

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie

- Suite de l'examen du projet de loi 2
- Présences en réunion..... 38

Jeudi

16 mai 2024

Séance de 21 heures 15

Compte rendu n° 29

SESSION ORDINAIRE DE 2023-2024

**Présidence de
Mme Agnès Firmin
Le Bodo,
*présidente***



La réunion commence à vingt-et-une heures quinze.

La commission spéciale poursuit l'examen du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie.

Chapitre III

Procédure

Article 7 : Demande d'accès à l'aide à mourir

Amendements identiques CS49 de Mme Emmanuelle Ménard, CS199 de M. Philippe Juvin, CS384 de M. Patrick Hetzel et CS713 de Mme Annie Genevard

Mme Emmanuelle Ménard (NI). L'objectif de l'article 7 est de préciser les conditions de présentation de la demande de suicide assisté ou d'euthanasie, pudiquement appelés dans le projet de loi « aide à mourir ». Si je demande la suppression de cet article, c'est parce que je considère que légaliser l'un ou l'autre de ces actes signifierait un grave recul vis-à-vis des principes éthiques qui ordonnent notre société et par cohérence avec mes amendements de suppression des articles 5 et 6, mais pas seulement. L'article 7 inquiète beaucoup les acteurs de soins. Nombre d'entre eux refusent l'idée de provoquer intentionnellement la mort de quelqu'un – le présent article dispose que le médecin joue un rôle actif dans l'aide à mourir. Il faut prendre en considération ce refus. Il est également prévu, à l'alinéa 6, que le médecin propose à la personne concernée de bénéficier de soins palliatifs. C'est ce que nous demandions à l'article précédent, mais vous l'avez refusé. Cela n'interviendra-t-il pas trop tard dans la procédure ? Nous pensons que la proposition d'accès aux soins palliatifs est mal positionnée : elle devrait avoir lieu avant même qu'une personne ait à imaginer demander le recours au suicide assisté ou à l'euthanasie.

M. Patrick Hetzel (LR). L'article 7 pose deux problèmes éthiques assez importants. Tout d'abord, 85 % des acteurs de soins déclarent être défavorables à l'idée de provoquer intentionnellement la mort. Cette nouvelle mission ne va-t-elle pas modifier profondément leur métier ? Ensuite, l'article 7 demande de proposer à la personne de bénéficier de soins palliatifs au moment où elle formule une demande de suicide assisté ou d'euthanasie : n'est-ce pas trop tard ? Ne faudrait-il pas anticiper ? On a l'impression que vous mettez sur le même plan les soins palliatifs et le suicide assisté ou l'euthanasie.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Je suis défavorable à ces amendements de suppression.

La procédure proposée pour l'aide à mourir me paraît équilibrée et précise, même si nous allons discuter de certaines pistes d'amélioration. L'article 7 offre de nombreuses garanties. Il dispose que la demande du patient doit être formulée de façon expresse et répétée auprès d'un médecin qui n'a pas de lien avec lui. Sont également prévues une obligation d'information du patient extrêmement précise et une proposition d'orientation systématique vers des soins palliatifs, ce qui ne veut pas dire que le patient n'y aura pas accès au préalable : on vérifie à ce moment-là que le patient peut en bénéficier. Plus encore, le texte prévoit que le médecin doit s'assurer que le patient peut accéder effectivement aux soins palliatifs. C'est important, et la relation entre le malade et son médecin, qui peut être un spécialiste, un médecin traitant ou un médecin de confiance, est particulière. L'article 7 dispose en outre expressément que la personne peut renoncer à tout moment à sa demande. La procédure est

donc assez lisible. Enfin, le texte prévoit des garanties supplémentaires pour les majeurs protégés, qui ne seront pas exclus du nouveau droit, conformément au principe du respect de leur autonomie.

Mme Catherine Vautrin, ministre du travail, de la santé et des solidarités. Je partage ce que Mme la rapporteure vient de dire. Nous sommes arrivés au chapitre III, qui décrit, article par article, la procédure selon laquelle un patient dont la situation correspond aux différents critères définis à l'article 6 demande à bénéficier de l'aide à mourir. L'article 7 précise notamment l'information que reçoit la personne demandant l'aide à mourir et prévoit une orientation vers des soins palliatifs, si la personne le souhaite. C'est le contexte qui permettra au patient de prendre une décision éclairée.

Avis défavorable aux amendements de suppression.

La commission rejette les amendements.

Amendement CS2003 de Mme Laurence Cristol

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Cet amendement tend à poursuivre la codification des dispositions relatives à l'aide à mourir au sein du code de la santé publique. Comme l'a rappelé le Conseil d'État dans son avis du 4 avril, le Conseil constitutionnel juge que la codification tend à faciliter l'accessibilité et l'intelligibilité des règles de droit, qui constituent un objectif à valeur constitutionnelle. Il s'agit, en l'occurrence, de créer une nouvelle section dédiée à l'aide à mourir et des sous-sections au sein du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code.

La commission adopte l'amendement.

Puis, suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette les amendements identiques CS277 de Mme Sandrine Dogor-Such et CS386 de M. Patrick Hetzel.

Amendements CS723 de M. Charles de Courson, CS1683 de M. Christophe Bentz, CS385 de M. Patrick Hetzel, CS1810 de M. Christophe Bentz, CS859 de M. Julien Odoul et CS267 de Mme Sandrine Dogor-Such (discussion commune)

M. Charles de Courson (LIOT). Nous revenons au débat sur la dénomination de ce qui nous est proposé : ce n'est pas une aide à mourir, mais une assistance au suicide avec une exception d'euthanasie. Utilisons les termes retenus dans tous les pays qui ont mis en œuvre ce type de dispositif.

M. Julien Odoul (RN). Cette question sémantique est importante, notamment pour les soignants. Ils parlent d'euthanasie et de suicide assisté et sont très sensibles à l'utilisation des bons mots. Par les amendements CS1683, CS1810 et CS267, nous souhaitons rappeler, une fois encore, de quoi il s'agit réellement : ce n'est pas une aide à mourir.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Nous en avons déjà débattu à plusieurs reprises. Ce projet de loi ouvre l'aide à mourir pour des malades atteints d'une pathologie grave et incurable, provoquant des souffrances intolérables et, désormais, en phase avancée ou terminale. C'est vraiment un accompagnement de malades en fin de vie. La sémantique est très importante, effectivement, mais la rédaction proposée est exactement ce qu'elle doit être : il s'agit d'une aide à mourir.

Avis défavorable.

Mme la ministre. J'ai déjà expliqué à plusieurs reprises pourquoi j'étais défavorable à ce type d'amendements visant à introduire dans le texte les notions d'euthanasie et de suicide assisté.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements CS1501 de Mme Geneviève Darrieussecq, CS1607 et CS1614 de Mme Annie Vidal (discussion commune)

Mme Geneviève Darrieussecq (Dem). Ce texte conduira forcément à une judiciarisation. Mon amendement vise donc à compléter l'alinéa 1 pour protéger les patients en prévenant les conflits d'intérêts.

Mme Annie Vidal (RE). Mes deux amendements visent à garantir, dans le même esprit, que la demande d'aide à mourir est faite d'une manière transparente et documentée. Le premier amendement vise à ce que la demande soit formulée par écrit, devant un médecin et deux témoins sans liens familiaux avec la personne concernée. Le second amendement prévoit une demande non plus « expresse » mais « écrite ».

Mme Laurence Cristol, rapporteure. J'entends ces préoccupations, inspirées par la bienveillance, mais il faut parfois rester prudent. Nous cherchons à adopter un texte équilibré et recentré sur le malade. Si une personne de confiance ou deux témoins sans lien familial avec le patient devaient obligatoirement être présents, la procédure serait alourdie et, surtout, le patient peut ne pas avoir envie d'associer ses proches à sa demande. Il s'agit d'une décision personnelle, qui peut rester confidentielle. Il est important de respecter le choix de chacun. De plus, la demande d'aide à mourir fera l'objet d'un colloque singulier entre un malade et son médecin. L'inscription de la demande dans le système d'information prévu à l'article 13 et l'exigence d'une réitération de la demande constituent déjà des garanties suffisantes pour assurer la traçabilité et éviter les dérives.

Avis défavorable.

Mme la ministre. Même avis.

Nous en avons débattu tout à l'heure : j'ai souligné que le projet de loi instaurait un échange entre le patient qui se trouve dans une situation pathologique grave et un médecin. Nous ouvrons la possibilité de suivre un parcours encadré et pleinement accompagné. La traçabilité de chaque demande d'aide à mourir et des différents actes jalonnant cette procédure sera garantie par le système d'information prévu à l'article 13. La demande du patient, de nature personnelle, ne nécessite pas d'assistance ou de témoin.

Pour toutes ces raisons, avis défavorable.

M. Charles de Courson (LIOT). Nous soutenons l'amendement de Mme Darrieussecq, pour deux raisons. Il précise qu'il faudra une demande écrite et un témoin, sans lien familial avec le demandeur, si une personne de confiance a été désignée, ou sinon deux. C'est plein de sagesse.

M. Patrick Hetzel (LR). Ces amendements vont dans le même sens que d'autres propositions que nous avons faites précédemment : il s'agit d'instaurer un minimum de

garanties. Par ailleurs, on trouve assez fréquemment de telles conditions dans des législations étrangères. Cela risque-t-il de poser des problèmes opérationnels ? En Belgique, manifestement non, quand on voit le nombre de suicides assistés qui sont pratiqués.

M. Philippe Juvin (LR). Qu'il y ait une traçabilité, comme vous le soulignez pour refuser ces amendements, c'est la moindre des choses. On nous dit aussi qu'il y aura un « colloque singulier ». Or c'est toute la difficulté : ce sera un colloque unique, avec un seul médecin. Beaucoup de pays ont prévu un filet de sécurité qui est la présence de témoins. Les propositions de Mmes Vidal et Darrieussecq sont particulièrement avisées : nous ne retirerons aucune liberté à la personne demandeuse, mais nous établirons un filet de sécurité supplémentaire pour nous assurer d'éviter des situations d'abus de faiblesse. Je rappelle que quatre cents condamnations sont prononcées chaque année pour ce motif.

Mme la ministre. Plutôt cinq cents.

M. Philippe Juvin (LR). J'ai d'autant plus raison. Merci de votre soutien, madame la ministre. (*Sourires.*)

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Nous avons décidé que le plan d'accompagnement personnalisé sera écrit et versé au dossier médical partagé. Je ne comprends pas pourquoi nous ne ferions pas de même, par parallélisme des formes, pour la demande d'aide à mourir, qui est encore plus importante.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement CS1811 de M. Christophe Bentz et amendements identiques CS389 de M. Patrick Hetzel, CS838 de M. Charles de Courson, CS1611 de Mme Annie Vidal et CS1812 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

M. Julien Odoul (RN). Les amendements CS1811 et CS1812 sont défendus.

M. Patrick Hetzel (LR). Un dispositif reposant sur une demande écrite a été mis en place en Belgique. Nous demandons qu'il en soit de même en France.

