

ASSEMBLÉE NATIONALE

17^e LÉGISLATURE

Compte rendu Commission des affaires sociales

- Examen, en deuxième lecture, de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, relative au droit à l'aide à mourir (n° 2401) (M. Olivier Falorni, rapporteur général ; Mme Brigitte Liso, Mme Audrey Abadie Amiel, M. Stéphane Delautrette et Mme Élise Leboucher, rapporteurs) **Erreur ! Signet non défini.**
- Présences en réunion 40

Mercredi
4 février 2026
Séance de 9 heures 30
Compte rendu n° 45

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de
M. Frédéric Valletoux,
président**



La réunion commence à neuf heures trente.

(Présidence de M. Frédéric Valletoux, président)

La commission des affaires sociales procède à l'examen, en deuxième lecture, de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, relative au droit à l'aide à mourir (n° 2401) (M. Olivier Falorni, rapporteur général ; Mme Brigitte Liso, Mme Audrey Abadie Amiel, M. Stéphane Delautrette et Mme Élise Leboucher, rapporteurs

M. le président Frédéric Valletoux. La proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir a été rejetée par le Sénat le 28 janvier. Nous l'avions pour notre part adoptée le 27 mai 2025, en même temps que la proposition de loi visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs.

Toutes deux sont inscrites à l'ordre du jour de la séance publique à compter du lundi 16 février, en vue d'un vote solennel le 24 février, selon les mêmes modalités qu'en première lecture.

Nous commençons aujourd'hui par l'examen de la proposition de loi relative à l'aide à mourir. Ne voyez là aucun sens caché : c'est seulement la conséquence des contraintes de calendrier des uns et des autres, notamment de Mme Vidal, rapporteure de la proposition de loi relative aux soins palliatifs, et du rapporteur général du texte que nous examinons aujourd'hui, M. Falorni, lui-même pris dans une campagne municipale.

Le Sénat ayant rejeté le texte, nous travaillerons sur celui qui est issu de l'Assemblée. Plus de 650 amendements sont en discussion. Nous nous sommes donné le temps, aujourd'hui, demain et vendredi, de les examiner avec toute l'attention que requièrent ces questions. Comme nous en avons pris l'habitude quand nous discutons de textes ayant suscité beaucoup d'amendements, je propose, d'autant que nous avons déjà procédé à une première lecture, que le temps des interventions soit d'emblée fixé à une minute. Dans le même esprit, après la réponse des rapporteurs, je donnerai la parole à un orateur pour et un orateur contre, en faisant bien évidemment, comme cela a toujours été le cas, des exceptions pour les discussions les plus importantes et appelant les débats les plus nourris.

Enfin, il n'est pas d'usage, dans notre commission, de procéder à une discussion générale après la première lecture. En revanche, s'il le souhaite, je vais passer la parole au rapporteur général Olivier Falorni pour quelques mots d'introduction.

M. Olivier Falorni, rapporteur général de la proposition de loi. Je suis tenté de dire que nous en sommes à une troisième lecture, puisque nous avions déjà, certains s'en souviennent, examiné ce texte avant la dissolution de l'Assemblée. Nos débats ont jusqu'ici toujours été d'une très bonne tenue, sur la forme comme sur le fond. « Quand on se regarde, on se désole, quand on se compare, on se console », dit-on. Je crois qu'on peut ajouter qu'on se conforte, car le débat d'il y a quelques mois a montré le meilleur visage de la représentation nationale. Je ne doute pas qu'il en ira de même pour celui qui commence.

Le Sénat ayant rejeté le texte, c'est celui que nous avons voté en mai dernier que nous examinons. Malgré ce que j'ai pu lire, chacun avait voté en toute connaissance de cause et en accord avec ses convictions. J'aborde ce débat avec la même volonté d'écoute qu'alors, et avec le souhait que ce texte conserve toute sa solidité, sa cohérence et son équilibre, les

trois caractéristiques qui font qu'il a été largement adopté en première lecture – 305 pour, 199 contre.

CHAPITRE I^{ER} Définition

Article 1^{er} : Modification de l'intitulé du chapitre du code de la santé publique comprenant les dispositions relatives à l'aide à mourir

Amendements de suppression AS21 de M. Patrick Hetzel, AS49 de M. Thibault Bazin et AS594 de M. Christophe Bentz

M. Patrick Hetzel (DR). Nous sommes un certain nombre à être en désaccord avec ce texte. Qui plus est, nous croyons qu'il faut absolument avancer sur les soins palliatifs, qui font l'objet de la seconde proposition de loi, avant de légiférer sur l'euthanasie et le suicide assisté.

M. Thibault Bazin (DR). Je m'interroge sur cet article. Est-il anodin d'inscrire ces dispositions dans le code de la santé publique ? S'agit-il de soin ? On parle ici de responsabilités et d'organisation : faut-il impliquer l'État, les soignants ?

Je suis d'autant plus mal à l'aise qu'à peine sorti d'une période budgétaire tourmentée, le Gouvernement choisit d'inscrire ce texte en premier – cela ne nous sort pas de la morosité ambiante ! Comment comprendre cet empressement ? Et pourquoi commencer nos débats par l'aide à mourir plutôt que par les soins palliatifs ?

Un Français sur deux n'a pas accès aux soins palliatifs alors que son état le requiert. Une stratégie décennale a été annoncée il y a deux ans : ne faudrait-il pas commencer par en dresser le bilan, surtout sachant que la demande de mort diminue drastiquement quand les patients ont accès aux soins palliatifs ? Je doute donc que l'aide à mourir doive être la première réponse. Le devoir de la société n'est-il pas d'accompagner d'abord ?

M. Christophe Bentz (RN). La bonne tenue de nos débats est en effet essentielle, dans le respect des convictions de chacun. Cela a été le cas depuis maintenant près de trois ans

Nous aussi sommes dans un état d'esprit respectueux, mais très combatif : nous souhaitons débattre encore et encore, combattre, battre ce texte que nous considérons comme dangereux. Légaliser le suicide, quel que soit le terme que l'on emploie, est grave. Pour une grande partie d'entre nous, c'est là un renversement d'une valeur qui structure notre société, notre civilisation : le respect de la dignité du corps et de la vie humaine jusqu'à sa fin.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. S'il y a un mot qui ne caractérise pas ce processus législatif, c'est bien « empressement » : cela fait trois ans que nous débattons de ce texte, c'est sa troisième lecture ! On peut être pour ou contre, bien sûr, mais on ne peut pas parler de précipitation.

Vous contestez le choix de faire figurer ces dispositions dans le code de la santé publique, mais l'aide à mourir, qui s'adresse à des personnes malades, fera l'objet d'un accompagnement médical. De plus, le code de la santé publique ne comprend pas uniquement des dispositions relatives à des actions de soin : on y trouve des articles sur l'acheminement de substances vénéneuses, sur la sécurité sanitaire des eaux et des aliments, sur certaines

polices administratives spéciales. Intégrer au code de la santé publique les dispositions relatives à l'aide à mourir ne revient donc pas à assimiler celle-ci à un soin. Enfin, codifier ces dispositions améliorera l'accessibilité de la loi, donc la connaissance par les personnes de leurs droits : c'est pour cette raison que le Conseil d'État avait préconisé, dans son avis sur le projet de loi de 2024, que les dispositions relatives à l'aide à mourir soient intégrées au code de la santé publique.

Avis défavorable.

M. le président Frédéric Valletoux. Je ne voudrais pas que cette question plane au-dessus des débats : en séance publique, nous aborderons d'abord le texte sur les soins palliatifs, puis celui sur l'aide à mourir. J'ai accepté d'inverser les deux en commission à la demande de Mme Vidal et de M. Falorni, chacun pour des raisons d'agenda personnel. Cela ne doit pas porter préjudice à la qualité de nos débats. Évitons de laisser entendre que cela cache je ne sais quelle manœuvre !

Mme Annie Vidal (EPR). Je confirme que je ne suis disponible, cette semaine, que jusqu'à demain 13 heures, et François Gernigon, mon corapporteur, pas du tout. Nous étions donc très ennuyés par l'agenda initial du texte sur les soins palliatifs, que nous avons connu tardivement. C'est la raison de cette inversion de calendrier pour la commission : j'en suis pour partie responsable et je vous présente mes excuses.

M. Nicolas Turquois (Dem). J'aimerais moi aussi que nos débats soient de bonne tenue, et que l'on évite les soupçons d'intentions cachées. J'entends M. Bazin dire qu'il est surpris de la rapidité d'inscription de ce texte : j'aimerais lui dire que c'est plutôt la période budgétaire qui a été longue ! Le calendrier est normal.

Je suis opposé à ces amendements. Il est important de codifier ces dispositions.

Mme Justine Gruet (DR). Vous parlez d'un texte solide, monsieur le rapporteur général, mais nous verrons tout au long des débats qu'il manque d'une définition précise : il n'est pas là question d'un ultime recours, mais bien d'un nouveau droit. Je m'interroge aussi sur la nécessité d'inscrire dans le code de la santé publique ces dispositions qui, à nos yeux, ne constituent pas un soin.

Vous dites ensuite que ce texte est cohérent : mais est-il cohérent de l'étudier de cette façon, et selon un calendrier si serré, alors que ce n'est pas une priorité pour les Français ? C'est peut-être la vôtre, avec le respect que je vous dois, mais les patients et les soignants attendent une autre considération.

Vous parlez enfin d'un texte équilibré, sous-entendant que, parce que nous en discutons depuis trois ans, il faudrait que le sujet soit tranché. Pour moi, trouver un équilibre, c'est être capable de faire consensus. La loi Claeys-Leonetti avait été adoptée à la quasi-unanimité. Or le présent texte a été rejeté au Sénat, et on pourrait contester qu'un texte voté par 300 députés sur 577 ait été adopté « largement ». On ne peut donc pas parler d'un équilibre.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS22 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Les euphémismes utilisés par ce texte créent de l'ambiguïté. Les soins palliatifs aussi constituent une aide à mourir, c'est même l'une des missions qui leur est confiée.

C'est un débat que nous avons déjà eu, et je n'y reviendrai pas par la suite ; mais je veux dire ici que nous sommes un certain nombre à considérer qu'il faut nommer les choses : il s'agit bien ici d'euthanasie et de suicide assisté. Il est important de le formuler dans l'intitulé du chapitre visé du code de la santé publique.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cette question sémantique a plutôt sa place à l'article 2 : n'anticipons pas. Et du point de vue légistique, il est important de mentionner la « fin de vie » plutôt que l'aide à mourir dans le titre de ce chapitre. Ce dernier comprend en effet une autre section qui porte sur la fin de vie, en plus de la nouvelle section 2 bis, qui arrivera plus tard.

M. René Pilato (LFI-NFP). La manœuvre a été faite au Sénat par la droite réactionnaire, elle est renouvelée ici : 600 amendements ont été déposés pour faire obstruction à l'examen de ce texte.

J'entends certains dire que nous sommes là pour respecter les convictions de chacune et chacun. Non. Vous n'êtes pas là pour faire respecter vos convictions, mais pour être les représentants du peuple – soit pour ouvrir des droits, soit pour imposer des interdictions, rien d'autre.

En ce qui concerne les termes employés, « suicide assisté » est un oxymore, « euthanasie » trop connoté. Nous vous l'avons dit pendant des mois : si vous ne le comprenez pas, je ne peux rien pour vous.

M. Gaëtan Dussausaye (RN). À titre personnel, je m'abstiendrai sur ces amendements. Je soutiens la liberté d'avoir recours au suicide assisté et à l'euthanasie et je pense que quand on sait de quoi on parle et qu'on le dit hautement, il ne faut pas avoir peur des mots.

Par ailleurs, monsieur Pilato, je reprendrai certainement mot pour mot votre intervention très claire dans les situations où vous ferez obstruction en déposant des tonnes d'amendements, comme vous le faites régulièrement depuis un an et demi.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 1^{er} non modifié.

Article 2 : Définition du droit à l'aide à mourir

Amendements de suppression AS23 de M. Patrick Hetzel, AS50 de M. Thibault Bazin et AS595 de M. Christophe Bentz.

M. Patrick Hetzel (DR). Tel qu'il est rédigé, l'article 2 crée un droit à mourir. Or tout le monde n'a pas accès aux soins palliatifs, alors que c'est ce que demandent la plupart de nos concitoyens. Cette asymétrie est problématique. Les études, certes embryonnaires, sur la mise en œuvre de la loi Claeys-Leonetti montrent bien qu'il faudrait d'abord l'appliquer pleinement et partout, ce qui n'est pas fait aujourd'hui.

