la région pour développer les soins palliatifs.~~

~~« Chaque établissement concerné tient un registre référençant chaque cas de sédation profonde et continue ayant provoqué une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, en référence à l'article L. 1110-5-2. Ce registre respecte l'anonymat du patient et doit être présenté sur sa demande à l'agence régionale de santé. »~~

Article 5

Texte adopté par le Sénat en deuxième lecture

doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.

« Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.

« Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, les proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »

Alinéa supprimé

Article 4 bis

Supprimé

Article 5

Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture

I. – L'article L. 1111-4 du ~~même code~~ est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas ~~subir tout~~ traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. » ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, ~~par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement,~~ la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. ~~Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.~~ » ;

3° (**Supprimé**)

4° Après le mot : « susceptible », la fin du cinquième alinéa est ainsi rédigée : « d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale ~~définie par le code de déontologie médicale~~ et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-~~4-4~~ ou la famille ou les proches aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

II. – À la première phrase du V de l'article L. 2131-1 du même code, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième ».

Texte adopté par le Sénat en deuxième lecture

I. – L'article L. 1111-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° (**Alinéa sans modification**)

« Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement, quel qu'il soit. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. » ;

2° (**Alinéa sans modification**)

« Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne qui refuse tout traitement ou souhaite arrêter un traitement après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si cette décision de la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical pour éclairer ses choix. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. » ;

3° (**Supprimé**)

4° Après le mot : « susceptible », la fin du cinquième alinéa est ainsi rédigée : « d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou les proches aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

II. – (**Non modifié**)

Article 7

À l'intitulé de la section 2 du chapitre Ier du titre

Article 7

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture

~~1er du livre 1er de la première partie du même code, après le mot : « volonté », sont insérés les mots : « des malades refusant un traitement et ».~~

Article 8

L'article L. 1111-11 du ~~même code~~ est ainsi rédigé :

~~« Art. L. 1111-11. – Toute personne majeure et capable peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie visant à refuser, à limiter ou à arrêter les traitements et les actes médicaux.~~

~~« Elles sont révisables et révocables à tout moment. Elles sont rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle rédige de telles directives.~~

~~« Elles s'imposent au médecin, pour toute décision d'investigation, d'actes, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation. Si les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées, le médecin doit solliciter un avis collégial. La décision collégiale s'impose alors et est inscrite dans le dossier médical.~~

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés,

Texte adopté par le Sénat en deuxième lecture

Article 8

L'article L. 1111-11 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-11. – Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement. À tout moment, elles peuvent être révisées selon des modalités prévues par décret en Conseil d'État et révoquées par tout moyen.

« Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle distingue deux types de directives anticipées selon que la personne se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

« Les directives anticipées sont respectées pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant le patient, sauf lorsque leur validité fait l'objet d'une contestation sérieuse au regard du dernier état connu de la volonté du patient, lorsqu'elles ne sont pas adaptées à sa situation médicale, ou en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation médicale.

« La possibilité d'appliquer les directives anticipées au regard de la situation médicale du patient ou au regard de l'existence d'une contestation sérieuse portant sur leur validité fait l'objet d'une décision du médecin prise après consultation du collègue prévu à l'article L. 1110-5-1. La possibilité ou l'impossibilité d'appliquer les directives anticipées est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés,

Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture

définit les conditions ~~d'information des patients et les conditions~~ de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. ~~Les directives anticipées~~ sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. ~~Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.~~

« Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de ~~protection juridique~~, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. ~~Le juge ou le conseil de famille peut prévoir qu'elle bénéficie, pour la rédaction de telles directives, de l'assistance de la personne chargée de sa protection, dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 459 du même code, à l'exclusion de toute possibilité de représentation.~~ »

Article 9

I. – L'article L. 1111-6 du ~~même code~~ est ainsi rédigé :

« *Art. L. 1111-6.* – Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance ~~titulaire~~, 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. ~~Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.~~ Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. ~~Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.~~

Texte adopté par le Sénat en deuxième lecture

définit les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Ces directives sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

« Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

« Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion. »

Article 9

I. – L'article L. 1111-6 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 1111-6.* – Toute personne majeure peut 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. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

« Si le patient le souhaite, la personne de confiance qu'il a désignée l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture

~~« Une personne de confiance suppléante peut être désignée. Son témoignage est entendu uniquement si la personne de confiance titulaire se trouve dans l'incapacité d'exprimer la volonté du patient qui l'a désignée. »~~

« Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement. »

~~« Le présent article ne s'applique pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci. »~~

II. – (Supprimé)

Article 10

L'article L. 1111-12 du ~~même code~~ est ainsi rédigé :

~~« Art. L. 1111-12. – Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille »~~

Texte adopté par le Sénat en deuxième lecture

Alinéa supprimé

(Alinéa sans modification)

« Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation. »

« Lorsque le patient qui a désigné une personne de confiance est hors d'état d'exprimer sa volonté, cette personne rend compte de la volonté du patient. Son témoignage prévaut sur tout autre. »

« Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer. »

II. – (Supprimé)

Article 10

L'article L. 1111-12 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-12. – Pour prendre les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, le médecin a l'obligation de rechercher la volonté de la personne hors d'état de l'exprimer. En l'absence de directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11, la personne de confiance lui rend compte de cette volonté. À défaut, il recueille tout élément permettant d'établir la volonté du patient auprès de la famille ou des »

Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture

ou des proches. »

Article 11

I. – L'article L. 1111-13 du même code est abrogé.

II. – Après le c du I de l'article L. 1541-2 du ~~même code~~, il est inséré un c bis ainsi rédigé :

« c bis) À l'article L. 1110-5-1, les mots : “le code de déontologie médicale” sont remplacés par les mots : “la réglementation locale en vigueur ayant le même objet” ; ».

III. – Le 8° du II de l'article L. 1541-3 du même code est abrogé.

Texte adopté par le Sénat en deuxième lecture

proches. »

Article 11

I. – (**Non modifié**)

II. – Après le c du I de l'article L. 1541-2 du code de la santé publique, il est inséré un c bis ainsi rédigé :

« c bis) À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 1110-5-1, les mots : “le code de déontologie médicale” sont remplacés par les mots : “la réglementation locale en vigueur ayant le même objet” ; ».

III. – (**Non modifié**)

Article 14

Le Gouvernement remet chaque année au Parlement un rapport évaluant les conditions d'application de la présente loi, ainsi que la politique de développement des soins palliatifs.

Article 14

I. – À l'occasion de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement remet chaque année au Parlement un rapport évaluant les conditions d'application de la présente loi, ainsi que la politique de développement des soins palliatifs dans les établissements de santé, les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à domicile.

II (nouveau). – L'article 15 de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie est abrogé.