M. Charles de Courson (LIOT). La demande du patient doit être écrite, comme le prévoit l'article 3 de la loi belge du 28 mai 2022 : en cas de contentieux, ce sera carré.

Mme Annie Vidal (RE). Nous souhaitons que la demande soit faite par écrit à un médecin, devant une personne de confiance. Sa présence est très importante, surtout si nous revenons sur la question de la prise en compte des directives anticipées.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Avis défavorable.

Mme la ministre. Même avis.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Je ne comprends pas très bien ces amendements. Quand une demande est « expresse », cela veut dire qu'elle est écrite, explicite, manifeste et notifiée. Ce qui nous est proposé me paraît donc appauvrir le dispositif.

Mme Annie Genevard (LR). J'imagine que les auteurs d'un texte aussi sensible ont regardé les dispositions déjà adoptées à l'étranger. Une demande écrite est prévue en

Belgique, comme dans l’Oregon, où deux témoins doivent être présents. Voilà des exemples de législations par ailleurs assez permissives et anciennes.

Je voudrais savoir pourquoi, si vous pouvez nous le révéler, vous n’acceptez pas cette disposition, demandée par beaucoup d’entre nous, qui n’aurait rien d’attentatoire à la personne, mais renforcerait la traçabilité et permettrait de s’assurer du caractère loyal, transparent, de la procédure.

M. Philippe Juvin (LR). Nous demandons simplement que ce soit écrit : cela n’a rien d’extraordinaire. On met désormais presque tout par écrit en médecine, et même en trois exemplaires pour la plus petite chose. S’agissant du droit à mourir, en revanche, la procédure ne serait pas écrite. Ce que nous proposons ne retirerait aucun droit au demandeur, mais constituerait une garantie qui permettrait de rassurer beaucoup de monde.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Je me suis posé la même question. On ne peut pas imposer une demande manuscrite à des personnes qui n’ont pas la capacité physique d’écrire – dans certaines maladies, on ne peut plus le faire. Ce serait une rupture d’égalité. J’ajoute que le qualificatif « exprès », ajouté à la suite de l’avis du Conseil d’État, est plus protecteur que le terme « écrit ». Selon le dictionnaire *Larousse*, « exprès » veut dire « clairement exprimé ». Selon *Le Robert*, cela signifie « qui exprime formellement la volonté de quelqu’un ». Rien n’empêche que la demande expresse soit également écrite.

Mme la ministre. Le système d’information prévu à l’article 13 permettra d’assurer la traçabilité de la demande du patient, du début à la fin de la procédure.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis, suivant l’avis de la rapporteure, la commission rejette l’amendement CS1369 de Mme Maud Petit.

Amendement CS1773 de M. Cyrille Isaac-Sibille

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Il faut que la demande soit non seulement écrite, mais aussi datée et signée. On le demande pour n’importe quel acte médical afin de s’assurer que la personne a été mise au courant des risques. Je ne comprends qu’on ne le fasse pas pour un acte aussi important qu’une demande d’aide à mourir.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Je connais, moi aussi, la procédure hospitalière et plus généralement celle des actes médicaux. L’article 13 dispose que « chacun des actes mentionnés au présent chapitre donne lieu à un enregistrement, par les professionnels concernés, dans un système d’information ». Tout un article est consacré à cette question.

Mme la ministre. Même avis défavorable.

M. Patrick Hetzel (LR). M. Isaac-Sibille a raison. Il existe dans d’autres pays différentes manières de recueillir le consentement. En Autriche, par exemple, un notaire recueille le consentement de la personne si elle ne peut pas écrire sa demande. Nous proposons qu’un juge en soit chargé dans notre pays. Cela permettra de démedicaliser les choses en faisant jouer leur rôle aux juristes.

M. Philippe Juvin (LR). Vous avez dit, madame la rapporteure, qu'il ne fallait pas prévoir une procédure écrite, parce que certaines personnes ne pourront pas écrire, compte tenu de leur handicap, mais M. Isaac-Sibille a expressément prévu ce cas. Vous avez également répondu que l'article 13 demandait que chacun des actes donne lieu à un enregistrement, mais la proposition de notre collègue va plus loin, sans être extraordinaire pour autant : la demande de la personne concernée devra être actée par écrit – il n'est pas uniquement question d'un enregistrement.

M. Philippe Vigier (Dem). La rapporteure a dit tout à l'heure que la demande, expresse, sera écrite. Il suffirait de l'inscrire dans le texte pour clarifier les choses et s'assurer que la transparence est au rendez-vous.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques CS481 de M. Yannick Neuder et CS1616 de Mme Annie Vidal, amendements CS1502 de Mme Geneviève Darrieussecq, CS331 de Mme Sandrine Dogor-Such, CS860 de M. Julien Odoul et CS785 de M. Laurent Panifous (discussion commune)

M. Yannick Neuder (LR). Un certain nombre de professionnels de santé ne souhaiteront pas, on le sait, s'engager dans une telle procédure, en application de la clause de conscience. Afin d'éviter que des demandes soient refusées et d'orienter les personnes vers d'autres professionnels, il serait bon de répertorier ceux qui acceptent d'accompagner le suicide assisté, voire d'y participer. Nous proposons que la demande soit faite auprès d'un professionnel « volontaire, agréé et inscrit sur un registre du conseil départemental de l'ordre professionnel compétent ».

Mme Annie Vidal (RE). J'ai déposé le même amendement, qui s'inspire de pratiques internationales. Nous nous assurerons ainsi que seuls des médecins qualifiés et explicitement volontaires pratiquent l'aide à mourir. L'expérience canadienne montre qu'une très faible minorité de médecins – 1,3 % en 2020 – choisit de s'engager dans ces actes. Nous simplifierons les demandes des requérants au moyen d'un registre, qui évitera le recours à la clause de conscience.

Mme Geneviève Darrieussecq (Dem). L'amendement CS1502 précise qu'il s'agira de médecins volontaires et inscrits sur la liste évoquée au III de l'article 16. Il me semble nécessaire – et ce sera mon fil rouge pour l'examen des derniers articles du texte – de s'appuyer sur le volontariat plutôt que sur une clause de conscience. Ce sera plus simple pour les personnes qui voudront recourir à l'aide à mourir et cela limitera un peu la difficulté pour les professionnels qui ont du mal à parler de « soin » à propos de l'aide à mourir. Je les rejoins : ce n'est pas un soin. Des volontaires pratiqueront un acte qui est de compassion, il faut vraiment poser une frontière. Par ailleurs, le volontariat évitera une division du monde médical, je vous le dis d'une façon très claire. J'ai beaucoup écouté – et entendu. Ce que nous proposons est un bon moyen d'apaiser et de rassembler autour de ce projet que j'ai envie, personnellement, de voir aboutir, mais dans de bonnes conditions.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Mon amendement vise à protéger les médecins. On ne peut pas leur imposer de commettre un acte qui est contraire à leurs convictions et au serment d'Hippocrate. L'euthanasie ne devrait être pratiquée que par un médecin volontaire.

Rappelons-le, 800 000 soignants ont fait part de leur opposition au texte. (*Protestations.*) Ils n'ont pas été reçus au ministère alors qu'ils auraient pu être associés à son écriture.

M. Julien Odoul (RN). Qu'on le souhaite ou non, la légalisation de l'euthanasie va bouleverser la communauté du soin et les soignants. Il importe que les médecins soient volontaires pour accomplir l'acte, qui n'est pas un acte de soin comme ils ont l'habitude d'en effectuer.

L'amendement a donc pour objet d'accoler au mot de médecin : « qui y consent ».

M. Charles de Courson (LIOT). L'amendement CS785 vise à imposer au médecin qui recueille la demande et l'évalue une formation aux soins palliatifs et d'accompagnement ainsi qu'à la procédure de l'aide à mourir. Cela l'aidera à évaluer les critères et à dialoguer avec le patient et ses proches.

J'ai constaté récemment avec stupéfaction que nombre de médecins ne connaissaient pas la loi Claeys-Leonetti. Une formation serait donc bienvenue.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Ces amendements procèdent selon moi d'une compréhension erronée de la procédure. La personne qui souhaite accéder à l'aide à mourir en fait la demande expresse à un médecin en activité – un médecin traitant, un spécialiste, un médecin en qui cette personne a confiance. Il me semble très inopportun d'imposer au patient de se référer à une liste puisque cela restreindrait à la fois l'accès à l'aide et le dialogue.

Dans un second temps, si le médecin accepte de suivre la personne, cela ne signifie pas pour autant qu'il est volontaire pour d'autres patients. L'établissement d'une liste de médecins agréés volontaires serait à cet égard contre-productif.

Si le médecin ne souhaite pas poursuivre la procédure, aux termes de l'article 16, il doit « informer, sans délai, la personne de son refus et lui communiquer le nom de professionnels de santé susceptibles d'y participer ».

Monsieur de Courson, la demande de formation aux soins palliatifs et d'accompagnement est légitime. En revanche, faire de celle-ci une condition pour autoriser un médecin à recevoir une demande d'aide à mourir risque de rendre la loi inapplicable dans un premier temps et de remettre en cause la liberté de choix du médecin que le patient sollicite en première intention.

M. Didier Martin l'a dit lors de l'examen du titre I^{er}, il est impératif de développer une culture palliative et de renforcer le soutien aux soins palliatifs au sens large.

Mme la ministre. Madame Darrieussecq, comme vous le soulignez, l'objectif est de garantir la liberté de conscience des professionnels de santé.

Madame Dogor-Such, pour votre information, j'ai reçu le collectif le 18 mars dernier.

Vos amendements demandent que les professionnels de santé fassent connaître à l'avance leur disponibilité pour accompagner toute personne qui souhaite accéder à l'aide à mourir. Je comprends votre souci de faciliter l'accès à la démarche pour les personnes

désireuses de s'y engager et d'éviter aux professionnels de santé d'avoir à décliner une demande. Vous mettez en avant la vertu simplificatrice de votre solution.

Cependant, votre proposition revient à exiger des professionnels de santé une démarche préalable et ce, au moment où nous cherchons à libérer du temps pour leur permettre de se consacrer aux patients. Vous prenez aussi le risque de vous priver de tous les praticiens qui n'auraient pas effectué ladite démarche, alors même qu'ils seraient ouverts à accompagner leurs patients. Enfin, vous leur imposez de se déterminer *in abstracto*, au risque de faire fi de situations individuelles.

Certains médecins, pour des motifs légitimes de convictions personnelles, pourraient refuser d'accompagner certains patients, par exemple à cause de leur pathologie, sans compter les motifs que la loi prévoit déjà.

Plutôt qu'un volontariat défini à l'avance, il nous apparaît plus protecteur, à la fois pour les patients et pour les médecins, de recourir à la clause de conscience spécifique introduite à l'article 16.

La seconde solution que propose le Gouvernement consiste à reconnaître à tout professionnel de santé sollicité directement par une personne souhaitant s'engager dans la démarche de l'aide à mourir la faculté de décliner cette demande au nom de ses convictions personnelles, professionnelles ou éthiques.

Je suis donc défavorable aux amendements.