M. Thibault Bazin (DR). La nouvelle section introduite par cet article légalise le recours à une substance létale. On ne peut pas banaliser cet acte. Nous devons nous poser la question de l'impact qu'aurait le fait de l'accepter comme légal, non seulement pour la personne concernée mais aussi pour les tiers et l'ensemble de la société. Nous sommes des êtres de relation. Ne risque-t-on pas d'acter une rupture anthropologique en reconnaissant dans la loi que certaines vies valent plus que d'autres ? Que devient notre conception de la valeur de la vie, et renonçons-nous ainsi au principe d'inviolabilité ?

Je crois surtout que c'est d'abord par les soins palliatifs que nous devons répondre à ceux qui souffrent.

M. Christophe Bentz (RN). Cette deuxième lecture est pour nous une nouvelle chance de combattre ce texte. Nous vous proposons de supprimer l'article 2, cœur de la définition du suicide, quelle que soit sa forme, assisté ou délégué à un soignant.

Ce que nous voulons, c'est convaincre nos collègues hésitants. Je les exhorte à appliquer un principe de prudence, de précaution : restons sur le chemin du soin du corps humain et du respect de la vie humaine jusqu'à sa fin. Autoriser à provoquer la mort de manière intentionnelle serait une bascule de civilisation.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. L'article 2 définit en effet l'aide à mourir.

Contrairement à ce qu'indique l'exposé des motifs de l'amendement AS23, les professionnels de santé n'auront pas à proposer au malade de recourir à l'aide à mourir. La définition met au contraire l'accent sur le fait qu'elle procède d'une demande de la personne.

Par ailleurs ce droit n'est pas inconditionnel, mais au contraire strictement encadré par le texte.

Certains expriment leur préférence pour l'emploi des termes « suicide assisté » et « euthanasie ». Pour ma part, l'expression « aide à mourir » me paraît tout à fait claire : elle ne laisse aucune ambiguïté quant à l'auteur de la demande, quant à la nature de l'acte et à sa finalité, quant aux conditions d'exercice de ce droit ni quant à l'auteur du geste létal.

Par ailleurs, le terme d'euthanasie a été souillé par l'histoire, par l'usage qu'en a fait le régime nazi pour désigner sa politique d'extermination des personnes porteuses d'un handicap. Personne ne peut le contester ! Cela crée une connotation. Ainsi, qui oserait parler de « solution finale » aujourd'hui, alors que l'expression en elle-même est d'une grande banalité dans la vie quotidienne ?

Quant au terme de suicide assisté, il introduit une confusion entre le combat que nous devons mener pour prévenir le suicide et la prise en compte de la situation très particulière des malades atteints de souffrances réfractaires aux soins et aux traitements.

De nombreux États ayant adopté une législation sur la fin de vie n'utilisent pas les termes de suicide assisté ou d'euthanasie : au Canada, on parle d'aide médicale à mourir ; en Nouvelle-Zélande, de mort assistée ; en Australie, de mort assistée volontaire ; en Oregon, de mort dans la dignité.

Enfin le Conseil d'État a expressément indiqué dans son avis sur le projet de loi de 2024 que l'emploi de l'expression « aide à mourir » n'appelait pas d'objection de sa part.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Tout le monde est d'accord pour développer les soins palliatifs, et ils font l'objet d'une programmation sur dix ans. Mais certains malades ne souhaitent pas aller dans cette direction, et d'autres ne le peuvent pas. La loi Claeys-Leonetti ne répond pas non plus aux besoins de tous les malades.

Par ailleurs, inscrire ce droit dans la loi protège aussi les soignants, qui risquent d'être accusés d'exercice illégal s'ils participent à cet accompagnement.

M. Christophe Bentz (RN). Nous avons déjà eu ce débat sémantique, nous le reprenons et nous y reviendrons certainement.

Je refuse moi aussi le terme d'euthanasie, pour les raisons que le rapporteur général a évoquées. Ce texte porte fondamentalement sur le suicide, quelle que soit sa forme. Dès lors, il percute l'édifice qui structure notre civilisation depuis des siècles : le respect de la vie jusqu'à la mort naturelle. Il renverse aussi des décennies de prévention du suicide. C'est la raison pour laquelle je vous invite à voter la suppression de l'article 2.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS107 de M. Patrick Hetzel et AS221 de Mme Justine Gruet ; amendement AS24 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

M. Patrick Hetzel (DR). Le droit au soulagement de la douleur est déjà inscrit à l'article L. 1110-5 du code de la santé publique. Cette mention demeure insuffisante : le droit au soulagement n'est pas qualifié de droit opposable et la responsabilité du médecin reste ambiguë lorsque le traitement de la douleur peut avoir pour effet secondaire d'abréger la vie. Cette insécurité contribue à des réticences dans la prise en charge de la douleur, qui sont largement documentées.

En sécurisant juridiquement les professionnels, en réduisant l'autocensure médicale et en favorisant une prise en charge plus active et plus complète de la douleur, la reconnaissance explicite d'un droit opposable au meilleur soulagement possible constituerait un levier majeur de transformation des pratiques. C'est ce que propose l'amendement AS107.

Mme Justine Gruet (DR). Nos amendements ont été déposés après un travail de fond d'auditions et de rencontres, mené depuis des années.

Il faut désigner explicitement les actes concernés. La rédaction actuelle entretient à mon sens une confusion entre l'accompagnement de la fin de vie, qui existe déjà, notamment avec les soins palliatifs, et l'organisation d'un geste visant à provoquer délibérément la mort. Employer les termes exacts permet d'assumer pleinement la portée éthique et politique du texte. Pour moi, l'aide à mourir peut aussi être une main tendue, pas forcément l'utilisation d'une substance létale.

M. Patrick Hetzel (DR). Par l'amendement AS24, je propose de retenir la rédaction de l'Académie suisse des sciences médicales : « *L'assistance au suicide est l'acte accompli dans l'intention de permettre à une personne capable de discernement de mettre fin à ses jours, après la prescription de médicaments par un médecin à des fins de suicide.* » Il s'agit de prévoir un encadrement strict. Certains cantons suisses ont fait évoluer leur loi, mais en fixant un cadre très précis. Avec la rédaction actuelle, nous pourrions avoir 172 actes de ce type par jour en France !

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Les amendements identiques visent à rétablir la rédaction adoptée en séance au Sénat. Ils effacent toute référence à l'aide à mourir, ce qui équivaut à un amendement de suppression : le texte serait vidé de sa substance.

La rédaction du texte ne va pas au-delà de ce que prévoit le code de la santé publique depuis l'adoption de la loi Claeys-Leonetti, qui a reconnu un droit à « une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ». Nous devons tout faire pour garantir l'effectivité de cette loi.

Quant à l'amendement AS24, il modifie totalement l'équilibre de la proposition de loi. Je ne reviens pas sur l'emploi du mot « suicide », dont nous avons déjà largement débattu. La notion d'aide à mourir repose sur l'idée centrale d'un accompagnement médical dans un cadre strict. Votre amendement supprime au contraire la référence à l'accompagnement du malade.

Avis défavorable aux trois amendements.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Le suicide est un problème majeur, particulièrement chez les jeunes – un lycéen sur dix a déjà fait une tentative de suicide ou attenté à sa santé. Il ne faut donc entretenir aucune confusion entre tout ce qui concerne la prévention du suicide, l'accompagnement des personnes qui ont des pensées suicidaires, le soutien aux associations, aux médecins et à tous ceux qui cherchent à éviter ces gestes suicidaires, d'un côté, et de l'autre côté l'aide à mourir, qui est un acte de fin de vie, qui ne concerne que des personnes dont le pronostic vital est engagé et qui respecte un processus strictement encadré.

M. Yannick Neuder (DR). À la différence peut-être de nombre de mes collègues, j'ai peu de certitudes et beaucoup de questions, qui résultent de vingt-cinq ans d'activité professionnelle où je conduisais les patients à la greffe cardiaque et, quand malheureusement nous ne trouvions pas de greffon, à la fin de vie. C'est à chaque fois une histoire différente.

Le Comité consultatif national d'éthique a bien montré que, sur 100 patients qui désiraient une aide à mourir, 9 seulement maintenaient leur demande lorsqu'ils avaient accès aux soins palliatifs. Légiférons-nous ici pour ces 9, ou pour les 91 autres ?

Aujourd'hui, 50 % à 80 % des patients n'ont pas accès aux soins palliatifs : sommes-nous prêts à faire le saut sociétal qu'induit ce texte tant que cette prise en charge minimale n'est pas accessible à tous et partout ?

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS216 de Mme Justine Gruet, AS336 et AS337 de M. Matthias Renault, AS222 et AS214 de Mme Justine Gruet, AS360 de M. Daniel Grenon, AS596 de M. Christophe Bentz, AS215 de Mme Justine Gruet et AS597 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Comme vient de le dire Yannick Neuder, nous ne nous apprêtons pas à légiférer sur une aide à mourir, puisque l'accompagnement de la fin de vie est bien autre chose que la seule administration d'une substance létale : l'amendement AS216 vise donc à remplacer les termes « le droit à l'aide à mourir » par « l'accès au suicide assisté et à l'euthanasie ».

Il est surprenant que, dans la précipitation, on ne s'interroge pas sur l'insuffisance de l'accès aux soins palliatifs dans notre pays alors que le droit ouvert par le présent texte sera ouvert à tous, immédiatement et en tout point du territoire. L'enjeu est de répondre à la souffrance, d'accompagner les patients, leurs familles, les plus vulnérables ; et la seule réponse que l'Assemblée nationale serait capable d'apporter, c'est d'ouvrir un droit à mourir, facile à mettre en œuvre partout ? Non, il faut commencer par donner accès aux soins palliatifs à tous ceux qui en ont besoin.

M. Matthias Renault (RN). L'amendement AS336 vise à remplacer « droit à l'aide à mourir » par « suicide assisté et euthanasie ». La notion de droit à l'aide à mourir est en effet un euphémisme englobant qui biaise le débat.

C'est un euphémisme car elle permet d'éviter d'évoquer la violence de l'acte, son caractère technique, son côté cru et clinique. Elle est volontairement englobante, son ambiguïté permettant d'inclure l'euthanasie et le suicide assisté en une seule expression vague, puisqu'on ne sait pas qui aide, ni comment – par auto-administration ou avec le recours à un tiers. Enfin elle biaise le débat en évitant des images négatives, par exemple des comparaisons avec le meurtre ou le suicide violent, au profit d'une formulation positive, empathique, qui peut être intégrée dans le discours quotidien ou politique. Elle transforme l'opposition à l'euthanasie et au suicide assisté à une opposition à un droit – implicitement assimilé aux droits de l'homme. S'opposer à une aide aux personnes est disqualifiant d'un point de vue rhétorique.

Cette expression permet aussi de rendre les deux actes en question compatibles avec la notion de soin, alors que ce n'est pas le cas en réalité. Elle relève donc de la communication et de la stratégie politique. Nous ne sommes pas là, en tant que législateur, pour inscrire dans le droit une novlangue militante mais des concepts précis, faisant référence à des actes qui le sont tout autant. Et ces concepts existent déjà dans la langue française.

L'amendement AS337 permet de recentrer le dispositif sur le suicide assisté, qui est autorisé dans de nombreux pays, contrairement à l'euthanasie. C'est vrai en Suisse, qui est historiquement le pays de référence, puisque le suicide assisté y est toléré depuis 1942, et en Allemagne, où il est autorisé depuis un arrêt de la Cour constitutionnelle datant de 2020 alors que l'euthanasie active reste interdite. Il en va de même en Autriche, en Italie ou encore aux États-Unis dans une dizaine d'États.

Mme Justine Gruet (DR). Le dispositif que nous introduisons dans le code de la santé publique n'est pas un simple accompagnement médical, mais donne accès à un acte déterminé – une mort provoquée. La représentation nationale doit en débattre en utilisant des termes exacts et ce n'est pas parce que nous en sommes à une troisième lecture qu'il n'y a pas lieu de s'interroger à nouveau. Sinon, à quoi servirait une lecture supplémentaire ? Il a été dit que la deuxième s'est caractérisée par des débats de qualité sur le fond et la forme. Certes, mais quand on parle d'éthique, il faut être capable de s'interroger, de douter. Or j'ai le sentiment que nous nous engageons dans cette discussion comme dans les précédentes, en nous mettant des œillères et en refusant de réfléchir aux questions d'éthique et à ce que la rupture qui nous est proposée peut provoquer dans notre société. Nous proposons de remplacer « droit à l'aide à mourir » par « accès à la mort provoquée » tout simplement pour définir plus précisément l'objet sur lequel nous sommes appelés à légiférer.

M. Daniel Grenon (NI). Je propose pour ma part de remplacer « droit à l'aide à mourir », qui qualifie malhonnêtement les pratiques visées, par « euthanasie et suicide

assisté », dans un objectif de clarté et d'intelligibilité de la loi ainsi que de transparence vis-à-vis de nos concitoyens. Ceux de nos voisins européens qui ont autorisé ce genre de pratiques ont expressément parlé d'euthanasie dans leur loi.

M. Christophe Bentz (RN). Nos deux amendements visent aussi à expliciter de quoi il s'agit. Il ne peut y avoir de droit à la mort. En revanche, la liberté de se suicider, malheureusement, existe. Notre société doit sauver la vie. C'est pourquoi elle est totalement mobilisée pour prévenir le suicide et aider et accompagner les personnes qui souffrent. Ainsi, parler d'aide à mourir est tout à fait impropre. J'ai questionné ce matin Google, qui a beaucoup plus de connaissances que nous tous : lorsque j'ai tapé « aide à mourir », le premier résultat qui est apparu était le numéro national pour la prévention du suicide. Si Google, qui n'est pas une personne mais un simple outil, a réussi à comprendre qu'il s'agissait bien, en réalité, de suicide, pourquoi les législateurs que nous sommes n'utiliseraient-ils pas des termes véridiques ?

Mme Justine Gruet (DR). Si nous ne sommes pas capables de clarifier les termes du débat, comment arriverons-nous à différencier les soins palliatifs, qui sont une aide à mourir d'une manière naturelle, et l'injection d'une substance létale ?

À vous écouter, on pourrait parfois penser qu'il est moins important de défendre certaines vies que d'autres. Ce n'est pas en tentant de simplifier le débat qu'on parviendra à traiter dans leur complexité les questions éthiques. J'ai le sentiment que vous essayez de faire une sorte de tri entre les souffrances, et nous verrons lorsque nous aborderons les critères d'accès de ce que vous appelez l'aide à mourir que le texte laissera parfois le médecin seul pour faire ce tri.

Il est important d'être le plus précis possible afin de protéger les personnes les plus vulnérables. L'impératif de prévention du suicide vaut aussi bien pour ceux qui, atteints d'une maladie, lancent des appels à l'aide. Il est de notre responsabilité de continuer à leur tendre la main.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Ces amendements veulent substituer diverses expressions à celle de droit à l'aide à mourir.

M. Bentz estime qu'il s'agit d'une expression impropre. Je peux entendre cet argument, même si je ne le partage pas. J'ai beaucoup plus de mal avec le terme « malhonnête » qui a été utilisé par M. Grenon.

Je ne reviendrai pas sur la notion d'euthanasie mais plutôt sur celle de suicide assisté, qui a été évoquée par Mme Rousseau. Y faire référence, je l'ai dit, introduirait une confusion entre cet acte de désespoir qu'est le suicide et la décision d'une personne qui se sait condamnée par la maladie, qui va mourir et souhaite partir paisiblement.

Selon un rapport publié en février 2025 par l'Observatoire national du suicide, dans les pays où l'aide à mourir existe, « *le simple fait d'être écouté par un soignant, d'évoquer les possibilités du dispositif et d'entrevoir un horizon, provoque même dans certains cas un effet de revitalisation, ou du moins un début de prise en charge du mal-être. De tels effets peuvent, de manière contre-intuitive, ouvrir des perspectives d'articulation entre prévention du suicide et AAM [aide à mourir]* ». Même cet observatoire, qu'on ne peut pas considérer comme une officine pro-aide à mourir, montre que les deux termes ne se confondent pas.

Pour ces raisons, je suis défavorable à ces amendements.

M. Yannick Monnet (GDR). « Assitez-moi dans mon suicide », cela ne veut pas dire la même chose que « aidez-moi à mourir ». En parlant de suicide, on laisse la personne seule face à la situation. C'est pourquoi l'expression « suicide assisté » ne convient pas.

Yannick Neuder a évoqué une question de fond : oui, quand les personnes sont bien prises en charge, la demande d'aide à mourir diminue. Mais cela ne veut pas dire qu'il ne reste pas des gens qui la sollicitent. Légiférer pour cette proportion, peut-être faible, de personnes, pour les accompagner et créer des conditions leur permettant de demander une aide à mourir, cela ne me pose aucun problème. Je pense qu'il faut le faire.

Par ailleurs, si on est vraiment convaincu de la nécessité des soins palliatifs, on doit arrêter de voter des budgets de la sécurité sociale en baisse pour ce qui est de l'hôpital et des soins ! Il faut y mettre les moyens. Ce qui est compliqué, c'est que ceux qui rejettent cette proposition de loi défendent souvent une politique de rigueur budgétaire en matière de santé.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Tous ces amendements visent à assurer la clarté et la vérité des mots utilisés. Il ne s'agit pas de caricaturer le débat ni de l'enflammer, mais de garantir la sincérité du travail parlementaire. L'expression « aide à mourir » est ambiguë : elle peut renvoyer à l'accompagnement de la fin de vie, aux soins palliatifs, à la sédation, au soulagement de la personne. Or le dispositif dont nous parlons organise l'accès à une substance létale, administrée soit par la personne elle-même, soit par un tiers. En droit, ces réalités portent un nom : « suicide assisté » ou « euthanasie ». Nous ne pouvons pas légiférer sur une question aussi grave en employant des termes flous ou euphémisants.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS600 de M. Christophe Bentz et AS583 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). Nous proposons un amendement de repli pour remplacer cette fois le mot « droit ». Nous considérons en effet qu'il ne peut pas y avoir de droit universel à accéder à la mort. Le but annoncé de cette proposition de loi est de répondre à des situations tout à fait exceptionnelles, concernant certains patients en fin de vie. Dès lors, notre amendement de repli vise à remplacer le droit à l'aide à mourir par un « dispositif exceptionnel » d'aide à mourir.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). L'article L. 1110-5 du code de la santé publique dispose que « toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ». Créer un droit distinct à l'aide à mourir reviendrait à superposer deux droits alors qu'un seul suffit. Le droit à une fin de vie digne doit tout englober, et l'aide à mourir doit rester une exception et non la règle.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Monsieur Bentz, l'expression « dispositif exceptionnel d'aide à mourir » a un inconvénient majeur : elle efface toute référence à un nouveau droit et laisse entendre que l'aide à mourir serait accordée, en quelque sorte, à titre dérogatoire à certaines personnes et non à d'autres. Mais l'accès à l'aide à mourir ne doit pas résulter d'une dérogation : cela concerne toutes les personnes qui en feront la demande, si les cinq conditions prévues à l'article 4 sont remplies.

Madame Colin-Oesterlé, la mention d'un droit d'accès à l'aide à mourir souligne la portée que nous voulons donner à ces dispositions, mais cela ne signifie aucunement que le droit en question serait inconditionnel. Chaque fois que le législateur reconnaît un nouveau droit, il définit ses conditions d'exercice.

Je vous demande donc de retirer ces amendements, ou je leur donnerai un avis défavorable.

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Puisqu'il est beaucoup question de clarté des débats et de transparence, allons jusqu'au bout : pourriez-vous arrêter de faire semblant d'ignorer le contexte très particulier duquel nous débattons ? Il s'agit de personnes qui savent qu'elles vont mourir et qui demandent de choisir le moment où elles vont partir. Certains parlent de « mort provoquée », mais en l'occurrence la mort va arriver. Beaucoup parlent de respect de la vie, mais que font-ils du respect de la volonté de la personne ?

Enfin, les médecins sont déjà seuls face à la souffrance. Écoutez leurs témoignages. Vous les trouverez sans difficulté en utilisant, là aussi, Google.

Mme Justine Gruet (DR). Madame la rapporteure, vous clarifiez une position qui semblait jusque-là dissimulée. Il s'agit réellement d'un nouveau droit et non d'un ultime recours. Or c'est ce qui m'interpelle.

Nous en reparlerons à l'article 4, quand nous aborderons la définition des critères, mais mon sentiment est que les termes ne sont pas posés clairement, de façon scientifique. Cela placera le médecin dans une situation où il devra faire un tri entre les souffrances, d'une manière subjective. Nous l'avons vu à l'occasion de la précédente lecture.

Je vous invite à rester à notre place de législateur. Nous sommes là pour poser un cadre permettant de sécuriser les soignants lorsqu'ils devront prendre une décision en réponse à la demande d'un patient.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS324 de Mme Annie Vidal, AS598 de M. Christophe Bentz, AS86 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS601 de M. Christophe Bentz, AS2 de M. Fabien Di Filippo et AS325 de Mme Annie Vidal (discussion commune)

Mme Annie Vidal (EPR). L'amendement AS324 tend à renommer le nouveau droit en « droit au suicide assisté ou à l'euthanasie ». L'expression « aide à mourir » est euphémisante : elle atténue la portée de ce qui est en cause et masque la réalité des actes envisagés. Quand il est question de dispositions bioéthiques et juridiques d'une telle gravité, la loi doit être formulée avec des mots clairs et non équivoques, afin que le Parlement, les soignants, les patients et les familles sachent exactement de quoi il s'agit.

Le choix des termes n'est jamais anodin. L'expression « aide à mourir », bien qu'elle puisse paraître plus accessible et plus consensuelle, recouvre des situations et des pratiques très diverses, comme les soins palliatifs, la sédation profonde et continue jusqu'au décès, ou encore la prise en charge des personnes arrivant à la fin de leur vie qui a lieu dans tous les services, sans recours à une substance létale. En conservant cette expression générique, le législateur prendrait le risque d'entretenir une confusion regrettable, source d'incompréhensions, voire d'inquiétudes légitimes pour nos concitoyens – ce n'est pas un hasard si les plus inquiets sont les moins de 25 ans.

M. Christophe Bentz (RN). Madame la rapporteure, vous nous reprochez de vouloir, par nos amendements, effacer tout droit à l'aide à mourir, au suicide assisté. C'est tout à fait notre intention, que je ne crois pas avoir dissimulée. Nos amendements de repli visent donc à préciser qu'il s'agit d'un dispositif dérogatoire à une règle universelle, qui est le respect de la vie humaine jusqu'à la fin, c'est-à-dire la mort naturelle.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Mon amendement ne modifie pas le dispositif ni ses conditions d'accès : il vise uniquement à assurer la clarté et la sincérité du débat parlementaire. L'expression « aide à mourir », qui ne correspond à aucune catégorie juridique, masque la réalité de l'acte autorisé, qui consiste à donner intentionnellement la mort. Le législateur ne peut pas se satisfaire d'un vocabulaire approximatif lorsqu'il crée un droit d'une telle portée. Parler de « mort programmée », comme nous le proposons, ne revient pas à porter un jugement moral mais à décrire fidèlement le mécanisme prévu. La clarté des mots est une exigence constitutionnelle et démocratique.

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement d'appel AS601 vise à remplacer l'expression « aide à mourir » par « aide à vivre », tout simplement pour rappeler les principes : le rôle de la société et le devoir de l'État sont de soigner et non de permettre qu'on provoque la mort.

Mme Sylvie Bonnet (DR). Cette proposition de loi vise à légaliser le suicide assisté et l'euthanasie. Même si, comme l'a souligné la présidente de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, il est trop difficile de nommer le geste en question et de l'assumer politiquement, il est essentiel d'indiquer clairement les objectifs du texte. L'amendement AS2 vise à faire preuve d'honnêteté en ne dissimulant pas la réalité des actes qui seront réalisés pour provoquer la fin de vie, à savoir l'administration, par un praticien, d'un médicament qui entraîne le décès du malade, ou la remise d'un médicament que le malade peut s'auto-administrer pour mourir.