Mme Justine Gruet (LR). Les amendements soulèvent plusieurs questions : qui aura accès à la liste ? Les professionnels pour pouvoir réorienter les patients ou les patients eux-mêmes ? Dans le second cas, la liste serait non seulement discriminante mais elle pourrait aussi constituer un moyen de pression sur les professionnels.

Ensuite, de manière très pragmatique, comment le patient sait-il à qui s'adresser ? Si j'ai bien compris, il demande à n'importe quel professionnel, à charge pour ce dernier de l'adresser à un confrère si lui-même refuse. J'en déduis que l'accès à la liste est réservé aux professionnels.

Mme Marie-Noëlle Battistel (SOC). Mme la ministre a évoqué le cas des médecins qui n'effectueraient pas la démarche par négligence, donc la difficulté à établir une liste exhaustive. Nous sommes évidemment défavorables aux amendements.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Malgré les réponses de Mme la rapporteure et de Mme la ministre, il reste une difficulté : comment le médecin qui refuse la demande du patient sait-il à quel confrère adresser ce dernier ?

Dans ce cas, le patient pourrait solliciter l'Ordre des médecins qui, lui, disposerait d'une liste. Nous devrions réfléchir à une solution pratique pour les médecins et pour les patients.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Comme diraient mes enfants : « Attention *spoiler* ! » Peut-être demain, les réponses, lors de l'examen de l'article 16 !

M. Philippe Vigier (Dem). Nous essayons d'éviter que le texte ne puisse pas s'appliquer dans certains territoires.

C'est l'élu d'un territoire comptant 70 médecins pour 100 000 habitants qui vous demande de poursuivre la réflexion en vue de la séance. Si nous nous en tenons à la seule clause de conscience, le patient devra effectuer un parcours du combattant pour trouver le médecin qui lui viendra en aide.

Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de mon territoire, il n'existe pas de médecin référent ; ce sont les médecins de ville qui viennent, de temps en temps, faire quelques consultations.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. La réponse se trouve dans l'article 16 : « Les professionnels de santé qui sont disposés à participer à la mise en œuvre des dispositions du chapitre III peuvent se déclarer auprès de la commission mentionnée à l'article 17. » En vertu de l'article 17, la commission tient un registre des déclarations.

Monsieur Vigier, je ne peux pas vous laisser dire que nous ignorons les difficultés d'accès aux soins. Il est bien précisé dans la procédure que le médecin interpellé initialement peut être un médecin traitant, un spécialiste ou de confiance. S'il ne veut pas entrer dans la procédure, il doit se tourner vers la commission et l'Ordre des médecins. Le texte est écrit de manière à surmonter les difficultés dont vous faites état.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle adopte l'amendement CS1930 de Mme Laurence Cristol.

Amendement CS667 de M. Stéphane Delautrette

M. Stéphane Delautrette (SOC). Nous proposons de supprimer la notion d'allié car nous ne comprenons pas à qui elle renvoie. Nous avons noté que le Gouvernement suivait l'avis du Conseil d'État puisqu'il écarte le médecin qui entretient certains liens avec le patient. Pour autant, nous ne trouvons nulle part de définition de l'allié. Les autres exclusions nous semblent suffisantes.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Le terme d'allié fait référence aux liens du mariage, il me semble suffisamment précis.

L'exclusion des alliés des médecins pouvant instruire la demande d'aide à mourir est une garantie nécessaire. L'indépendance du médecin vis-à-vis du patient a été jugée comme une garantie particulièrement importante par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH).

Avis défavorable.

Mme la ministre. La notion d'allié, qui figure dans le code civil, renvoie aux époux associés par les liens de l'alliance. Je suis défavorable à votre amendement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS1802 de M. François Gernigon

M. François Gernigon (HOR). L'amendement vise à exclure le médecin ayant des liens de parenté jusqu'au quatrième degré inclus avec le patient.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Votre amendement est satisfait, car la rédaction inclut déjà les parents et alliés jusqu'au quatrième degré inclus.

Mme la ministre. Même avis.

M. Stéphane Delautrette (SOC). À la faveur des explications que j'ai reçues, j'aurais retiré l'amendement précédent avant qu'il soit soumis au vote si le bruit ne m'en avait pas empêché.

L'amendement est retiré.

Amendement CS1813 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Il s'agit d'un amendement de précision. Un héritier n'est pas nécessairement un ayant droit et un ayant droit n'est pas nécessairement un héritier.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Votre amendement me semble inutile. En effet, les ayants droit, les parents, les conjoints, les concubins ou les partenaires liés par un pacte civil de solidarité, ainsi que les alliés sont exclus de la liste des médecins pouvant recevoir la demande d'aide à mourir.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS1583 de Mme Danielle Simonnet

Mme Danielle Simonnet (LFI - NUPES). Une nouvelle fois, je demande que soient prises en considération les directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance.

Je prends un exemple : vous avez un cancer ; vous suivez un traitement ; vous ne pensez pas à l'aide à mourir ; puis, hélas, la maladie évolue, vous vous retrouvez en phase terminale et vous ne pouvez plus exprimer votre volonté. Si vous avez rédigé des directives anticipées et désigné une personne de confiance, il me semble important que celle-ci puisse parler pour vous à ce moment-là et refuser la sédation profonde que vous ne souhaitez pas.

Je pourrais multiplier les exemples. Les directives anticipées servent précisément à anticiper le moment où la personne ne pourra plus manifester sa volonté. Il me semble important que nous leur fassions une place à chaque étape de la procédure.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Je suis heureuse que votre amendement nous donne l'occasion d'évoquer les directives anticipées. Vous proposez que celles-ci permettent de demander l'aide à mourir.

Le projet de loi ouvre l'accès à un modèle français d'aide à mourir qui repose sur la volonté libre et éclairée du patient lors de la demande. Même si nous sommes favorables à la promotion des directives anticipées, aller plus loin en autorisant l'aide à mourir pour une personne dont les capacités de discernement sont altérées présenterait un grand risque.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS390 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (LR). Pour qu'il y ait un choix – on nous parle sans cesse de la primauté du choix du patient –, il doit y avoir une alternative. Il est donc précisé que le médecin propose une alternative à l'aide à mourir.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Défavorable.

Mme la ministre. Défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). J'ai du mal à comprendre l'amendement. Soit c'est un truisme : puisque la personne le demande, elle a déjà fait le choix entre recourir à l'aide à mourir et ne pas y recourir. Soit c'est une acception différente dans laquelle il est demandé au praticien de proposer une alternative thérapeutique. Quelle peut-elle être pour une personne sous traitement, atteinte d'une maladie incurable et souffrant de douleurs réfractaires et insupportables ? Je ne comprends pas ou plutôt je comprends trop bien et cela m'incite à plaider pour la création d'un délit d'entrave.

M. Julien Odoul (RN). La méconnaissance d'une alternative – des soins palliatifs, de la sédation profonde et continue jusqu'au décès – conduit le plus souvent les patients qui souffrent à demander l'euthanasie. Il est donc indispensable que le médecin puisse informer le patient qui lui demande l'aide à mourir des alternatives permettant de soulager sa souffrance.

La réflexion de notre collègue Clouet est assez absolutiste, radicale, brutale : puisque le patient le demande, l'aide à mourir doit s'appliquer et il n'y a pas d'alternative possible.

M. Hervé de Lépinau (RN). La remarque de M. Clouet, dans la logique de l'effet cliquet, annonce la suite : le délit d'entrave à l'euthanasie. Tout est en train de se mettre en place.

Il est indispensable d'exclure le personnel médical du dispositif auquel vous imposez une violence gravissime. Ensuite, vous faites tomber toutes les barrières de protection pour atténuer le critère de l'affection incurable. Vous refusez qu'un médecin puisse dire à un malade qui décide du jour de sa mort : « monsieur, vous avez une alternative ; votre vie en ce moment ne vous plaît pas, on va peut-être vous aider à faire en sorte qu'elle soit meilleure ».

Votre approche est totalement doctrinale et absolutiste. Il faut adopter l'amendement pour éviter la dérive que M. Clouet a évoqué.

M. Philippe Vigier. Je ne comprends vraiment pas cet amendement. Lisez l'article 7 : le médecin « informe la personne sur son état de santé » ; « propose à la personne du bénéficiaire des soins palliatifs » ; indique à la personne qu'elle peut renoncer à tout moment » ; explique à la personne les conditions d'accès de l'aide à mourir ». Tout est écrit.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Monsieur Odoul, lorsqu'on vous demande quelle est l'alternative à laquelle l'amendement fait référence, vous évoquez les soins palliatifs et le dispositif de la loi Claeys-Leonetti. Cela tombe bien, c'est écrit dans le projet de loi.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques CS613 de Mme Sandrine Dogor-Such, CS1503 de Mme Geneviève Darrieussecq et CS1608 de Mme Annie Vidal

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Pour protéger le patient qui demande l'euthanasie de tout risque d'abus de faiblesse, l'amendement vise à interdire au médecin de bénéficier de donations ou de dispositions testamentaires de la part du demandeur. Le médecin n'aura ainsi aucun intérêt financier à la mort du patient.

Mme Geneviève Darrieussecq (Dem). Dans mon souci constant d'assurer une protection maximale des personnes et des soignants, cette mesure complémentaire me semble utile pour éviter certains risques, très rares je le reconnais.

Mme Annie Vidal (RE). Il s'agit en effet de protéger les personnes les plus vulnérables, en empêchant qu'un avantage ne soit accordé aux médecins dans des conditions anormalement favorables.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Cette précision me semble superfétatoire. En effet, les ayants droit sont exclus à l'alinéa 1 de l'article 7. Par ailleurs, le code de déontologie médicale prévoit des dispositions similaires.

La commission rejette les amendements.

Amendement CS1105 de M. Cyrille Isaac-Sibille

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). L'amendement vise à préciser que la demande ne peut pas être présentée lors d'une téléconsultation.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Je suis entièrement d'accord. Avis favorable.

Mme la ministre. Sagesse.

Mme Justine Gruet (LR). En vertu de l'alinéa 2, la personne ne peut présenter simultanément plusieurs demandes. Madame la ministre, de quels moyens dispose-t-on pour savoir si plusieurs demandes ont été présentées ?

Mme Élise Leboucher (LFI - NUPES). Nous sommes très favorables à l'amendement puisque la téléconsultation n'est absolument pas le cadre approprié. La décision de recourir à l'aide à mourir requiert une écoute, une interaction personnelle, un face-à-face entre patient et médecin.

Mais qui dit médecin, dit accès à un médecin. Il faut donc garantir à tout le monde l'accès sur l'ensemble du territoire. Cela implique de rompre avec les politiques d'austérité qui ont laissé de nombreux citoyens sans accès ou avec un accès compliqué aux professionnels de santé, eux-mêmes surchargés et en sous-effectif. Donc rendez-vous au prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). La téléconsultation est évidemment problématique pour plusieurs raisons. D'abord, la durée n'est pas la même, elle est souvent plus courte. Ensuite, le contenu n'est pas le même ; par écrans interposés, les interlocuteurs ne s'expriment pas de la même manière et on ne peut pas garantir qu'ils sont seuls. Enfin, des aléas techniques – cela peut concerner l'image, le son ou une rupture de la connexion – peuvent compliquer la consultation, ce qui n'est pas souhaitable sur un sujet aussi sensible. Cela appauvrit nécessairement les échanges et par conséquent limite le droit des personnes.

Mme la ministre. Madame Gruet, je vous remercie de mettre en avant le rôle de l'article 13, c'est-à-dire le système d'information qui enregistre toute demande du patient, ce qui permet à la commission de contrôle de connaître en temps réel les demandes présentées.

La commission adopte l'amendement.

Amendement CS839 de M. Charles de Courson

M. Charles de Courson (LIOT). C'est un amendement de réflexion. Il s'inspire du droit autrichien, qui, depuis 2021, confie au notaire la vérification du consentement libre et éclairé du patient, à l'instar de ce que celui-ci fait déjà pour recueillir les dernières volontés pour un testament.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Une telle procédure alourdirait notoirement la procédure et rendrait plus difficile l'accès à l'aide à mourir.

L'Autriche est le seul pays ayant autorisé l'aide à mourir exigeant la validation du notaire.

Au demeurant, un notaire ne dispose à l'évidence pas des mêmes compétences qu'un médecin pour apprécier le caractère libre et éclairé de la volonté du patient. En outre, trois des critères pour autoriser l'aide à mourir sont d'ordre médical.

La demande du patient est enregistrée dans un système d'information afin d'assurer sa traçabilité. L'étape du notaire me semble donc inutile.

Avis défavorable.

Mme la ministre. J'ajoute un argument financier : l'acte d'un notaire n'est généralement pas gratuit.

M. Patrick Hetzel (LR). Votre raisonnement ne tient pas. Vous faites valoir que le notaire ne peut pas attester d'un consentement libre et éclairé. Mais c'est la base même de son travail lorsqu'il recueille un testament. Madame la rapporteure, vous pouvez ne pas être d'accord mais n'utilisez pas des arguments juridiquement infondés.

M. Charles de Courson (LIOT). Madame la présidente, si vous voulez bien me donner la parole, je vous dirais que je retire l'amendement.

L'amendement est retiré.

Amendements CS1855 de M. René Pilato et CS391 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

M. René Pilato (LFI - NUPES). Cet amendement vise à préciser que le médecin recueillant la demande doit s'enquérir si la personne qui en est à l'origine fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne.

La rédaction actuelle laisse penser que l'information doit être évoquée lors de l'entretien par la personne elle-même. Que se passe-t-il si elle ne le fait pas ? Afin de s'assurer que le médecin est bien en possession de l'information, l'amendement lui confie le

soin de vérifier ce point, comme il doit déjà le faire pour d'autres critères de nature administrative – âge, nationalité, résidence.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Je partage avec vous le constat que c'est au médecin de demander à la personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique. L'alinéa 3 de l'article 7 prévoit que : « La personne qui fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne l'indique au médecin. » On ne peut pas exclure que la personne ne le fasse pas, ce qui pourrait rendre inopérante la procédure prévue à l'article 8 pour ces personnes protégées. C'est pourquoi j'ai déposé l'amendement CS1998, qui ajoute que le médecin peut consulter le registre des personnes protégées créé par la loi « bien vieillir ».

Je vous propose de retirer votre amendement au profit du mien.

L'amendement CS1855 est retiré.

La commission rejette l'amendement CS391.

Amendements CS1998 de Mme Laurence Cristol et CS1693 de Mme Anne Bergantz (discussion commune)

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Cet amendement vise à permettre la consultation par le médecin en charge de l'évaluation de la demande d'aide à mourir du registre national des personnes sous protection, créé par la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie. La consultation de ce registre assurera la mise en œuvre des garanties spécifiques prévues pour les personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique. Il prévoit, en outre, que c'est au médecin de demander à la personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique, afin de ne pas faire peser sur elle la charge de l'information.

Mme Anne Bergantz (Dem). Je partage ce que vient de dire Mme Cristol : encore faut-il savoir que ces personnes sont protégées. Lors d'une hospitalisation, cette information peut passer sous les radars, si on ne la demande pas. Je retire mon amendement au profit de celui de la rapporteure, plus complet.

Mme la ministre. Avis favorable à l'amendement CS1998.

M. Charles de Courson (LIOT). Le fichier ne sera opérationnel qu'à compter du 1^{er} janvier 2027. Que fait-on dans l'intervalle ?

L'amendement CS1693 est retiré.

La commission adopte l'amendement CS1998.

En conséquence, les amendements CS861 de M. Julien Odoul et CS703 de Mme Christine Pires Beaune tombent.

Amendement CS538 de Mme Marie-France Lorho

Mme Marie-France Lorho (RN). La personne bénéficiant d'un régime de protection juridique est souvent vulnérable. Il est primordial que le médecin, lorsqu'il est saisi d'un doute, puisse demander à l'autorité compétente si la personne qui fait la demande

d'euthanasie ou de suicide assisté est sous la tutelle d'un régime de protection. À l'occasion du passage de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, le ministère de la santé et de la sécurité sociale du Luxembourg rappelait que « *ni un mineur ni une personne majeure sous tutelle ou curatelle ni une personne incapable ne peut valablement demander l'euthanasie ou l'assistance au suicide* ». Cette disposition nous paraît sensée. C'est pourquoi il nous semble important que le régime de protection puisse faire l'objet d'un examen attentif et, lorsque c'est nécessaire, remplir son rôle de protection pour les personnes vulnérables.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Votre rédaction me semble trop imprécise. Mon amendement CS1998 permettra de répondre aux éventuels défauts d'information.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS1072 de Mme Sandrine Rousseau

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Nous proposons que la demande d'aide à mourir d'une personne qui a rempli les conditions exigées soit annexée aux directives anticipées.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Aller plus loin et permettre d'aider à mourir une personne inconsciente ou dont le discernement est profondément altéré poserait de graves questions éthiques.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS831 de Mme Lisette Pollet

Mme Lisette Pollet (RN). Cet amendement vise à donner un caractère obligatoire à l'information délivrée par le médecin au sujet des autres possibilités concernant la fin de vie.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Le présent de l'indicatif ayant force contraignante dans un projet de loi, votre amendement est satisfait. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement CS1931 de Mme Laurence Cristol.

Amendement CS862 de M. Julien Odoul

M. Julien Odoul (RN). L'amendement vise à préciser que les médecins sont volontaires pour pratiquer l'euthanasie afin de protéger ceux qui ne souhaiteraient pas pratiquer cet acte. Il existe un risque d'atteinte à la clause de conscience. En 2021, un collectif de médecins en soins palliatifs et de gériatres avait publié une tribune dans *Le Figaro* pour alerter sur les potentielles dérives. Au Canada, la loi sanctionne ceux qui s'opposent au choix individuel de l'heure de la mort. Un médecin s'était vu refuser un poste en soins palliatifs car il refusait de pratiquer des euthanasies.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Votre amendement me semble inutile, puisque les dispositions prévoyant une clause de conscience sont inscrites à l'article 16 du projet de loi. Aucun des soignants inclus dans la procédure d'aide à mourir ne sera donc contraint d'y participer.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS669 de M. Stéphane Delautrette

Mme Christine Pires Beaune (SOC). La possibilité de rédiger des directives anticipées et de désigner une personne de confiance, prévue par le code de la santé publique, a constitué un progrès indéniable. Cet amendement vise à ce que le médecin prenne connaissance des directives anticipées de la personne demandant l'aide à mourir et en tienne compte.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Comme je l'ai déjà indiqué, le choix fait dans ce projet de loi est de réserver l'accès à l'aide à mourir aux personnes capables d'exprimer à chaque étape de la procédure leur volonté libre et éclairée. Cette condition permet de garantir que l'aide à mourir reste volontaire et repose sur l'autonomie de la personne jusqu'au dernier instant. Je crois que c'est un point d'équilibre du projet de loi qu'il ne faut pas remettre en cause.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

L'amendement CS1466 de Mme Elsa Faucillon est retiré.

Amendement CS612 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Cet amendement vise à donner une place centrale aux soins palliatifs dans l'offre de soins proposée au patient par le médecin.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Votre amendement me semble inutile. Le texte prévoit déjà que le médecin propose obligatoirement à la personne de bénéficier de soins palliatifs.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS136 de Mme Marie-France Lorho

Mme Marie-France Lorho (RN). L'évolution de l'état de santé d'un patient n'est pas toujours linéaire. Lorsque le médecin dresse des perspectives, il peut méconnaître certaines voies de rémission inhérentes au patient même. Cet amendement vise à s'assurer que le patient sera averti que les perspectives établies par le médecin ne sont pas irrévocables. Le docteur Ségolène Perruchio, cheffe de service en soins palliatifs et vice-présidente de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, soulignait l'absence de certitude

d'un médecin face à son patient en fin de vie : « *On arrive à établir des pronostics quand il s'agit de quelques heures. En revanche, cela devient plus compliqué quand il s'agit de quelques jours.* » Le médecin peut donc se tromper lorsqu'il expose ses perspectives à un patient. Or cette information influence nécessairement la demande de ce dernier. L'amendement vise à s'assurer que le médecin présente les perspectives d'évolution de l'état de son patient, lorsqu'il est en mesure de le faire, avec le plus de précisions possible.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Votre intention est louable mais conduit en réalité, tel que votre amendement est écrit, à ne rendre l'information du patient sur son état de santé obligatoire que lorsque l'évolution de son état est connue. Il faut faire confiance aux médecins : évidemment que les médecins donnent au patient l'ensemble des informations dont ils disposent et l'informent également des incertitudes qui existent.

Avis défavorable.

Mme la ministre. Nous avons déjà eu le débat lors de l'examen de l'alinéa 4 de l'article 6. Avis défavorable.

M. Julien Odoul (RN). En novembre 1981, alors qu'il souffrait depuis plusieurs mois de douleurs au dos et aux jambes, on diagnostique au président François Mitterrand un cancer de la prostate. Tous les médecins lui donnent une espérance de vie comprise entre trois mois et trois ans. Il restera quatorze ans à la tête de l'État. Cet exemple éloquent montre bien que les perspectives sont très aléatoires. Des rémissions sont possibles, sans compter le pouvoir des « forces de l'esprit » qui permettent au corps de surmonter des épreuves.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Vous étiez donc l'un des médecins du président Mitterrand en 1981 pour nous raconter exactement ce qui s'est passé ! En ce cas, que faites-vous du secret médical, monsieur Odoul ? Bref, quand on ne sait pas, on se tait.

M. René Pilato (LFI - NUPES). Tout ce qui est spirituel reste à l'extérieur du Palais Bourbon. Nous venons ici pour écouter, nous laisser convaincre ; toutes les convictions intimes doivent rester à l'extérieur. Nous sommes dans une république laïque.