Mme Annie Vidal (EPR). L'amendement de repli AS325 vise à préciser que l'aide à mourir se fait par suicide assisté ou euthanasie – catégories auxquelles correspondent classiquement, sur le plan juridique, les pratiques que vous voulez instaurer. Il permettra de garantir la sincérité du vocabulaire employé et l'intelligibilité de la loi, en assumant clairement le périmètre des actes autorisés.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Ces amendements apportent divers changements sémantiques, en faisant référence au droit à vivre, au suicide assisté, à l'euthanasie ou encore à la mort programmée. Nous avons déjà eu ces débats et, malheureusement, nous les aurons encore. Je ferai toujours les mêmes réponses, assorties d'avis défavorables.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Nous voterons contre ces amendements. Les mots employés dans la proposition de loi sont clairs et non équivoques : il s'agit de créer un droit à l'aide à mourir. On entend depuis le début, et une tribune récente y contribue, une petite musique selon laquelle nos débats auraient lieu dans la précipitation. Je rappelle que nous avons déjà travaillé sur ces questions en 2021, en 2024 et 2025, que nous en sommes à la troisième lecture, que la question a déjà fait l'objet d'une centaine d'heures de débat et qu'une convention citoyenne a eu lieu. Malgré cela, il est question de mépris, d'atteinte à la démocratie et de volonté de se débarrasser du sujet... Soyons sérieux, et sincères ! Nous allons continuer à débattre, parce que c'est important. Nous prenons le temps nécessaire et c'est très bien.

M. Patrick Hetzel (DR). Je soutiens ces amendements pour une raison toute simple : ils répondent à un vrai problème de terminologie juridique. Que l'on soit d'accord avec le texte ou non, il est important de nommer les choses. Sans même entrer dans des questions d'intentionnalité, le simple fait qu'il y ait une euphémisation est très grave. Des spécialistes d'éthique le disent, comme le professeur Hirsch, mais il n'est pas le seul. C'est un problème de fond, sur lequel j'alerte une nouvelle fois.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS25 de M. Patrick Hetzel et AS516 de M. Thomas Ménagé

M. Patrick Hetzel (DR). Il n'est pas simplement question dans ce texte d'une aide à mourir – c'est déjà l'objet des soins palliatifs – mais d'une aide active à mourir. Il faudrait utiliser cette expression dans le texte afin d'éviter toute ambiguïté terminologique et juridique. N'introduisons pas une confusion avec l'éthique des soins palliatifs qui sont pratiqués depuis des décennies.

M. Thomas Ménagé (RN). Nous avons déjà eu ce débat lors de la première et de la seconde première lecture, si je peux m'exprimer ainsi. Nous sommes tous d'accord, me semble-t-il, pour soutenir les soins palliatifs et pour les différencier de cette nouvelle aide à mourir. Les soins palliatifs sont une aide à mourir passive – il y a un accompagnement en cas de sédation profonde et continue, mais on laisse le corps et la nature faire leur œuvre. Ce qui est maintenant proposé est une aide active à mourir, par l'administration d'une substance létale. Je suis favorable aux deux, qui sont complémentaires, mais il faut être très clair au sujet de l'aide active à mourir. Qu'on soit pour ou contre une telle pratique, ces amendements me paraissent consensuels.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je sais que M. Ménagé est favorable la proposition de loi, mais j'ai ici un désaccord avec lui. L'expression « aide active à mourir » a l'inconvénient, pour moi, de suggérer qu'il existe une aide passive à mourir. Or les soignants qui accompagnent les malades au moment de leur mort ne sont pas passifs : ils prodiguent des soins. Par ailleurs, si quelqu'un est actif dans la procédure d'aide à mourir, c'est la personne qui souhaite y avoir recours, plus que les professionnels de santé qui l'accompagnent. La notion d'aide active à mourir sous-entend pourtant que la personne qui demande cette aide en serait le bénéficiaire passif. Enfin, l'expression « aide à mourir » ne présente pas de risque de confusion avec les autres modes d'accompagnement des malades en fin de vie, dans la mesure où l'article 2 définit précisément ce que recouvre cette aide, à savoir l'accompagnement d'une personne qui choisit de recourir à une substance létale.

Je ne suis donc pas favorable à ces amendements. Je souhaite conserver la notion d'aide à mourir, qui est parfaitement lisible et, comme l'a dit le Conseil d'État, parfaitement claire.

M. Théo Bernhardt (RN). Oui, on peut parler de précipitation dans l'étude de ce texte. Par ailleurs, il y a de quoi s'interroger sur le calendrier choisi. On nous a convoqués en décembre en urgence en commission pour le projet de loi de lutte contre les fraudes, juste après la discussion budgétaire, alors que les textes sur la fin de vie n'avaient même pas été étudiés par le Sénat. L'ordre des priorités me paraît vraiment à revoir.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS546 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Nous proposons de supprimer le cœur nucléaire du texte, à savoir la définition des conditions de l'administration d'une substance létale.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Vous m'ôtez les mots de la bouche : la suppression de l'alinéa 6 viderait totalement le texte de sa substance.

Avis défavorable.

Mme Annie Vidal (EPR). Je ne comprends pas, s'agissant des amendements précédents, le refus d'une proposition qui faisait l'objet d'un consensus en première lecture. Si vous l'aviez acceptée, monsieur le rapporteur général, nous n'aurions pas à en débattre de nouveau. Cette obstination de votre part n'incite pas à raccourcir les débats.

Des rapports qui font référence parlent d'aide active à mourir. C'est une notion vraiment importante, qui permet de différencier les formes que peut revêtir l'aide à mourir.

M. Michel Lauzzana (EPR). Il y a déjà dans la définition même de l'aide, en français, l'idée d'une intervention. Parler d'aide active me semble donc redondant.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS700 de Mme Brigitte Liso et sous-amendement AS710 de Mme Océane Godard ; amendements AS51 de M. Thibault Bazin, AS181 de Mme Marie-France Lorho et AS26 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Notre amendement, qu'on pourrait qualifier de rédactionnel, tend à réécrire largement les alinéas 6 et 7 de l'article 2 pour tirer les conséquences de l'introduction, en première lecture, de la notion de droit à l'aide à mourir. D'une part, la rédaction actuelle de l'alinéa 6, selon laquelle le droit à l'aide à mourir « consiste à autoriser » une personne à recourir à une substance létale, implique que la personne qui demande l'aide à mourir ne détient pas un droit, ce qui n'a pas la portée voulue. D'autre part, un droit n'est pas un acte. Il ne peut donc pas être qualifié d'« acte autorisé par la loi » au sens du code pénal, ce qui impose de modifier aussi l'alinéa 7. Nous vous proposons donc les rédactions suivantes.

« Le droit à l'aide à mourir est le droit pour une personne qui en a exprimé la demande d'être autorisée à recourir à une substance létale et accompagnée, dans les conditions prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7, afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est physiquement pas en mesure de le faire, qu'elle se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier. »

« Les personnes qui concourent à l'exercice du droit à l'aide à mourir dans les conditions prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7 ne sont pas pénalement responsables au sens de l'article 122-4 du code pénal. »

M. Thibault Bazin (DR). J'ai déposé un amendement tout aussi rédactionnel que le vôtre.

Un droit peut être soit un droit-créance soit un droit-liberté. Vous penchez plutôt pour un droit-créance vis-à-vis de la société – ce qui me gêne, mais c'est un autre débat.

Monsieur le rapporteur général, vous avez beaucoup évoqué le Conseil d'État, mais il existe d'autres organes qui traitent de bioéthique et méritent aussi notre considération. L'expression « aide active à mourir » retenue par le Conseil économique, social et environnemental et par le Conseil consultatif national d'éthique me semble plus claire. Les professionnels de santé qui accompagnent des personnes en soins palliatifs aident aussi à mourir. Je ne voudrais pas qu'il y ait une confusion.

Par ailleurs, votre notion d'aide à mourir recouvre deux réalités différentes. La première n'implique que la personne concernée ; dans la seconde, des professionnels de santé, médecins ou infirmiers, sont impliqués directement dans la réalisation d'un acte. À cet égard, je propose de préciser que le médecin et l'infirmier sont volontaires.

Enfin, votre amendement prévoit une absence de responsabilité sur le plan pénal. Au Canada et aux Pays-Bas, ces questions ne sont pas réglées par le code de la santé publique, mais par le code pénal. Avez-vous travaillé avec la chancellerie sur ce sujet ?

M. Eddy Casterman (RN). L'amendement AS181 vise à clarifier les termes d'un débat qui est d'une gravité extrême, puisqu'il est question de vie, de mort et de responsabilité humaine. Deux réalités très différentes sont mêlées dans une même expression. Le suicide assisté est la situation où une personne consciente et volontaire accomplit elle-même le geste qui met fin à sa vie, avec une aide strictement encadrée. L'euthanasie, quant à elle, suppose l'intervention directe d'un tiers, qui administre une substance létale. Dans un cas, l'acte final relève de la personne et dans l'autre, il est réalisé par un professionnel de santé. La distinction n'est pas uniquement sémantique mais aussi juridique, éthique et médicale. La responsabilité, le rôle des soignants et la place du patient dans la décision ultime ne sont pas les mêmes. Nommer clairement les choses permet de légiférer avec rigueur, ce qui est notre responsabilité.

M. Patrick Hetzel (DR). On entend souvent dire que le présent texte est équilibré, mais ce n'est pas le cas. Des débats ont eu lieu dans d'autres pays, qu'on ne peut certes pas transposer tels quels mais dont on peut tirer les conséquences. En Suisse comme dans l'Oregon, le dispositif est limité : la personne qui demande à recourir à une substance létale doit se l'administrer, par voie d'ingestion. En effet, son choix peut fluctuer. Les études menées dans l'Oregon montrent d'ailleurs que toutes celles et ceux qui se procurent une substance létale ne décident pas forcément de l'absorber. S'agissant d'un sujet d'une telle sensibilité donc, le fait que le dispositif que vous proposez soit très ouvert pose question. En matière d'éthique, il faut faire preuve de mesure.

Mme Océane Godard (SOC). Le droit à mourir est une ultime liberté et la manifestation par le patient de sa volonté libre et éclairée est au cœur de cette loi. C'est la raison pour laquelle le sous-amendement AS710 veut lui permettre de choisir entre l'auto-administration de la substance létale et son administration par un médecin ou un infirmier.

L'argument du Gouvernement en séance selon lequel il faut faire primer l'auto-administration parce qu'elle permettrait une ultime vérification de la volonté du patient ne tient pas, car cette vérification est faite au moment de l'administration.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je suis bien entendu très favorable à l'amendement AS700, signé par l'ensemble des rapporteurs.

Je suis en revanche défavorable au sous-amendement, même si j'en comprends la motivation. Nous devons agir de telle sorte que le droit que nous souhaitons assurer devienne effectif, ce qui suppose que la proposition de loi soit adoptée. Je maintiens que le texte est solide, cohérent et équilibré. C'est la raison pour laquelle il avait été largement voté par l'Assemblée en première lecture. Je ne souhaite pas que l'on remette en cause l'équilibre qui avait été trouvé, car cela pourrait nous fragiliser dans notre combat commun.

Mme Océane Godard (SOC). Je retire le sous-amendement.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Avis défavorable aux autres amendements, qui relèvent d'un débat sémantique.

Mme Annie Vidal (EPR). Je m'interroge sur cette nouvelle rédaction.

L'amendement AS700 définit le droit à mourir comme le droit pour une personne qui en a exprimé la demande d'être autorisée à recourir à une substance létale. Mais qu'en est-il d'une personne en soins palliatifs qui demande une sédation profonde et continue ? C'est également une aide à mourir. Y aura-t-elle droit ?

La rédaction proposée restreint le droit à l'aide à mourir au seul recours à une substance létale.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Il s'agit exactement des mêmes substances.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). Il faut dire les choses telles qu'elles sont : on parle bien d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès, avec l'administration d'une substance létale.

Le sous-amendement AS710 est retiré.

La commission adopte l'amendement AS700.

En conséquence, les autres amendements tombent ainsi que les amendements AS164 de Mme Marie-France Lorho, AS606 et AS608 de M. Christophe Bentz, AS3 de M. Fabien Di Filippo, AS577 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS188 et AS190 de Mme Annie Vidal, AS420 et AS419 de Mme Justine Gruet, AS146 de Mme Marie-France Lorho, AS604 de M. Christophe Bentz, AS418 de Mme Justine Gruet, AS603 de M. Christophe Bentz, AS485 de Mme Danielle Simonnet, AS19 de M. Jean-François Rousset, AS609 et AS605 de M. Christophe Bentz, AS27 de M. Patrick Hetzel, les amendements identiques AS97 de Mme Océane Godard, AS123 de Mme Karen Erodi, AS480 de Mme Sandrine Rousseau et AS514 de Mme Agnès Pannier-Runacher, les amendements AS122 de M. Hadrien Clouet et AS117 de Mme Océane Godard, les amendements identiques AS52 de M. Thibault Bazin et AS602 de M. Christophe Bentz, les amendements AS218 de Mme Justine Gruet, AS175 de Mme Marie-France Lorho, AS515 de Mme Agnès Pannier-Runacher, AS454 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS396 de Mme Lisette Pollet, AS219 et AS417 de Mme Justine Gruet, les amendements identiques AS28 de M. Patrick Hetzel et AS613 de M. Christophe Bentz et les amendements AS584 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé, AS217 et AS220 de Mme Justine Gruet, AS610 et AS612 de M. Christophe Bentz, AS397 et AS398 de Mme Lisette Pollet et AS144 de Mme Marie-France Lorho.