M. Philippe Juvin (LR). Il y a du spirituel dans la République, puisque Renan lui-même a dit que la nation est un principe spirituel.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS1684 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Nous vous proposons de remplacer, à l'alinéa 5, le mot « dispositifs », technique et froid, par « soins », ce qui exclura d'office le suicide assisté et l'euthanasie.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Les dispositifs renvoient à l'ensemble des actions qui peuvent être mises en place pour prendre en charge la personne et sont donc plus larges que les soins.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS137 de Mme Marie-France Lorho

Mme Marie-France Lorho (RN). Certaines maladies graves peu guérissables bénéficient de traitements expérimentaux pouvant présenter des perspectives de rétablissement. Il me semble incomplet de ne présenter à la personne qui demande la mort que l'ensemble des traitements et des dispositifs d'accompagnement qui s'offrent à lui. La formulation actuelle de l'alinéa 5 limite l'information du patient aux dispositifs disponibles, ce qui risque d'exclure les traitements indisponibles sur le territoire sur lequel réside le patient. Cette formulation est dangereuse, puisqu'elle crée des iniquités territoriales dans les traitements. Par ailleurs, cette terminologie exclut les traitements expérimentaux. C'est pourquoi nous souhaitons que le professionnel précise l'état des connaissances scientifiques sur les dispositifs proposés.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Faisons confiance aux médecins. Évidemment qu'ils donnent au patient l'ensemble des informations dont ils disposent et l'informent également sur les incertitudes qui existent.

Avis défavorable.

Mme la ministre. Il est évident que le médecin ne peut se baser que sur l'état des connaissances au moment où il informe le patient sans présager des évolutions.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS495 de M. Yannick Neuder, amendements identiques CS392 de M. Patrick Hetzel, CS476 de M. Yannick Neuder et CS1610 de Mme Annie Vidal (discussion commune)

M. Philippe Juvin (LR). L'amendement CS495 est défendu.

M. Patrick Hetzel (LR). Cet amendement reprend des dispositions de la convention d'Oviedo pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine, en précisant que le médecin « fournit à la personne une information adéquate sur le but et la nature de l'intervention ainsi que sur ses conséquences et ses risques ».

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Votre amendement me semble inutile. En effet, l'article précise déjà à l'alinéa 8 que le médecin explique à la personne demandant l'aide à mourir les conditions d'accès et les modalités de sa mise en œuvre.

Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements CS1774 de Mme Geneviève Darrieussecq, CS1685 de M. Christophe Bentz et CS1612 de Mme Annie Vidal (discussion commune)

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Si la personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique, il apparaît nécessaire, par l'amendement CS1774, d'informer le tuteur et, le cas échéant, le conseil de famille.

Mme Annie Vidal (RE). Mon amendement dispose que lorsqu'une personne est sous mesure de protection juridique, l'information du conseil de famille doit être obligatoire.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Vos amendements sont déjà satisfaits puisque l'alinéa 8 de l'article 8 prévoit un dispositif similaire, qui est même plus large puisqu'il n'est pas centré sur les seules personnes sous tutelle mais concerne toutes les mesures de protection. En outre, la personne en charge de la mesure de protection, dont l'information est déjà prévue par le projet de loi, fait partie du conseil de famille.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

Les amendements CS1774 et CS1612 sont retirés.

La commission rejette l'amendement CS1685.

Amendement CS393 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (LR). L'amendement vise à supprimer l'alinéa 6, du fait du rétablissement de la place des soins palliatifs dans la hiérarchie des soins.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Avis défavorable.

Mme la ministre. Avis très défavorable.

Vous souhaitez supprimer la proposition d'accès à des soins palliatifs pour les patients demandant l'aide à mourir, ce qui n'est pas du tout notre projet.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS670 de M. Stéphane Delautrette

M. Stéphane Delautrette (SOC). Il ne s'agit évidemment pas de supprimer l'alinéa 6, mais d'en proposer une nouvelle rédaction, afin de lever toute ambiguïté. Nous proposons d'informer la personne qu'elle « peut bénéficier des soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10 du code de la santé publique » et que l'on « s'assure, si elle le souhaite, qu'elle y accède de manière effective ». Cela permet de préciser que, pour bénéficier de l'aide à mourir, il n'y aura pas besoin de passer par l'étape des soins palliatifs.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. C'est la proposition d'orientation vers les soins palliatifs qui est une obligation, le patient est libre de refuser. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS454 de M. Yannick Neuder

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement vise à s'assurer légalement que le médecin propose obligatoirement au patient de bénéficier des soins palliatifs. Le passage par les soins palliatifs diminue de façon significative la demande d'aide à mourir.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Le présent de l'indicatif a force contraignante. Le médecin est bien obligé de proposer un accès aux soins palliatifs.

Avis défavorable.

L'amendement est retiré.

Amendements CS1275 de Mme Bérangère Couillard et CS786 de M. Laurent Panifous (discussion commune)

M. Jean-François Rousset (RE). L'amendement CS1275 est en cohérence avec la volonté du Gouvernement de rénover l'approche de la prise en charge de la douleur et de la fin de vie, en intégrant la notion de soins palliatifs dans celle plus englobante de « soins d'accompagnement ».

M. Charles de Courson (LIOT). L'amendement CD786 est un amendement de coordination, qui fait suite au long débat que nous avons eu sur l'article 1^{er}.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Votre amendement propose d'ajouter la notion de soins d'accompagnement aux soins palliatifs qui doivent être proposés par le médecin. Il me semble que la rédaction actuelle, qui met l'accent sur les soins palliatifs, est suffisante.

Sagesse.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement CS1143 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). J'ai été interpellé par des associations de personnes en situation de handicap, très inquiètes, après ce qui s'est passé au Canada, où de nombreuses personnes, parce qu'elles étaient en situation de handicap et qu'elles n'avaient pas accès au matériel nécessaire, ont pu réclamer l'aide à mourir. Certains malades de Charcot n'ont pas le matériel adéquat, ce qui accélère leur demande d'aide à mourir. L'amendement vise à insérer à l'alinéa 6, après le mot « publique » : « et, pour la personne en situation de handicap, de tous les dispositifs et droits visant à garantir la prise en charge de ses besoins médicaux, matériels, psychologique et sociaux ».

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Votre demande est tout à fait louable, mais elle est déjà satisfaite par la rédaction actuelle de l'article 7 qui prévoit une information de la personne sur son état de santé, les perspectives de son évolution, les traitements et les dispositifs d'accompagnement disponibles. Nécessairement, ces informations et les dispositifs d'accompagnement proposés doivent être adaptés à la particularité de la situation de chaque personne. C'est le travail des médecins.

Avis défavorable.

Mme la ministre. La prise en compte des besoins spécifiques de la personne en situation de handicap est une exigence générale qui s'impose à tous. L'information qui devra être donnée à la réception de la demande devra être complète. Chaque personne devra pouvoir se voir proposer des soins palliatifs et les dispositifs d'accompagnement disponibles. Cette information devra s'adapter à chaque situation, forcément singulière. Le handicap sera l'un des paramètres à prendre en compte dans une approche globale. C'est pourquoi je ne crois pas nécessaire de prévoir des dispositifs spécifiques pour la personne en situation de handicap.

Avis défavorable.

M. Philippe Juvin (LR). Il faut absolument soutenir l'amendement de M. Peytavie. La question n'est pas celle de l'information, qui est un minimum, mais des moyens. Avez-vous les 20 000 euros pour le fauteuil roulant ? Avez-vous les 25 000 euros pour l'ordinateur à commande oculaire ? Sans cela, vous avez raison, la fin de vie est plus compliquée, ce qui peut conduire à des demandes de mort, du fait d'une pression sociale, causée par la pauvreté.

M. Patrick Hetzel (LR). Il ne faut pas que quelqu'un ait recours au suicide assisté par défaut, parce qu'il n'a pas pu avoir accès à tous les dispositifs préalables nécessaires. La question financière est non négligeable. Il faut que tout ait été mis en œuvre préalablement pour limiter l'acte d'euthanasie.

Mme la ministre. Je comprends parfaitement M. Peytavie. Incontestablement, le sujet du traitement personnel est important. Mais, dans la mesure où le texte concerne des personnes en fin de vie, il s'adresse intrinsèquement à des personnes touchées par la perte de leur autonomie, qu'elles aient été ou non en situation de handicap auparavant. Il est donc déjà adapté.

La commission adopte l'amendement.

Amendement CS202 de M. Philippe Juvin

M. Philippe Juvin (LR). L'accès aux soins palliatifs doit être garanti dans un délai court compatible avec l'état du patient.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Je partage avec vous l'idée que la prise en charge en soins palliatifs doit être très rapide. Cependant, votre amendement me semble inutile. L'obligation du médecin de s'assurer que la personne demandant l'aide à mourir pourra bénéficier de soins palliatifs dans un délai rapide est déjà présente dans le projet de loi. La question de l'offre de soins palliatifs sur le territoire relève moins de la loi que des moyens budgétaires sur lesquels le Gouvernement s'est engagé.

Avis défavorable.

Mme la ministre. Je vois dans cet amendement un appel à ce qu'il y ait deux titres dans le texte : un premier sur les soins palliatifs pour équiper le pays et un second concernant l'aide à mourir.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS1712 de M. Philippe Juvin et amendements identiques CS201 de M. Philippe Juvin et CS863 de M. Julien Odoul (discussion commune)

M. Philippe Juvin (LR). J'essaie d'introduire dans ces amendements la notion de délai compatible de l'accès aux soins palliatifs avec l'état de santé du patient. Il est bien écrit que le médecin s'assure que la personne peut accéder aux soins palliatifs. Mais cela ne veut rien dire si elle ne peut y accéder que deux mois plus tard alors que son espérance de vie est d'un mois.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement CS863 est défendu.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Avis défavorable.

Mme la ministre. Même avis.

Mme Justine Gruet (LR). La demande d'aide à mourir est parfois un appel à l'aide, notamment par manque de moyens. Si nous travaillons en commission sur un texte théorique, nous prenons conscience, dans nos circonscriptions, de la difficulté de permettre à tout le monde d'accéder à des soins palliatifs. Cela m'embête que l'on ait plus facilement accès à l'aide à mourir qu'aux soins palliatifs. La prise de décision est faussée.

Mme la ministre. Le Gouvernement s'est engagé à compenser le retard pris dans les soins palliatifs, en créant des unités de soins palliatifs dès l'exercice 2024, alors même que le texte ne sera pas opérationnel, si tant est qu'il soit voté, avant 2025.

L'amendement CS201 est retiré.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement CS540 de Mme Marie-France Lorho

Mme Marie-France Lorho (RN). Cet amendement tend à s'assurer que la personne qui effectue la demande d'aide à mourir a pu bénéficier, de manière effective, des soins palliatifs. On le sait, vingt et un départements français en sont dépourvus. La Cour des comptes estime que les besoins en soins palliatifs ne sont couverts qu'à hauteur de 50 %. Il est difficile d'exercer un choix libre et éclairé sur sa fin de vie si on n'accède pas à de tels soins. Nombreux sont ceux qui ont renoncé à l'aide à mourir après en avoir bénéficié. C'est toute l'ambiguïté de ce projet de loi : le Gouvernement n'assure pas des services de soins palliatifs dans tout le territoire avant d'ouvrir le débat sur le suicide assisté et l'euthanasie.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Amendements CS500 de M. Yannick Neuder et CS203 de M. Philippe Juvin (discussion commune)

M. Philippe Juvin (LR). Dans le droit-fil de l'amendement CS500, qui vise à préciser que le délai d'accès aux soins palliatifs ne peut excéder quinze jours, mon amendement CS203 a pour objet de compléter l'alinéa 6 par les mots « un délai court ». On ne peut pas fixer un objectif concernant les soins palliatifs sans ajouter qu'il doit être atteint dans un délai réduit, compatible avec la vie du patient. Il faut aller au bout de la démarche.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. J'ai du mal à comprendre votre proposition. Avis défavorable.