Amendements AS182 de Mme Sylvie Bonnet et AS30 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

Mme Sylvie Bonnet (DR). Mon amendement précise que l'aide à mourir ne peut être considérée comme un soin car elle contrevient à l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, qui mentionne les « actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ».

M. Patrick Hetzel (DR). Dès lors que cet article traite du suicide assisté, on n'est plus dans une logique de soin. Il faut donc le mentionner clairement dans la loi afin d'éviter toute confusion avec le travail réalisé par les professionnels des unités de soins palliatifs, qui se mobilisent pour soigner et dont je salue l'engagement.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Le texte ne qualifie à aucun moment l'aide à mourir de soin. C'est une modalité d'accompagnement de la fin de vie, et je m'associe à l'hommage rendu par M. Hetzel à tous les soignants qui dispensent des soins palliatifs.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). À force de vouloir être bienveillants, certains finissent par confondre l'accueil d'une détresse et l'approbation de la mort, comme si refuser la mort provoquée était un manque d'empathie. On a beaucoup parlé de liberté et d'égalité mais finalement peu de fraternité. Or je crois que celle-ci consiste à refuser d'abandonner quelqu'un à son pire instant.

Vous n'avancez même plus à pas feutrés, monsieur le rapporteur général : vous indiquez clairement que vous souhaitez que ce texte soit voté à tout prix, selon le calendrier que vous nous imposez. Je crains grandement que vous ne reveniez par la suite sur un certain nombre de critères. En l'occurrence, vous voulez maintenir la possibilité d'administrer une substance létale quand la personne n'est pas en état de le faire elle-même afin de conserver l'équilibre du texte pour qu'il puisse être voté.

Mme Firmin Le Bodo a considéré qu'il n'y avait pas de différence entre la substance qui est utilisée pour la sédation profonde et continue jusqu'au décès et celle destinée à l'euthanasie, alors qu'il s'agit d'un anesthésiant dans le premier cas et de curare barbiturique dans le second.

L'amendement AS700 de Mme Liso prévoit que les personnes qui concourent à l'exercice du droit à l'aide à mourir ne sont pas pénallement responsables. Or nous verrons par la suite qu'une telle définition présente des difficultés en matière de contrôle *a priori*.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Je souhaite que l'on respecte les patients en fin de vie atteints de maladies incurables et les soignants qui exercent à leur chevet, mais aussi que l'on sache prendre en compte la souffrance physique et psychologique. L'accompagnement, c'est un soin jusqu'à la fin de la vie, quelle que soit la maladie.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je n'ai jamais dit, je ne pourrai jamais dire que je veux que le texte soit voté à tout prix, madame Gruet. C'est tout le contraire, car je ne veux en aucun cas que l'on crée un droit qui ne serait pas effectif – ce qui a été tenté au Sénat. En revanche, je souhaite que le texte adopté conserve sa solidité, sa cohérence et son équilibre.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS614 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Cet amendement prévoit qu'aucun professionnel de santé ne peut être contraint de participer, directement ou indirectement, à un acte relevant du dispositif exceptionnel d'aide à mourir.

Nous proposons ainsi d'inscrire la clause de conscience des médecins, infirmiers ou pharmaciens au sein de cet article 2, qui constitue le cœur nucléaire du texte.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Le texte comprend une clause de conscience pour tous les professionnels, mais à l'article 14.

Avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). Je ne suis pas favorable à l'amendement de M. Bentz.

Par ailleurs, je voudrais répondre à Mme Gruet. Les mots exacts qui figurent dans la loi sont « sédation profonde et continue jusqu'au décès » et il convient de bien les utiliser. En outre, personne n'a le monopole de la fraternité. C'est d'ailleurs un argument réversible, car on peut également considérer que ne pas répondre à une personne qui demande l'aide à mourir est un manque de fraternité.

Mme Justine Gruet (DR). Il faut distinguer entre la loi Claeys-Leonetti – dont j'espère qu'elle pourra continuer à être appliquée par les professionnels de santé – et le nouveau droit que la proposition de loi veut ouvrir, car les critères ne sont pas les mêmes.

Pour une sédation profonde et continue jusqu'au décès, le pronostic vital est engagé à court terme : on parle de quelques jours. Mais on verra lors de l'examen des conditions d'accès au nouveau droit qu'il n'existe aucune base scientifique permettant au médecin de déterminer objectivement si le pronostic vital du patient est engagé. L'intentionnalité n'est pas la même, les produits utilisés ne sont pas les mêmes, le pronostic vital des patients concernés n'est pas le même.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS29 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Au cours des vingt dernières années, entre 450 et 650 condamnations ont été prononcées tous les ans pour abus de faiblesse. Cela ne doit pas nous laisser indifférents. Il est donc nécessaire de s'assurer que la personne ne se trouve pas en état de faiblesse ou d'ignorance, ce qui renvoie aux termes utilisés dans le code pénal.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cette précision ne relève pas de l'article 2.

Sur le fond, je rappelle que la vérification des conditions d'accès à l'aide à mourir portera notamment sur le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté de la personne.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 2 modifié.

La réunion est suspendue de onze heures cinq à onze heures vingt.

Article 3 : Définition du droit à l'aide à mourir

Amendements de suppression AS31 de M. Patrick Hetzel, AS361 de M. Daniel Grenon, AS371 de M. Thibault Bazin et AS616 de M. Christophe Bentz

M. Patrick Hetzel (DR). En permettant le suicide assisté et l'euthanasie, la proposition repose sur une tout autre logique que celle de la loi Claeys-Leonetti, qui autorisait la sédation profonde et continue. Il ne s'agit plus de prodiguer un soin mais de mettre fin à la vie. On peut dès lors contester la pertinence de l'intégration du dispositif dans le code de la santé publique. Surtout, Laurent Frémont et Emmanuel Hirsch ont publié ce matin une tribune intitulée « *L'État ne doit pas apprendre aux vivants à disparaître* ». Nous devrions être attentifs à la manière dont nous légiférons sur une question aussi fondamentale.

M. Daniel Grenon (NI). Cet article inscrit la pratique du suicide assisté et de l'euthanasie au sein du code de la santé publique. Une telle codification entraînerait un profond bouleversement juridique en introduisant des pratiques dont l'objectif est le décès de l'individu – soit l'exact opposé de la guérison – dans un code qui repose sur le principe du soin. C'est pourquoi je propose de supprimer cet article.

M. Thibault Bazin (DR). L'article 3 complète l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, lequel figure dans le livre I^{er}, relatif à la protection des personnes en matière de santé.

La rédaction actuelle du code prévoit que toute personne a le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés. Selon la définition du code de la santé publique, celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou encore celle de l'Académie nationale de médecine, un soin maintient ou améliore la santé. En octobre 2007, la Haute Autorité de santé (HAS) définissait un acte de soins comme un « *ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne. Un acte de soins peut se décomposer en tâches définies et limitées, qui peuvent être indépendantes dans leur réalisation. Dans un même acte de soin, certaines tâches peuvent être réalisées par des professionnels de santé différents.* »

Selon l'OMS, prodiguer des soins palliatifs ne revient pas à nier la mort, mais certainement pas à la donner. Il s'agit de considérer la mort comme un processus normal, qu'on n'entend ni accélérer, ni repousser.

Il serait donc judicieux de faire figurer la définition de l'aide à mourir à une autre place dans le code de la santé publique.

M. Christophe Bentz (RN). Cet article fait partie du cœur de ce texte visant à légaliser le suicide, quelle que soit sa forme. Si par bonheur cet amendement de suppression était voté, il rendrait de fait ce texte inopérant. Ce serait bien sûr de nature à nous rassurer et, surtout, à protéger la véritable loi d'équilibre, c'est-à-dire la loi Claeys-Leonetti de 2016.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je suis d'accord avec M. Bentz sur un point, ce qui n'est pas si fréquent : supprimer l'article 3 rendrait cette loi inopérante. Je vous invite évidemment à rejeter ces amendements de suppression.

Contrairement à ce qui est écrit dans les exposés sommaires, cet article n'assimile pas l'aide à mourir à un soin. Il modifie simplement le second alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, qui porte sur l'accompagnement des personnes à la fin de leur vie et ne fait pas référence à la notion de soin. En revanche, affirmer que l'aide à mourir constitue l'une des modalités d'apaisement de la souffrance ainsi que l'une des façons de préserver la dignité des malades à la fin de leur vie est parfaitement conforme à l'esprit de l'article L. 1110-5.

M. Yannick Monnet (GDR). Monsieur le rapporteur général, c'est notre point de désaccord. Selon moi, la rédaction de cet article associe l'aide à mourir à un soin. Elle pourrait de ce fait devenir une alternative aux soins, alors qu'elle ne doit être sollicitée que lorsque plus aucun soin n'est opérant. Supprimer cet article ne rendra pas le texte inopérant, car il est possible de faire figurer la disposition dans une autre partie du code de la santé publique et d'éviter ainsi une confusion qui pose vraiment un problème. C'est pourquoi je suis favorable aux amendements de suppression.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS76 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Dans la tribune que j'ai précédemment citée, Laurent Frémont et Emmanuel Hirsch estiment que « *nos sociétés ont cessé de condamner moralement le suicidaire comme un coupable. Elles ont appris, au moins en partie, à le regarder comme une victime de sa propre détresse, comme quelqu'un qui n'a pas trouvé d'autre chemin que de s'effacer. Cette évolution est précieuse, parce qu'elle replace la souffrance au centre et l'orgueil moral à la marge.* »

Le présent texte constitue en réalité une régression. Nous parlons de rupture anthropologique car il remet en cause tous les acquis qui nous permettent d'accorder cette attention particulière à la fragilité, à la souffrance et à la détresse, en leur donnant une tout autre réponse sociale. Là réside précisément notre différence d'appréciation. Je souhaite que l'on se rende compte ici que c'est tout sauf anodin.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Votre amendement propose de remplacer l'article 3 par une nouvelle rédaction qui équivaudrait à supprimer l'article. Je n'y suis donc pas favorable. Sur le fond, il est satisfait par l'article 14, qui institue une clause de conscience permettant aux médecins de ne pas participer à la procédure d'aide à mourir.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS177 de Mme Marie-France Lorho, AS326 de Mme Annie Vidal, AS223 de Mme Justine Gruet, AS617, AS618 et AS619 de M. Christophe Bentz, AS87 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS224 de Mme Justine Gruet, AS4 de M. Fabien Di Filippo, AS517 de M. Thomas Ménagé et AS327 de Mme Annie Vidal (discussion commune)

Mme Lisette Pollet (RN). La Cour des comptes a estimé dans son rapport sur les soins palliatifs que les besoins ne sont couverts qu'à hauteur de 50 %, alors même que la loi Claeys-Leonetti reconnaît le droit d'y accéder.

Les soins palliatifs constituent une urgence absolue. C'est la raison pour laquelle l'amendement AS177 entend réaffirmer ce droit auquel tous les malades devraient pouvoir prétendre.

Mme Annie Vidal (EPR). Mes amendements visent à remplacer ou compléter la notion d'aide à mourir par celle de suicide assisté ou d'euthanasie, afin d'utiliser des mots clairs et des notions juridiques qui manquent actuellement.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS223 vise à garantir une information loyale et complète du patient. S'agissant d'une décision aux conséquences définitives, il est indispensable que les mots employés ne laissent aucune place à un malentendu.

L'euthanasie, le suicide assisté ou la mort provoquée ne sont pas des soins. D'autres pays ont choisi de procéder autrement que par une codification. Notre code de la santé publique traite en effet des soins et encadre la pratique des soignants lorsqu'ils protègent les patients, notamment les plus vulnérables.

Il a beaucoup été question de la liberté individuelle. Mais dès lors que l'on ouvrira la possibilité du suicide assisté ou de l'euthanasie pour les personnes qui répondent aux critères, on conduira chacun, qu'il soit ou non vulnérable, à s'interroger sur l'opportunité d'y recourir.