Mme la ministre. Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (LR). Organiser des soins palliatifs est compliqué – cela prend du temps, de l'énergie et des moyens. En facilitant l'aide à mourir sans permettre l'accès à ces soins, on crée un déséquilibre : il y aura deux poids deux mesures. Parfois, le médecin à qui le patient demandera une aide active à mourir sera dans l'incapacité de proposer des soins palliatifs. Que fera-t-on si le malade utilise la demande d'aide active à mourir pour obtenir ces soins ?

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement CS1215 de Mme Monique Iborra

Mme Monique Iborra (RE). Le présent amendement vise à préciser que le refus par le patient de bénéficier des soins palliatifs ne peut avoir pour effet une interruption de la procédure, par le médecin.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Comme l'a dit la ministre, il n'y a pas d'obligation de soins palliatifs avant d'accéder à l'aide à mourir. La seule obligation est celle d'une proposition par le médecin. La rédaction du projet de loi semble suffisamment claire sur ce point.

Avis défavorable.

Mme la ministre. Le terme « propose » ne revêt aucun caractère d'obligation. Demande de retrait.

M. Stéphane Delautrette (SOC). La précision selon laquelle « le refus de la personne ne peut constituer pour le médecin un motif de rejet de la demande » d'aide à mourir est d'une grande utilité. C'est pourquoi nous soutiendrons l'amendement.

La commission rejette l'amendement.

Amendements CS1051 de M. Stéphane Buchou, CS1999 de Mme Laurence Cristol et sous-amendements CS2027 de Mme Marie-Noëlle Battistel et CS2024 de M. Patrick Hetzel, et amendement CS1467 de M. Pierre Dharréville (discussion commune)

M. Gilles Le Gendre (RE). L'amendement CS1051 vise à ajouter qu'un suivi psychologique sera proposé à la personne concernée par l'aide active à mourir ainsi qu'à la personne de confiance, sa famille et à ses proches.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Mon amendement prévoit que le médecin propose systématiquement un entretien avec un psychologue ou un psychiatre. Le patient peut l'accepter et, le cas échéant, communiquer au médecin les résultats de la consultation. Être atteint d'une pathologie grave et incurable avec un pronostic vital engagé et une souffrance réfractaire crée une situation d'intense vulnérabilité psychique. L'entretien avec un psychologue ou un psychiatre peut permettre d'accompagner le malade vers une meilleure compréhension de sa situation et une prise de décision au plus près de ce qu'il désire.

Mme Marie-Noëlle Battistel (SOC). Par notre sous-amendement, nous ajoutons qu'un accompagnement par un psychologue ou un psychiatre est également proposé à la personne volontaire, désignée par la personne à l'origine de la demande d'aide à mourir.

M. Patrick Hetzel (LR). Mon sous-amendement vise à préciser que des psychologues ou psychiatres agréés auprès de la cour d'appel réaliseront l'entretien, afin de prévenir toute dérive.

Mme Emeline K/Bidi (GDR). L'amendement CS1467 est défendu.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Je vous suggère de retirer l'amendement CS1051 au profit de mon amendement CS1999 et j'émetts un avis défavorable sur les deux sous-amendements.

Mme la ministre. Je donne un avis défavorable à l'amendement CS1051, ainsi qu'un avis de sagesse à l'amendement CS1999 de la rapporteure, qui crée une obligation supplémentaire pour le médecin. Celui-ci devra proposer systématiquement un entretien avec le psychologue ou psychiatre ; le patient n'est en revanche pas obligé d'accepter.

S'agissant du sous-amendement CS2024, un entretien avec un expert agréé auprès de la cour d'appel semble difficile à mettre en place.

M. Gilles Le Gendre (RE). Je retire l'amendement CS1051. Est-il possible d'élargir l'amendement de la rapporteure aux proches de la personne ayant demandé l'aide à mourir ?

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Non. Seul le malade est concerné par la proposition d'entretien.

L'amendement CS1051 est retiré.

La commission rejette successivement les sous-amendements CS2024 et CS2027, puis adopte l'amendement CS1999.

En conséquence, l'amendement CS1467 tombe.

Amendement CS1468 de Mme Elsa Faucillon

Mme Emeline K/Bidi (GDR). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Amendement CS1686 de M. Christophe Bentz

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Amendement CS138 de Mme Marie-France Lorho.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Amendement CS139 de Mme Marie-France Lorho

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement vise à renforcer le droit de rétractation du patient qui fait le choix de renoncer à la mort en indiquant que personne ne peut se substituer à la décision de ne plus recevoir la substance létale.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Votre amendement est inutile : la demande de recourir à l'aide à mourir est personnelle. La volonté de la personne doit être recherchée à toutes les étapes de la procédure. Une personne qui contreviendrait ainsi à la volonté de la personne engagerait sa responsabilité pénale.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS832 de Mme Lisette Pollet

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Amendements CS1613 de Mme Annie Vidal et CS615 de Mme Sandrine Dogor-Such (discussion commune)

Mme Annie Vidal (RE). Mon amendement a pour objet de renforcer la transparence et l'information de la personne de confiance, des membres de la famille et des proches, dans les décisions d'aide à mourir, de sorte que ces personnes puissent être présentes le moment venu et assurer une prise de décision plus éclairée.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Mon amendement vise à garantir une obligation d'information des membres de la famille et de la personne de confiance, afin qu'ils ne soient pas pris au dépourvu. Vingt pour cent des proches d'une personne ayant choisi le suicide assisté souffriraient de troubles post-traumatiques et 16 %, de dépression. L'arrêt *Mortier contre Belgique* rendu par la CEDH le 4 octobre 2022 témoigne qu'une euthanasie réalisée à l'insu des enfants de la personne peut avoir des effets psychiques désastreux sur ces derniers.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. L'information de la famille à ce stade de la procédure, alors même que la demande n'a pas fait l'objet d'un examen, est bien trop précoce. Elle ne doit pas non plus être réalisée à l'encontre de la volonté du patient. Dans l'arrêt que vous citez, la CEDH a conclu qu'il n'y avait pas de violation du droit à la vie privée et familiale du fait de la non-information de la famille. Cette obligation d'information serait du reste contraire au secret médical auquel sont tenus les médecins.

Avis défavorable aux deux amendements.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements CS1687 et CS1815 de M. Christophe Bentz, CS140 de Mme Marie-France Lorho et CS864 de M. Julien Odoul (discussion commune)

Mme Christine Loir (RN). Ces amendements sont défendus.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette les amendements.

Amendement CS141 de Mme Marie-France Lorho

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Amendement CS1671 de M. Hervé de Lépinau

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendements CS833 de Mme Lisette Pollet, CS1761 de M. Christophe Bentz et CS616 de Mme Sandrine Dogor-Such (discussion commune)

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Ces amendements sont défendus.

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission **rejette** les amendements.*

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle **rejette** l'amendement CS619 de Mme Sandrine Dogor-Such.*

Amendement CS1689 de M. Christophe Bentz et amendements identiques CS1470 de Mme Elsa Faucillon et CS1609 de Mme Annie Vidal (discussion commune)

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement CS1689 est défendu.

Mme Emeline K/Bidi (GDR - NUPES). Par l'amendement CS1470, nous souhaitons renforcer la traçabilité du processus d'aide à mourir en indiquant que le médecin recevant le malade devra transmettre l'ensemble des informations recueillies dans le cadre de leurs premiers échanges, à la commission de contrôle et d'évaluation prévue à l'article 17.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. J'ai répondu précédemment à cette question : l'article 13 dispose déjà que tous les actes liés à la procédure seront enregistrés dans un système d'information pour permettre le contrôle par ladite commission. L'amendement est satisfait.

Avis défavorable.

*Les amendements CS1470 et CS1609 sont **retirés**.*

*La commission **rejette** l'amendement CS1689.*

*Puis elle **adopte** l'article 7 **modifié**.*

Article 8 : *Procédure d'examen de la demande d'aide à mourir jusqu'à la prescription de la substance létale*

Amendement de suppression CS536 de Mme Marine Hamelet

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement est défendu.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. La procédure d'évaluation de la demande d'aide à mourir prévue par le projet de loi repose sur une évaluation collective et pluridisciplinaire.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement CS2004 de Mme Laurence Cristol

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Par cet amendement, nous proposons de codifier l'article dans le code de la santé publique.

La commission adopte l'amendement.

Amendements CS332 de Mme Sandrine Dogor-Such et CS865 de M. Julien Odoul (discussion commune)

Mme Christine Loir (RN). L'amendement CS865 est défendu.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Ces amendements précisant que le médecin doit être volontaire sont satisfaits puisqu'une clause de conscience est prévue.

Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement CS1515 de M. Hervé de Lépinau

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Amendement CS671 de Mme Christine Pires Beaune

Mme Christine Pires Beaune (SOC). L'amendement vise à s'assurer que la préfecture, sollicitée notamment pour procéder à la vérification de la condition mentionnée au 2° de l'article 6, répond dans des délais raisonnables, compte tenu de l'engorgement des services.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Le médecin pourra se fonder sur tout document d'identité et sur l'affiliation à la sécurité sociale. La précision n'est donc pas utile.

Avis défavorable.

Mme la ministre. Je partage cet avis : dès lors que la personne est affiliée à la sécurité sociale, ce dont le médecin a connaissance, la condition de résidence stable et régulière est remplie. Je suis donc défavorable à l'amendement.

Mme Christine Pires Beaune (SOC). Pourquoi avoir indiqué que le médecin pouvait saisir la préfecture, si la carte Vitale suffit ?

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement CS1932 de Mme Laurence Cristol.

Amendement CS1565 de Mme Brigitte Liso

Mme Annie Vidal (RE). Le présent amendement vise à exclure les personnes en état de sujétion physique ou psychologie du processus d'aide à mourir, en complément de celles atteintes d'une maladie psychiatrique. La mise sous emprise entraîne en effet une altération du jugement et des facultés de discernement. Cet état de fait ne permet pas à la personne de manifester sa volonté libre et éclairée, donc de pouvoir prendre une décision pleinement réfléchie.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Outre que cette notion me semble imprécise, le critère d'ouverture de l'aide à mourir aux personnes en capacité d'exprimer leur volonté de manière libre et éclairée répond déjà à cette exigence.

Avis défavorable.

Mme la ministre. Je rappelle que le processus d'aide active à mourir est ouvert à une personne en fonction de sa situation individuelle, non d'une catégorie de pathologies ou de situations. Une évaluation permet l'accès à l'aide à mourir pour des personnes déjà en fin de vie, qui font un choix autonome.

Avis défavorable.