M. Christophe Bentz (RN). Mes trois amendements visent à affirmer une nouvelle fois une chose très simple : le suicide n'est absolument pas un soin. Qui peut dire qu'il en est un ? Personne. Par définition, le suicide met fin à la vie, et donc aux soins. Ces derniers sont exactement l'inverse du suicide, puisqu'il s'agit d'accompagner jusqu'au bout de la vie.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Mon amendement répond au besoin de clarté et de sincérité du débat parlementaire. L'article emploie l'expression « aide à mourir », qui ne correspond à aucune catégorie juridique précise et qui atténue la portée réelle du dispositif. Je propose de la remplacer par la notion de mort programmée, qui décrit exactement la réalité.

Il ne s'agit ni d'un jugement moral, ni d'une remise en cause du dispositif, mais le législateur ne peut se permettre d'être ambigu s'agissant d'un acte d'une telle gravité.

Mme Justine Gruet (DR). Si la loi Claeys-Leonetti avait été votée à la quasi-unanimité, la proposition de loi que nous examinons a été adoptée par une faible majorité à l'Assemblée et a été rejetée par le Sénat. J'ai pourtant le sentiment qu'on essaie d'assimiler les deux textes pour faire croire que l'euthanasie serait simplement la prolongation d'un droit qui existe déjà. Or on ne peut avoir recours à la sédation profonde et continue que lorsque le pronostic vital est engagé à court terme. La substance utilisée ne sera en outre pas la même que pour une euthanasie.

Mon amendement AS224 prévoit donc de remplacer la notion d'aide à mourir par celle de mort provoquée, car c'est bien de cela que l'on parle.

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'amendement AS4 vise à faire preuve d'honnêteté et à ne pas dissimuler la réalité des actes qui seront réalisés par le praticien afin de provoquer la fin de vie, à savoir l'administration d'une substance qui entraîne le décès ou sa remise au patient, qui pourra se l'administrer.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Le texte rejeté par le Sénat n'est pas celui de l'Assemblée, madame Gruet. C'est celui de la commission des affaires sociales du Sénat,

et donc en grande partie de ses deux rapporteurs. Une large majorité des sénateurs – 188 contre et 122 pour – a considéré qu'il n'avait ni queue ni tête.

Et à l'Assemblée, si vous considérez que 305 votes pour et 199 votes contre font une faible majorité, je me demande ce qu'est une large majorité.

Mme Justine Gruet (DR). Et les abstentions ?

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Il faut sortir de ce débat. Que chacun assume ses votes et arrêtons de faire passer des vessies pour des lanternes, ce n'est pas une faible majorité.

Je ne reviendrai pas sur les amendements sémantiques. L'amendement AS177 porte davantage sur le fond. J'y suis défavorable car il supprime l'articulation entre le droit à une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance et l'accès à l'aide à mourir. Or l'objet de ce texte est précisément d'ouvrir une nouvelle modalité d'exercice du droit à une fin de vie digne et apaisée, énoncé par la loi Claeys-Leonetti.

En outre, cet amendement ne va pas vraiment au-delà de ce que prévoit le droit actuel : l'accès aux soins palliatifs est déjà reconnu comme l'une des modalités d'exercer le droit à l'apaisement de la souffrance.

Avis défavorable à l'ensemble de ces amendements.

Mme Sylvie Bonnet (DR). Il est essentiel d'inscrire clairement dans la loi les termes de suicide assisté et d'euthanasie, afin de ne laisser aucune ambiguïté sur la nature des actes concernés.

L'aide à mourir telle qu'elle est présentée dans ce texte se distingue pourtant de ces pratiques. Elle se veut un dispositif encadré, fondé sur un accompagnement médical et sur une procédure spécifique.

Ne pas nommer explicitement le suicide assisté et l'euthanasie reviendrait à brouiller cette distinction et à ouvrir la porte à des interprétations futures que le législateur n'entend pas autoriser. Utiliser les bons mots permet de clarifier le cadre et de garantir la sécurité juridique du dispositif.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS620 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Cet amendement rappelle un principe simple et fondamental : le véritable droit pour les patients en fin de vie est « l'accès effectif à un accompagnement et à des soins palliatifs visant à assurer une fin de vie digne, et à prévenir et à soulager la souffrance ». C'est la véritable urgence et le véritable enjeu, médical, social et humain.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. La rédaction de votre amendement est un peu différente de celle de l'amendement AS177, mais son esprit est similaire.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS399 de Mme Lisette Pollet

Mme Lisette Pollet (RN). La rédaction actuelle entretient une confusion grave en intégrant l'aide à mourir dans le droit aux soins. Or provoquer la mort n'est pas un soin.

L'amendement propose de rétablir une frontière indispensable entre la logique du soin et un régime dérogatoire. Cette clarification n'a pas un but idéologique : il s'agit d'une modification juridique nécessaire pour la cohérence de l'ensemble du droit de la santé.

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

Amendement AS701 de Mme Brigitte Liso

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Avec cet amendement rédactionnel, je propose de remplacer une information « compréhensible par tous » par une information délivrée sous une forme « adaptée aux capacités de compréhension de la personne ». Cette tournure est plus conforme à l'objectif poursuivi, qui est de s'assurer qu'une personne voulant s'informer sur l'aide à mourir puisse le faire selon des modalités adaptées à sa compréhension.

Mme Justine Gruet (DR). Normalement, c'est le patient qui fait la demande – c'est ce que vous avez toujours défendu. Cela suppose qu'il a déjà bénéficié d'informations et qu'il connaît les critères d'accès. L'amendement sous-entend que l'initiative viendrait du professionnel de santé : il aiderait en expliquant ce qu'est l'aide active à mourir.

Vous avez toujours indiqué que le dispositif reposait sur une démarche du patient et non sur une information par le soignant. Cette rédaction sème le trouble sur le rôle de chacun.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Vous évoquez la capacité de compréhension, madame la rapporteure. Cela voudrait dire qu'il y a plusieurs manières de comprendre. Pour moi, il n'y en a qu'une : on comprend ou non. Peut-être avez-vous voulu dire que nous avons tous des capacités différentes de compréhension. Pourriez-vous illustrer votre propos ?

M. Jean-François Rousset (EPR). L'objet de cet amendement, c'est qu'on puisse donner les informations à un malade quelle que soit sa situation, par exemple de manière écrite s'il est sourd. Il ne signifie pas autre chose.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). On parle alors de la manière de communiquer, ce qui est différent.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Comme l'a indiqué M. Rousset, l'amendement vise à utiliser différents modes de communication, en fonction des capacités de la personne. Il peut s'agir du facile à lire et à comprendre (Falc), ou de tout autre moyen adapté aux difficultés de compréhension individuelles.

M. Yannick Neuder (DR). La rédaction que vous proposez serait destinée à s'assurer que l'on arrive à bien communiquer avec des patients ayant un handicap. Mais *quid* des patients qui auraient des troubles des fonctions supérieures ou qui ne seraient pas totalement responsables de leur décision ? Considérez-vous qu'il faut trouver un mode de communication adapté pour s'adresser à un patient qui ne dispose pas de l'ensemble des fonctions cognitives nécessaires pour prendre la bonne décision le concernant ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). Cet amendement avait sans doute pour objectif de nous éclairer, mais en fin de compte, il nous embrouille. Il existe une différence entre la communication d'une information et sa compréhension. Prévoir de délivrer une information « d'une manière adaptée aux capacités de compréhension de la personne » sous-entend que la personne pourrait ne pas disposer pas pleinement de son discernement au moment où elle formule sa demande, ce qui serait contraire à l'esprit du texte. Ce n'est pas du tout la même chose que lui donner les moyens d'accéder à l'information si elle est sourde, selon l'exemple que vous avez pris. Je voterai donc contre cet amendement.

Mme Annie Vidal (EPR). Je rejoins les arguments de M. Neuder et de Mme Firmin Le Bodo. Le terme « capacités » peut laisser entendre qu'il s'agit des capacités cognitives. Cet amendement pseudo-rédactionnel pourrait donc conduire à élargir la catégorie des personnes susceptibles de formuler une demande. L'expression « délivrée sous une forme compréhensible par tous » est suffisamment claire. Je voterai contre cet amendement également.

M. Théo Bernhardt (RN). Cet amendement créerait une confusion, puisque le texte prévoit que la personne doit « manifester sa volonté de façon libre et éclairée ». Il introduirait une ambiguïté qui pourrait rebuter les députés du Rassemblement National favorables au texte. Nous y sommes donc opposés.

M. Yannick Monnet (GDR). Cet amendement vise à adapter la manière de délivrer l'information aux capacités cognitives de la personne. Cela ne me pose pas de problème. Prenons l'exemple du Falc : c'est un outil adapté aussi bien aux personnes présentant un trouble du spectre autistique qu'aux personnes âgées ou encore aux individus qui ne serait pas au fait du sujet. Je comprends que l'on relève l'ambiguïté que recèle l'amendement, mais son objet n'en est pas moins important : s'assurer de bien se faire comprendre. On ne peut à la fois accuser les rapporteurs de défendre une pratique aveugle de l'aide à mourir et leur reprocher de veiller à ce que les gens comprennent ce qu'on leur dit !

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Dans la rédaction actuelle du texte, l'information doit déjà être délivrée « sous une forme compréhensible par tous ». Le caractère compréhensible se rapport à l'information, non à la personne.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. J'entends tout ce qui a été dit. Notre intention est bien celle que vous avez décrite, monsieur Monnet, mais nous ne parvenons pas à nous faire clairement comprendre. Je retire donc l'amendement. Nous vous proposerons une nouvelle rédaction d'ici à la séance.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 3 non modifié.

CHAPITRE II Conditions d'accès

Article 4 : Conditions d'accès à l'aide à mourir

Amendements de suppression AS32 de M. Patrick Hetzel et AS183 de Mme Sylvie Bonnet

M. Patrick Hetzel (DR). La rédaction de l'article 4 pose plusieurs problèmes. Lors de l'examen du premier projet de loi, en l'espace de deux mois, les conditions d'accès à l'euthanasie et au suicide assisté avaient fait l'objet de trois rédactions différentes. Le texte actuel prévoit que les personnes souffrant d'une maladie grave et incurable, en phase avancée ou terminale, seront éligibles. C'est un périmètre considérable. Selon plusieurs médecins, le champ des patients susceptibles d'être éligibles est très vaste – peut-être plus d'une centaine de personnes par jour. Est-ce bien l'objectif que nous poursuivons ?

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'article 4 prévoit que les patients souffrant d'une maladie grave et incurable en phase avancée ou terminale seraient éligibles à l'aide active à mourir. Cette rédaction est inquiétante car des pathologies comme le diabète, l'hypertension artérielle ou la sclérose en plaques sont des affections longues et incurables, sans pour autant entraîner des douleurs impossibles à soulager.

L'effacement du critère relatif à l'engagement du pronostic vital a pour conséquence de faire entrer dans le champ d'application du texte des personnes souffrant de certaines maladies mais qui ne seraient pas du tout en fin de vie. Il convient donc de supprimer cet article.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Nous venons de voter le droit à l'aide à mourir. Je suis favorable à ce droit, mais son accès doit être encadré. Je suis donc opposé à la suppression des critères déterminant l'accès à l'aide à mourir.

M. Hetzel a très justement rappelé que les conditions d'accès ont fait l'objet de trois rédactions différentes. Cela montre bien que nous avons longuement travaillé sur ce sujet, que notre réflexion a évolué et que nous n'avons pas légiféré dans la précipitation mais qu'à l'issue de longs débats, nous sommes parvenus à une rédaction équilibrée, cohérente et solide juridiquement.

Avis très défavorable sur ces amendements.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Je suis opposée à la suppression de cet article. Nous avons fixé des critères stricts et cumulatifs – du reste, plus stricts que dans d'autres pays. Cet encadrement est essentiel.

Par ailleurs, cessons d'introduire de la confusion : ce texte ne concerne que les personnes atteintes de maladies incurables en phase terminale, et non celles souffrant de maladies – hypertension, diabète, insuffisance rénale – pouvant faire l'objet d'un traitement qui leur permet de mener une vie adaptée et agréable.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS77 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Dès lors que les promoteurs de ce texte font valoir la nécessité de prendre en charge les souffrances réfractaires, il faut en préciser la définition. Cet amendement définit comme réfractaire « tout symptôme dont la perception est insupportable et qui ne peut être soulagé malgré des efforts thérapeutiques répétés, sans compromettre la conscience du patient ». Cela permettrait de clarifier le texte et de lever certaines ambiguïtés.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cette définition est fortement restrictive par rapport à celle de la HAS. D'après un guide publié en février 2018 et mis à jour en janvier

2020, une souffrance est dite réfractaire si l'ensemble des moyens thérapeutiques et d'accompagnement disponibles, adaptés à la situation du patient, ont été proposés et le cas échéant mis en œuvre, mais qu'ils n'ont pas permis d'obtenir le soulagement attendu par le patient, ou qu'ils entraînent des effets indésirables jugés inacceptables, ou que leurs effets thérapeutiques ne sont pas susceptibles de se produire dans un délai acceptable pour le patient.

Avis défavorable.

M. Patrick Hetzel (DR). Dès lors, pourquoi ne pas introduire dans le texte la définition de la HAS ? Nous pourrions ainsi débattre du fond. Mais l'absence de définition dans le texte est l'une des failles du dispositif.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS697 de Mme Brigitte Liso

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cet amendement rédactionnel vise à substituer « répondre à » par « remplir ».

La commission adopte l'amendement.

Amendements identiques AS158 de Mme Marie-France Lorho et AS421 de Mme Justine Gruet

Mme Lisette Pollet (RN). Les critères d'éligibilité à la demande de mort tels qu'ils sont formulés dans la proposition de loi sont particulièrement flous, notamment en comparaison avec d'autres législations européennes. Le caractère non cumulatif des conditions d'accès soulève de sérieuses questions. Cet amendement de repli propose donc de subordonner l'éligibilité de la demande au respect de l'ensemble des critères, de manière à rendre exceptionnel le recours au suicide délégué ou assisté.

Mme Justine Gruet (DR). Ajouter des mots à la définition des conditions d'accès vous rassure, mais cela ne la rend pas plus solide juridiquement. La HAS l'a répété : seul le court terme peut être défini scientifiquement et est objectivable. Au bout du compte, c'est aux professionnels de santé qu'il reviendra d'effectuer un tri des souffrances.

Madame Dubré-Chirat, vous avez parlé de maladies, alors que le texte vise les « affections » ; ce ne sont pas des synonymes. Par ailleurs, vous avez distingué les maladies incurables des maladies intraitables. Or, selon l'alinéa 8, le refus de traitement est bien un critère d'éligibilité au dispositif.

Il faut donc sécuriser le dispositif et veiller au moins à ce que les cinq conditions d'accès soient bien respectées de façon cumulative. Toutefois, celle qui est exposée à l'alinéa 7 continuera à manquer de solidité scientifique et juridique.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Avis défavorable.

Madame Gruet, ce que vous dites est inexact. Non, la HAS n'a pas dit que seul le court terme était scientifiquement défini : elle a elle-même défini la phase avancée, cela a été sa mission. Nous avons précisément intégré cette définition dans la rédaction de l'alinéa 7, afin de renforcer encore la solidité du dispositif.

M. Christophe Bentz (RN). Ces amendements n'ont pas qu'une portée sémantique. En première lecture, vous nous aviez répondu que préciser que les conditions étaient « cumulatives » serait redondant ; je ne le crois pas. Ce terme ne retire rien au texte, mais constituerait une forme de verrou supplémentaire. Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement !

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Évitons les lois bavardes. Le texte est parfaitement clair : « Pour accéder à l'aide à mourir, une personne doit répondre à toutes les conditions suivantes » signifie bien que ces conditions sont cumulatives.

La commission rejette ces amendements.

Amendements identiques AS229 de Mme Justine Gruet et AS328 de Mme Annie Vidal, amendements AS621 et AS622 de M. Christophe Bentz, AS88 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS225 de Mme Justine Gruet, AS5 de M. Fabien Di Filippo, AS518 de M. Thomas Ménagé et AS329 de Mme Annie Vidal (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Selon la HAS, à ce jour, « *il n'existe pas de consensus médical sur la définition du pronostic vital engagé à “moyen terme”, ni sur la notion de “phase avancée” lorsqu’elle est envisagée dans une approche individuelle de pronostic temporel* ». Il s'avère impossible de définir objectivement un pronostic temporel applicable à toutes les situations individuelles. De manière plus générale, les travaux de la HAS n'ont pas permis d'identifier de critère alternatif. En l'absence de critères permettant d'objectiver l'engagement du pronostic vital, il reviendra donc aux professionnels de santé de l'apprécier.

Cet amendement vise ainsi à qualifier de manière précise ce qu'est réellement l'aide à mourir, à savoir le suicide assisté ou l'euthanasie.

Mme Annie Vidal (EPR). Nous revenons à une question de terminologie. Dans son avis 139, le Comité consultatif national d'éthique parle d'euthanasie en Belgique, de suicide assisté en Suisse ou dans l'Oregon, d'assistance au suicide en Autriche, d'euthanasie et d'assistance au suicide aux Pays-Bas. La France devrait faire aussi bien et utiliser une terminologie claire, compréhensible et sans équivoque juridique.

M. Christophe Bentz (RN). Mes amendements ont également une portée sémantique. Il n'est jamais trop tard pour changer d'avis. Nous essayons, argument après argument, de vous convaincre qu'il est encore temps de modifier la terminologie du texte, pour une raison simple : nous devons être totalement transparents vis-à-vis des Français. Cette proposition de loi prévoit bien de légaliser le suicide, qu'il soit assisté ou délégué à un soignant.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Mon amendement est de précision. L'expression « aide à mourir » fausse la compréhension de la réalité du geste : il ne s'agit aucunement d'une aide mais de la réalisation d'un geste létal. Ce vocable de substitution, délibérément employé pour rassurer, laisse croire à un accompagnement médical vers une mort douce, à une sorte d'anesthésie. La réalité est tout autre. Cet amendement est frappé au coin du bon sens : les lois qui autorisent l'aide à mourir parlent exclusivement de « mort programmée ».

Mme Justine Gruet (DR). Si vous ne craignez pas d'ouvrir ce droit dans toute sa portée, vous ne devez pas non plus avoir peur de le nommer. Les critères prévus aux alinéas 7 et 8 sont subjectifs, y compris du point de vue de la HAS. Ils conduiront les professionnels de

santé à devoir opérer un tri entre les patients, et à subir du reste une forme de pression de leur part depuis que nous avons introduit un délit d'entrave dans le texte.

M. Thomas Ménagé (RN). Mon amendement propose une nouvelle fois de retenir l'expression « aide active à mourir ». Monsieur le rapporteur général, vous m'avez opposé qu'il n'y a pas d'aide à mourir passive parce qu'il faut toujours un acte, qu'il s'agisse de sédation profonde ou de substance létale. Certes, mais la manière dont on meurt est différente : soit la mort survient passivement, lorsque la nature fait son œuvre, soit elle résulte d'un acte, l'administration d'une substance létale qui conduit à la mort en quelques minutes.

L'expression « aide active à mourir » présenterait l'avantage de faire consensus entre les partisans des termes « suicide assisté » ou « euthanasie » et ceux de l'expression « aide à mourir », qui n'est d'ailleurs, sauf erreur de ma part, utilisée dans aucun autre pays.

Mme Annie Vidal (EPR). L'amendement AS329 est un amendement de repli.

Nous pourrions trouver un consensus sur l'expression « aide active à mourir » ; ce serait du reste la preuve d'une ouverture d'esprit bienvenue. Lors de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, le patient meurt de sa maladie en ayant été anesthésié. Dans un suicide assisté ou une euthanasie, la substance n'est pas complètement identique puisqu'elle contient un agent paralysant qui entraîne le décès très rapidement. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire de préciser la terminologie.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Sans surprise, pour l'ensemble des raisons que j'ai précédemment évoquées, j'émets un avis défavorable sur l'ensemble de ces amendements.

M. Michel Lauzzana (EPR). L'expression « aide à mourir » implique déjà la réalisation d'une action. Par ailleurs, la notion d'aide est intéressante car elle suppose le consentement de la personne qui veut mourir. Quand on aide, on accompagne. Cela me paraît important.

M. Théo Bernhardt (RN). Je ne comprends pas votre obstination à refuser les expressions « aide active à mourir », « suicide assisté » ou « euthanasie ». Elles n'enlèveraient strictement rien au texte. Ce sont des éléments sémantiques qui précisent simplement la manière dont la personne quittera ce monde et qui seraient même de nature à rassurer certaines personnes favorables au texte.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS422 de Mme Justine Gruet et AS378 de Mme Marie-France Lorho (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Mon amendement vise à supprimer, à l'alinéa 6, les mots : « ou résider de façon stable et régulière en France ».

D'une part, il s'agit d'éviter le « tourisme » de l'aide active à mourir, autrement dit un phénomène social, culturel et économique caractérisé par des mouvements de personnes vers des pays ou des lieux situés en dehors de leur environnement habituel.

D'autre part, comment un médecin pourrait-il s'assurer de l'existence d'une résidence stable et régulière ? La détention de la nationalité française, elle, se vérifie facilement.

Mme Lisette Pollet (RN). L'amendement AS378 vise à s'assurer que la France ne devienne pas une plateforme d'accueil des demandes de suicide assisté ou délégué, en précisant que la personne doit résider en France de façon stable et régulière « depuis cinq ans », soit le nombre d'années requises pour l'obtention d'une carte de résident longue durée. Cette précision permettrait de renforcer les conditions d'accès à une telle opération.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Madame Gruet, la suppression du critère de la résidence stable et régulière, qui est très largement utilisé dans le droit de la protection sociale, serait une dérogation importante au droit commun.

Madame Pollet, votre précision n'est pas nécessaire dans la mesure où la stabilité de la résidence est une notion définie juridiquement, notamment en matière d'allocation personnalisée d'autonomie, de prestation de compensation du handicap et d'allocation de solidarité des personnes âgées.

M. Yannick Neuder (DR). Soyons prudents dans le choix des mots et ne faisons pas dire à la HAS ce qu'elle n'a pas dit. La HAS peut définir ce qu'est la phase avancée d'une maladie. Pour chaque pathologie, les médecins peuvent établir un pronostic en fonction du stade de la maladie. Par exemple, en matière d'insuffisance cardiaque, on distingue quatre stades. Le patient ayant atteint le stade IV est candidat à une transplantation et présente une espérance de vie à un an inférieure à 50 %, contre 70 à 80 % au stade III. Au stade I, l'espérance de vie est identique à celle de la population. Tout cela pour expliquer qu'un pronostic peut être établi pour une cohorte de patients, dans la mesure où il est fondé sur la valeur médiane. En revanche, le médecin n'est jamais en mesure de déterminer, pour un patient donné, un pronostic vital à court et à moyen terme.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Par décence, évitons d'utiliser le mot « tourisme » pour désigner les choix de personnes en fin de vie, pour lesquelles la décision de changer de lieu de vie est lourde. Il est difficile pour une personne en phase terminale de cancer de décider de se transporter dans une autre ville pour avoir accès à cette aide.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS356 de Mme Julie Laernoës

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). L'amendement est défendu.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Avis défavorable.

M. Thomas Ménagé (RN). Cet amendement est en lien avec le précédent de Mme Gruet, auquel j'étais défavorable car une personne étrangère qui vit en France de manière régulière depuis vingt ou trente ans doit pouvoir bénéficier de l'aide à mourir en France. En revanche, l'instauration d'une durée minimale de résidence permettrait d'éviter que des personnes fassent le choix de venir en France pour bénéficier de l'aide à mourir plutôt que dans un autre pays où elle n'est pas prise en charge. Si l'exigence d'humanité commande d'en ouvrir l'accès à tous, nos capacités financières ne nous permettent pas de le faire.

M. René Pilato (LFI-NFP). J'invite M. Ménagé à voter pour l'amendement de Mme Laernoës, qui répond à sa demande.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Malgré ses bonnes intentions, cet amendement aurait des effets contreproductifs. Je vous invite fermement à ne pas le voter et à

ne pas modifier la rédaction actuelle, qui est protectrice pour les personnes dont la résidence sur le territoire est stable.

Cet amendement pourrait être retiré. Sinon, je m'y opposerai.

L'amendement est retiré.

Amendements AS624 de M. Christophe Bentz, AS34 de M. Patrick Hetzel, AS437 de Mme Christine Loir et AS561 de M. Julien Odoul (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). Nous en arrivons à l'alinéa 7, qui concerne le critère de l'avancée de la maladie, sachant que la médecine n'est pas une science exacte et qu'il est difficile pour les médecins de déterminer avec précision cet état d'avancement. Pour notre part, n'ayant pas réussi à supprimer les premiers articles du texte, nous essayons au moins de restreindre au maximum les critères d'accès. Mon amendement vise à résérer ce dispositif aux seuls malades en phase terminale.