Mme Natalia Pouzyreff (RE). À l'alinéa 2, il est question des « personnes dont une maladie psychiatrique altère gravement le discernement ». Pourquoi ne parle-t-on pas simplement des personnes dont le discernement est gravement altéré ?

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Nous aborderons la question très prochainement lors de l'examen de mon amendement CS2000.

Mme la ministre. Cela résulte d'une demande du Conseil d'État, afin de préciser cette exclusion.

La commission rejette l'amendement.

Amendements CS1238 de M. Thierry Frappé et CS1816 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

M. Julien Odoul (RN). Les amendement sont défendus.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette successivement les amendements.

Amendement CS2000 de Mme Laurence Cristol

Mme Laurence Cristol (RE). Cet amendement a pour objet de supprimer la référence aux pathologies psychiatriques dans la mesure où d'autres maladies peuvent gravement altérer le discernement de la personne. En outre, cibler particulièrement les pathologies psychiatriques paraît discriminant.

Mme la ministre. Sagesse.

La commission adopte l'amendement.

Amendement CS1642 de Mme Annie Vidal

Mme Annie Vidal (RE). Mon amendement vise à exclure les personnes atteintes de handicap mental du champ d'application de l'aide active à mourir. Si l'article exclut les personnes atteintes de maladies psychiatriques de l'accès à cette aide, reconnaissant leur vulnérabilité particulière, il ne prend pas en compte les personnes porteuses de handicap mental qui, bien que parfois juridiquement considérées comme aptes à exprimer leur volonté, peuvent se trouver dans des situations de vulnérabilité similaire.

Ces personnes sont souvent incapables de comprendre pleinement les implications de l'aide à mourir et peuvent être influencées par leur entourage ou par l'ostracisme qu'elles subissent. Selon une étude publiée récemment par Cambridge University Press, des personnes présentant des déficiences intellectuelles ou des troubles du spectre autistique ont été euthanasiées à l'étranger, parfois uniquement sur la base de leur handicap.

Il semble nécessaire de renforcer la protection légale des personnes porteuses de handicap mental en les excluant explicitement du champ d'application de l'aide à mourir, afin de prévenir tout abus potentiel et de garantir que leur vulnérabilité soit dûment prise en compte.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. La procédure d'évaluation de la demande permettra de déterminer individuellement et au cas par cas si les personnes présentant un handicap mental sont en capacité d'exprimer une volonté libre et éclairée.

Avis défavorable.

Mme la ministre. Je fais la même lecture de cet amendement, qui est satisfait. J'en demande donc le rejet.

M. Jérôme Guedj (SOC). La classification internationale des maladies ne permet pas de présumer qu'une maladie altèrera gravement le discernement. La rédaction du texte permet-elle de garantir que cette altération puisse relever d'une maladie ou d'un handicap ?

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Nous en sommes d'accord, c'est pourquoi j'ai déposé l'amendement qui supprime la maladie psychiatrique à l'alinéa 2, afin de permettre une évaluation au cas par cas des capacités de discernement, qui sont au cœur de la décision et de la volonté libre et éclairée de la personne.

Mme la ministre. Le sujet de fond du texte est la notion de discernement.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques CS210 de M. Philippe Juvin et CS1817 de M. Christophe Bentz

M. Julien Odoul (RN). L'amendement CS1817 est défendu.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette les amendements.

Amendement CS866 de M. Julien Odoul

M. Julien Odoul (RN). L'adverbe « gravement » étant imprécis, il faut plutôt parler d'un « jugement » altéré.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Amendements CS268 de Mme Sandrine Dogor-Such, CS582 de Mme Christine Loir, CS397 de M. Patrick Hetzel, CS867 de M. Julien Odoul et CS1818 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

M. Julien Odoul (RN). Les amendements CS268, CS867 et CS1818 sont défendus.

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission **rejette** successivement les amendements.*

Amendement CS455 de M. Yannick Neuder

M. Philippe Juvin (LR). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement CS1588 de Mme Danielle Simonnet

Mme Danielle Simonnet (LFI - NUPES). L'article 8 prévoit d'exclure l'application de l'aide à mourir pour les personnes dont une maladie psychiatrique altère gravement le discernement. Mais cette personne peut avoir indiqué antérieurement dans ses directives anticipées qu'elle souhaitait avoir accès à l'aide à mourir et avoir désigné une personne de confiance. Pourquoi la condamnerait-on à souffrir ?

Il faut se poser la question de l'égalité d'accès à l'aide à mourir. Les directives anticipées ont précisément pour fonction d'exprimer sa volonté pour le cas où l'on ne serait ensuite plus en état de le faire.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. L'une des lignes directrices du projet réside dans la nécessité pour le patient d'être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. Il doit avoir son discernement au moment où il exprime sa volonté de bénéficier de l'aide à mourir, mais également tout au long de la procédure.

Cette condition permet de garantir que l'aide à mourir reste volontaire et repose sur l'autonomie de la personne. Il ne faut absolument pas remettre en cause le point d'équilibre atteint par ce texte.

Aller plus loin et permettre d'aider à mourir une personne inconsciente ou dont le discernement est profondément altéré poserait de lourdes question éthiques.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement CS119 de M. Thibault Bazin

M. Philippe Juvin (LR). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement CS843 de M. Charles de Courson

M. Charles de Courson (LIOT). L'amendement prévoit qu'il appartient au médecin de s'assurer que toutes les conditions requises par la loi sont remplies par le candidat au suicide assisté, y compris celles qui consistent à être âgé d'au moins 18 ans et à être de nationalité française ou à résider de façon stable et régulière en France.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Le projet est très clair sur les critères d'accès à l'aide à mourir. Mais il n'est pas nécessaire de mettre en place une procédure collégiale pour vérifier les deux critères que vous avez mentionnés.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS2001 de Mme Laurence Cristol et sous-amendement CS2026 de M. Christophe Marion

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Je partage entièrement le souhait de plusieurs de mes collègues d'assurer le caractère collégial de l'évaluation des critères d'éligibilité d'accès à l'aide à mourir. Cette nécessité a été soulignée par de nombreux intervenants lors des auditions. Elle fait partie des pratiques professionnelles habituelles dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), notamment en matière de cancérologie.

Il faut toutefois être clair sur ce que l'on entend par procédure collégiale. Il ne s'agit pas d'orienter la demande vers un collège de médecins, comme certains le proposent. Il est naturel que la demande soit reçue par le médecin choisi par le patient. Il ne s'agit pas non plus de prévoir une prise de décision collégiale, laquelle pourrait être excessivement complexe, bureaucratique et pourrait même conduire à une dilution de la responsabilité des médecins. Du reste, pour les décisions médicales les plus lourdes c'est en général un médecin seul qui décide – même s'il est éclairé pour cela par l'avis de plusieurs de ses collègues.

C'est la raison pour laquelle cet amendement vise à renforcer la dimension collégiale et pluridisciplinaire de la procédure en prévoyant que le médecin auprès duquel le patient a introduit sa demande recueille l'avis de professionnels. Toutefois, la décision relève *in fine* de la responsabilité de ce médecin.

Je souligne que cette procédure collégiale n'est pas si différente de celle qui existe en matière d'arrêt de traitements et de mise en œuvre d'une sédation profonde et continue – alors même que cette procédure peut être mise en œuvre dans des situations où le patient n'est plus en état d'exprimer sa volonté. Dans ce cas, c'est bien le médecin en charge du patient qui prend seul la décision après s'être concerté avec ses collègues.

Je vous invite à adopter cet amendement destiné à améliorer la procédure collégiale, ainsi que les quatre autres qui lui sont liés et dont nous discuterons plus loin.

M. Christophe Marion (RE). J'ai également été sensible aux demandes qui nous ont été faites lors des auditions et qui visent à confier l'examen de la demande d'aide à mourir à une RCP, car cela offre une meilleure prise en charge du patient grâce à la consultation de l'ensemble des professionnels de santé concernés. Un tel dispositif sera en outre plus cohérent, puisque l'arrêt des soins ou la sédation profonde et continue relèvent déjà d'une procédure collégiale.

Néanmoins, certaines des personnes auditionnées ont fait part de leurs craintes sur la possibilité d'appliquer en pratique une telle procédure dans les déserts médicaux. Un autre amendement de la rapporteure prévoit donc que les réunions puissent se tenir en visioconférence. J'y suis favorable, mais cela ne résout pas tout, notamment le problème des agendas surchargés.

C'est pourquoi mon sous-amendement propose que, de manière exceptionnelle, cette procédure collégiale puisse ne pas être appliquée lorsque son organisation empêcherait l'examen de la demande d'aide à mourir ou le respect du délai.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. La procédure collégiale est une garantie trop importante pour qu'elle puisse faire l'objet d'une dérogation. Avis défavorable.

Mme la ministre. Les amendements de la rapporteure sont intéressants. Avis favorable au CS2001, sous réserve d'une modification prévoyant que la procédure collective est pluriprofessionnelle, et non pluridisciplinaire. Cela permettra de faire participer les personnels paramédicaux que sont les infirmiers et les aides-soignants, dont l'importance a été soulignée lors de nos débats et qui sont en contact permanent avec les médecins.

Avis défavorable au sous-amendement pour les raisons exposées par la rapporteure.

M. Charles de Courson (LIOT). En apparence, cet amendement va dans le bon sens. Nous étions nombreux à demander que la décision en matière d'aide à mourir soit prise de manière collégiale, comme dans le cas des soins palliatifs.

Mais l'exposé sommaire m'inquiète, car ce qui y est mentionné est différent de ce que laisse croire l'amendement. La procédure n'est pas collégiale, puisque la rapporteure explique que le médecin prend l'avis d'autres médecins et professionnels de santé, mais qu'il décide seul.

Pourriez-vous nous éclairer ? Est-ce vraiment une procédure de décision collégiale, ou s'agit-il seulement de consultations qui précèdent la décision ?

Mme Emeline K/Bidi (GDR - NUPES). Je remercie la rapporteure d'avoir déposé cet amendement qui nous permet de débattre de la question de la collégialité, alors que la plupart de nos amendements sur ce sujet ont été déclaré irrecevables.

Dans la procédure initialement prévue par le texte, il était indiqué que le médecin consultait un certain nombre d'autres professionnels. Mais on croit comprendre qu'il n'était pas tenu par ces avis, ce qui donnait l'impression que la décision reposait sur une seule personne. Or il s'agit d'une décision grave. Nous aurions souhaité instaurer une collégialité et l'amendement de la rapporteure ne correspond pas tout à fait aux rédactions que nous avons proposées. Mais, en l'état, je voterai en faveur de cet amendement.

Mme Justine Gruet (LR). On ne peut pas faire l'impasse sur une véritable collégialité, qui sécurise la décision du médecin et permette qu'il ne soit pas isolé. Il est nécessaire que cette décision soit prise de manière délibérative et pas seulement après une consultation.

Il est certes parfois compliqué de réunir les professionnels concernés, mais le patient ne doit pas pâtir du manque de ressources médicales.

L'intervention d'un comité d'éthique permettrait également de rassurer la personne qui va effectuer l'acte d'aide à mourir, car elle pourra se dire qu'il ne s'agit pas d'une décision d'une seule personne mais de l'aboutissement d'une mûre réflexion et d'un vote.

Mon amendement CS1951, qui sera abordé plus loin, propose d'ailleurs de porter le délai de réponse de quarante-huit heures à une semaine, afin de permettre à ce comité d'éthique de se réunir.

M. Yannick Neuder (LR). Je suis d'accord avec Mme Gruet : il faut une discussion collégiale pluriprofessionnelle.

Mais, si j'ai bien compris, l'amendement prévoit que la décision finale relève du médecin. Or, dans d'autres domaines, la décision est prise par une équipe médicale, comme c'est par exemple le cas pour des interventions chirurgicales ou pour des chimiothérapies ou radiothérapies. Si la décision en matière d'aide à mourir revient à un seul praticien, on risque d'ouvrir la porte à de nombreuses contestations judiciaires. La collégialité permettrait de sécuriser le dispositif. Ce qui est proposé par l'amendement ne va pas assez loin.

Mme Christine Pires Beaune (SOC). Les intervenants précédents laissent croire qu'il n'y a pas de collégialité.

Or l'article prévoit que le médecin qui reçoit la demande procède à un examen médical, qu'il recueille obligatoirement l'avis d'un confrère qui n'intervient pas auprès de la personne et spécialiste de la pathologie de celle-ci si lui-même ne l'est pas, mais aussi l'avis d'un auxiliaire médical ou d'un aide-soignant qui intervient auprès de la personne ou, à défaut, d'un autre auxiliaire médical. La collégialité est donc bien présente. Avec cet amendement, on va encore alourdir la procédure.

Mme Julie Laernoës (Ecolo - NUPES). Les alinéas 5, 6 et 7 détaillent déjà les avis que recueille le médecin. Prévoir en outre une procédure collégiale pluridisciplinaire en amont alourdirait la démarche.

Il faudrait donc au minimum adopter le sous-amendement de M. Marion, car on sait combien les médecins traitants sont débordés par la charge de travail. Systématiser une procédure collégiale risque en pratique d'empêcher l'accès à l'aide à mourir.

Je voterai donc contre l'amendement mais pour le sous-amendement, afin qu'il y ait un garde-fou.

M. Jean-François Rousset (RE). La collégialité est une très bonne idée, mais comment la décision va-t-elle être prise ? Un vote ne me semble pas adapté. J'ai participé à de nombreuses RCP et, quand il faut prendre une décision difficile en matière de chirurgie ou de radiothérapie, un consensus se dégage. Mais je n'ai jamais vu procéder à un vote pour une décision médicale.

M. Philippe Juvin (LR). Ce n'est pas parce que l'amendement mentionne une procédure collégiale qu'elle existe en réalité. L'essentiel du texte n'est pas modifié. En pratique, la personne n'ira voir qu'un seul médecin et elle pourra ne consulter personne d'autre. C'est ce médecin qui demandera un avis à un autre médecin, lequel prendra éventuellement connaissance du dossier. Mais on ne peut pas parler de véritable collégialité.

Il existe actuellement deux types de collégialité, qui sont très différentes. Pour entamer un traitement contre le cancer, une RCP est organisée et elle donne lieu à un vote. Lorsqu'il est question d'arrêter un traitement, une équipe de soins pluridisciplinaire en débat, mais *in fine* c'est un médecin qui décide seul.

L'amendement propose un entre-deux, où en fait il n'y a pas vraiment de collégialité.

On a vu qu'en Belgique certains médecins ne pratiquaient quasiment plus que l'aide à mourir. Le risque pour la personne est de consulter un tel médecin et d'être enfermée dans un colloque en l'occurrence très singulier.

M. Patrick Hetzel (LR). Cet amendement est un leurre et il ne répond pas à notre souhait.

J'insiste sur l'apport de la loi Claeys-Leonetti, qui prévoit une véritable procédure collégiale avant de décider de pratiquer la sédation profonde et continue. Rien de tel n'est prévu pour l'aide à mourir. C'est un véritable paradoxe : il sera plus difficile de pratiquer cette sédation que d'autoriser un suicide assisté. Il y a quelque chose qui ne va pas.

En fait, vous proposez une collégialité Canada Dry. La procédure est présentée comme collégiale mais elle n'en a pas les caractéristiques. C'est la délibération qui doit être collégiale : les professionnels consultés doivent pouvoir débattre ensemble.

Avec cet amendement, il s'agit seulement de consultations et c'est un médecin qui prend la décision. La collégialité, ce n'est pas ça.

Mme Annie Vidal (RE). Je souhaiterais obtenir une précision sur l'amendement, car je ne suis pas certaine de bien comprendre. Avec l'introduction de cette procédure collégiale et pluridisciplinaire, le médecin reste-t-il bien chargé de vérifier les conditions d'accès à l'aide à mourir ?

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Le renforcement de la collégialité que je vous propose est un peu difficile à appréhender car il figure dans plusieurs amendements. Je vais donc récapituler le contenu des quatre autres amendements.

Premièrement, le médecin procède à un examen médical de la personne, sauf s'il estime que ce n'est pas nécessaire et que cela risque de complexifier la procédure – notamment parce que le pronostic vital est engagé à court terme. Deuxièmement, le médecin consulté est nécessairement un spécialiste de la pathologie du patient. Troisièmement, l'avis d'autres professionnels de santé est recueilli, dont celui de professionnels de l'établissement médico-social lorsque la personne y est hébergée. Quatrièmement, la procédure peut être réalisée à distance, afin de faciliter le recueil des avis.

J'ai entendu mes collègues médecins. Je le suis moi-même et je connais parfaitement la procédure de la RCP pour en avoir créé une. Dans mon service, cette collégialité est pluriprofessionnelle : tous les personnels qui entourent le patient peuvent faire part de leur avis, qu'il s'agisse d'infirmiers, d'assistantes sociales ou de nutritionnistes. Mais on ne vote pas en RCP. Après la phase de concertation, il revient au médecin responsable du patient de prendre une décision. Il en sera de même ici.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Je suis désolé madame la rapporteure, mais je n'ai rien compris à ce que vous proposez.

Le projet décrit la procédure de manière claire et l'on comprend comment est organisée la collégialité. Les consultations prévues permettent de s'assurer de son caractère pluriprofessionnel.

Vous nous proposez un amendement qui fait lui-même partie d'un ensemble d'amendements, dont on ne sait pas bien où ils sont placés. Cela ne nous permet pas d'avoir une vision précise des évolutions du texte qui pourraient s'en suivre. J'ai surtout l'impression que l'on va alourdir la procédure sans pour autant améliorer la rédaction.

Je voterai pour le sous-amendement de M. Marion, car si l'amendement était voté en l'état, il rendrait l'accès à l'aide à mourir encore plus compliqué.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Je note avec satisfaction que je n'ai plus rien à réclamer, puisque la ministre souligne elle-même qu'il faut se référer à la pluridisciplinarité – ce qui permet de reconnaître le rôle joué par les aides-soignantes.

Comme nous ne doutons pas que la correction demandée par la ministre sera faite, nous voterons en faveur de l'amendement de la rapporteure. Ce dernier est suffisant et nous ne voterons pas pour le sous-amendement.

M. Yannick Neuder (LR). Je n'ai jamais dit qu'on devait voter au sein des RCP, madame la rapporteure.

Je souligne que la Haute Autorité de santé exige que la décision d'implanter une prothèse valvulaire aortique par voie percutanée soit prise par une équipe composée de trois médecins – le cardiologue, le gériatre et l'anesthésiste. Pourquoi ne prévoirait-on pas des garanties équivalentes lorsqu'il s'agit de l'aide à mourir ? Cela ne ralentirait pas davantage les procédures que lorsqu'il faut opérer un patient.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Les pratiques professionnelles diffèrent selon les spécialités. En oncologie, nous avons l'habitude de prendre des avis de manière concertée.

Je confirme que, dans le dispositif que je propose, la décision est prise au bout du compte par le médecin en charge du patient.

Je précise que je suis favorable à la rectification proposée par Mme la ministre, et donc à la substitution du mot « pluriprofessionnelle » au mot « pluridisciplinaire ».

Mme la ministre. Je souhaite revenir sur la manière dont la décision est prise par le médecin après une concertation. Cette dernière est bien collégiale.

Qu'entendent certains lorsqu'ils évoquent la collégialité ? Qui doit donner son avis ? La décision devrait-elle être prise à la majorité ou à l'unanimité ? On voit bien que tout cela serait très compliqué en pratique et pourrait aussi poser une question éthique.

La rapporteure propose d'affirmer le caractère collégial de la procédure, mais la décision finale appartient au médecin. Cela s'apparente à la procédure prévue en matière d'arrêt de traitement. C'est la raison pour laquelle je suis favorable à cet amendement rectifié.

La commission rejette le sous-amendement puis adopte l'amendement CS2001 rectifié.

Amendement CS868 de M. Julien Odoul

M. Julien Odoul (RN). Il faut insister sur le fait que seul un médecin volontaire peut pratiquer un acte d'euthanasie, afin de protéger les soignants et d'informer nos concitoyens.

Une enquête menée en 2019 par le Bureau central de la statistique des Pays-Bas – où l’euthanasie est légalisée depuis 2001 – a en effet révélé que plus d’un tiers des Néerlandais pensaient qu’un médecin ne devait pas pouvoir faire valoir une objection de conscience en matière d’euthanasie.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Le texte est suffisamment clair. Avis défavorable.

La commission rejette l’amendement.

La réunion s’achève à zéro heures cinq.

Présences en réunion

Présents. – Mme Marie-Noëlle Battistel, M. Christophe Bentz, Mme Anne Bergantz, Mme Chantal Bouloux, M. Hadrien Clouet, M. Charles de Courson, Mme Laurence Cristol, Mme Geneviève Darrieussecq, Mme Christine Decodts, M. Stéphane Delautrette, M. Jocelyn Dessigny, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Karen Erodi, Mme Sophie Errante, M. Olivier Falorni, Mme Caroline Fiat, Mme Agnès Firmin Le Bodo, M. Thierry Frappé, Mme Annie Genevard, M. François Gernigon, M. Joël Giraud, Mme Justine Gruet, M. Jérôme Guedj, M. Patrick Hetzel, Mme Monique Iborra, M. Cyrille Isaac-Sibille, M. Philippe Juvin, Mme Emeline K/Bidi, Mme Julie Laernoës, M. Gilles Le Gendre, Mme Élise Leboucher, M. Hervé de Lépinau, Mme Christine Loir, Mme Marie-France Lorho, Mme Lise Magnier, Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, M. Christophe Marion, M. Didier Martin, Mme Emmanuelle Ménard, M. Yannick Neuder, M. Julien Odoul, Mme Michèle Peyron, M. Sébastien Peytavie, M. René Pilato, Mme Christine Pires Beaune, Mme Lisette Pollet, M. Jean-Pierre Pont, Mme Natalia Pouzyreff, Mme Cécile Rilhac, M. Jean-François Rousset, Mme Danielle Simonnet, M. Nicolas Turquois, M. David Valence, Mme Annie Vidal, M. Philippe Vigier, M. Léo Walter

Assistait également à la réunion. – Mme Maud Petit