M. Patrick Hetzel (DR). Mon amendement vise à rétablir plusieurs garde-fous en restreignant l'accès au droit à l'aide à mourir. Selon la HAS, « *il s'avère impossible de définir objectivement un pronostic temporel applicable à toute situation individuelle* ». Elle insiste ainsi sur la dimension subjective de cette définition. Or la loi ne peut pas fonder un droit sur des critères subjectifs. Il appartient au juriste de rédiger un texte précis. Ces ambiguïtés sont problématiques.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement AS437 rétablit un garde-fou essentiel : l'exigence d'un pronostic vital engagé à court terme. Ce critère de bon sens, médicalement objectivable, permet de restreindre le dispositif aux seules situations de fin de vie avérées, sans englober les personnes atteintes de maladies chroniques, en situation de handicap ou éprouvant des souffrances non liées à un décès imminent.

Sur un sujet aussi grave, la représentation nationale a le devoir de fixer des limites claires.

M. Christophe Bentz (RN). Je défends l'amendement AS561. Si nous défendons avec autant d'ardeur la loi Claeys-Leonetti de 2016, c'est pour éviter que les Français aient à faire un choix cornélien entre la souffrance ou la mort. Avant d'ouvrir un droit à la mort provoquée, chacun doit se voir garantir un accès effectif aux soins palliatifs. Tant que 500 Français mourront chaque jour sans bénéficier de ces soins, l'aide à mourir demeurera inenvisageable.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Les amendements AS624 et AS34 restreignent le dispositif aux seuls patients en phase terminale, en supprimant la notion de phase avancée. Or celle-ci n'est pas vague : elle existe dans le droit français depuis la loi Leonetti de 2005 et a été également reprise dans la loi Claeys-Leonetti de 2016. Elle est ainsi utilisée en matière d'accès aux traitements antalgiques et sédatifs en cas de souffrances réfractaires susceptibles d'avoir pour effet secondaire d'abréger la vie, et pour hiérarchiser les modalités d'expression de la volonté du patient en fin de vie.

Par ailleurs, en première lecture, nous avons précisé ce que recouvrait la notion de phase avancée, en reprenant la définition de la HAS.

Les amendements AS437 et AS561 visent à substituer aux critères de l'affection et de la souffrance ceux définis par la loi Claeys-Leonetti actuellement en vigueur, à savoir une « affection grave et incurable engageant son pronostic vital à court terme ». Adopter ces amendements conduirait à ne pas modifier les critères d'accès par rapport au droit existant. Ils videraient ainsi l'article de sa substance, écartant des personnes pourtant visées initialement, par exemple atteintes de maladies neurodégénératives.

Avis défavorable.

Mme Annie Vidal (EPR). Je soutiens ces amendements. D'une part, à l'issue du vote du texte en première lecture, de nombreux professionnels de santé se sont inquiétés de la rédaction de ces critères, qui rend selon eux l'appréciation de la demande du patient assez complexe. Compte tenu de la gravité du sujet, cela me semble important.

D'autre part, même si le texte prévoit que seul le patient peut contester la décision du professionnel de santé, le Conseil d'État a précisé que la famille pourrait également présenter un recours, fondé sur l'appréciation des critères. Cette rédaction expose particulièrement les professionnels de santé, ce dont ils n'ont vraiment pas besoin en l'état actuel des choses.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). De mon côté, les professionnels que j'ai rencontrés m'ont tenu le discours inverse : la rédaction précise de cette condition, qui se cumule avec les autres critères, garantit un cadre sécurisé pour les équipes médicales qui accompagneront le demandeur. En effet, l'alinéa 7 prévoit que la personne doit être « atteinte d'une affection grave et incurable, [...] qui engage le pronostic vital, en phase avancée, caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie ».

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS141 de Mme Marie-France Lorho et AS226 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Lisette Pollet (RN). Une personne atteinte d'anorexie mentale qui met ses jours en danger souffre-t-elle d'une « affection grave et incurable » ? Pourra-t-elle demain être éligible au suicide assisté et à l'euthanasie ? N'est-ce pas là reconnaître la défaite des pouvoirs publics et leur incapacité à répondre à toutes les maladies psychiques de type dépressif ? Cet alinéa est beaucoup trop approximatif et ouvre les portes à un nombre de cas beaucoup trop élevé. L'amendement de repli AS141 tend donc à limiter la notion d'affection grave à une maladie physique, excluant les maladies d'ordre mental.

Mme Justine Gruet (DR). Si vous refusez tous nos amendements, quel est l'intérêt de ce débat éthique ? Je propose de remplacer le terme d'« affection » par celui de « pathologie ». En effet, « affection », par sa portée sémantique large et peu précise, peut englober des situations très diverses et inclure des états qui ne relèvent pas à proprement parler d'une pathologie médicale évolutive ou d'une atteinte grave au pronostic vital, ce qui tendrait à fragiliser le cadre juridique du dispositif. À l'inverse, la notion de pathologie renvoie à une réalité médicale objectivable, caractérisée, diagnostiquée et encadrée par des critères cliniques reconnus.

Je crains que l'usage du terme d'affection puisse assimiler, directement ou indirectement, le handicap à une cause légitime d'euthanasie, ce qui créerait un risque éthique

majeur. Si le handicap ne peut être un facteur d'exclusion de l'accès à ce nouveau droit, il ne saurait en revanche être un élément permettant d'y accéder. Mon amendement vise donc à renforcer la sécurité juridique du dispositif et à clarifier l'intention du législateur.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Le terme d'affection, tout à fait clair, est celui qui est le plus utilisé dans le code de la santé publique, notamment dans les articles liés à la fin de vie et à la loi Claeys-Leonetti, par exemple pour la définition de la sédation profonde et continue mise en œuvre afin de ne pas subir d'obstination déraisonnable ou pour la hiérarchisation des modalités d'expression de la volonté du patient en fin de vie. Quant à l'idée que cette pathologie doive être « physique », nous en parlerons plutôt à propos de l'alinéa suivant. Ici, sa mention serait source de confusion plus que de clarification.

Avis défavorable aux deux amendements.

Mme Justine Gruet (DR). Ne comparons pas ce nouveau droit avec la loi Claeys-Leonetti, qui considère l'engagement du pronostic vital à court terme, ce qui, sur le plan éthique, a une portée très différente.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis suivant l'avis de la rapporteure, elle rejette l'amendement AS625 de M. Christophe Bentz.

Amendements identiques AS33 de M. Patrick Hetzel, AS194 de Mme Annie Vidal, AS578 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS623 de M. Christophe Bentz

M. Patrick Hetzel (DR). Mon amendement vise à supprimer, à la fin de l'alinéa 7, les mots : « quelle qu'en soit la cause ». La précision n'est pas nécessaire, car le texte prévoit déjà trois critères cumulatifs qui encadrent le dispositif. Cet ajout qui n'est pas de nature juridique risquerait donc d'ouvrir ce droit à des personnes qui, à en juger par les débats que nous avons eus, ne seraient *a priori* pas éligibles. Au nom de l'équilibre et de la clarté que vous évoquez souvent, monsieur le rapporteur général, il faut rester prudents.

Mme Annie Vidal (EPR). L'origine de la maladie ou de l'affection n'est pas à prendre en compte car les critères fixés encadrent suffisamment l'accès. On peut présupposer, au vu notamment des débats que nous avons eus en première lecture, que l'objectif du texte était bien d'ouvrir ce droit au plus grand nombre, ce qui ne me semble pas souhaitable. Il est donc préférable de supprimer l'expression « quelle qu'en soit la cause », pour éviter redondances et incompréhensions.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). Une affection grave et incurable s'apprécie en fonction de caractéristiques médicales objectives, indépendamment de son origine. L'expression « quelle qu'en soit la cause » n'a aucune valeur normative et alourdit le texte. Dans un souci de clarté, il est préférable de la supprimer.

M. Christophe Bentz (RN). Nous demandons également la suppression de cette formule qui n'apporte rien, pourrait induire un élargissement démesuré et suscite de nombreux risques. Cette formule est un « anti-garde-fous ».

Monsieur le rapporteur général, madame la rapporteure, êtes-vous en mesure de nous dire combien de personnes seraient éligibles avec les critères cumulatifs actuels ?

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Il y a mésentente sur la portée de cette mention. Pour certains, elle aurait ouvert l'aide à mourir aux situations consécutives à un accident ; or ce cas est déjà couvert par le texte initial dès lors que la personne répond à tous les critères prévus à l'article 4, notamment lorsque son pronostic vital est engagé et qu'elle est apte à exprimer une volonté libre et éclairée. La notion d'« affection » est en effet englobante, et c'est davantage l'état de la personne que l'origine de cet état qui nous importe.

Avis défavorable.

Mme Annie Vidal (EPR). Je ne comprends pas. Vous émettez un avis défavorable tout en disant que ce qui compte n'est pas la cause, mais bien l'état de la personne. Il serait donc logique de supprimer les mots « quelle qu'en soit la cause » ! Si ce qui motive l'accès est bien l'état de la personne et non l'origine de la maladie, vous devriez rendre un avis favorable.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Votre préoccupation était déjà satisfaite en première lecture.

La commission rejette les amendements.

Amendements AS227 de Mme Justine Gruet, AS178 de Mme Marie-France Lorho et AS455 de Mme Sandrine Dogor-Such (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Je retire mon amendement.

Par ailleurs, le maintien de cette expression « quelle qu'en soit la cause » me semble s'expliquer par une volonté de votre part de parvenir à un vote conforme. Si tel est le cas, dites-le-nous, que nous ne perdions pas des heures dans ce débat. Aucun de nos amendements n'a encore été adopté, alors que nous proposons des critères objectifs afin de clarifier la situation.

Mme Lisette Pollet (RN). Le pronostic vital d'une personne atteinte d'une maladie peut être engagé, dans plusieurs cas, de manière temporaire. Une personne anorexique, par exemple, souffre d'une pathologie incurable – car on n'en guérit jamais vraiment – et peut voir son pronostic vital engagé, généralement sur le long terme. L'amendement AS178 tend donc à fixer comme critère l'engagement du pronostic vital « à court terme », de manière à limiter le plus possible le recours au suicide délégué ou assisté.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Mon amendement vise à sécuriser le dispositif et à garantir sa bonne application. Il ne remet pas en cause l'équilibre du texte, mais le clarifie, le rend plus opérationnel et évite également des interprétations divergentes. C'est une mesure de cohérence juridique et d'efficacité, attendue d'ailleurs sur le terrain.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Madame Gruet, il ne peut pas y avoir de vote conforme, puisque le texte fera l'objet d'une deuxième lecture au Sénat. En revanche, nous souhaitons maintenir l'équilibre, la solidité et la cohérence de la proposition de loi. En première lecture, nous avons eu 1 200 amendements à examiner, dont 600 issus d'auteurs hostiles au texte et 600 d'auteurs favorables. Nous en avons 600 aujourd'hui : je n'en conclus pas qu'ils sont tous déposés par des parlementaires hostiles au texte, mais l'immense majorité visent tout bonnement à vider le texte de sa substance. Ne soyez pas surpris que ceux qui sont favorables au texte votent contre ! C'est une question de cohérence.

Mme Annie Vidal (EPR). Compter l'origine de la maladie parmi les critères d'éligibilité fragilise considérablement les choses, en ouvrant la porte à un nombre beaucoup plus important de personnes et en multipliant les recours possibles de la part des familles quant à l'appréciation des critères. Je n'appelle pas cela de la solidité.

L'amendement AS227 étant retiré, la commission rejette successivement les amendements AS178 et AS455.

Amendement AS302 de Mme Marine Hamelet

Mme Marine Hamelet (RN). Notre devoir de législateur est de poser des limites nettes, afin que ce texte se borne strictement à être ce qu'il prétend être, à savoir une loi relative uniquement à la fin de vie. Cet amendement vise donc à restreindre l'accès à l'euthanasie ou au suicide assisté aux seuls patients en phase terminale de leur maladie, en écartant la notion de « phase avancée », notion floue, extensible et juridiquement dangereuse. Avec cette rédaction, des patients atteints de maladies certes graves et incurables, mais dont la survie médiane peut aujourd'hui dépasser cinq ans grâce aux progrès de la médecine, pourraient entrer dans le champ du dispositif. S'agit-il alors toujours de fin de vie ? Si ces conditions d'accès ne sont pas sécurisées, il ne sera plus question d'accompagnement de la fin de vie, mais d'anticipation programmée de la mort.

Cet amendement invite donc à la cohérence : soit il faut cadrer les conditions d'accès, soit il faut avoir l'honnêteté de changer le titre de cette proposition de loi qui, dans sa rédaction actuelle, n'est factuellement pas restreinte à la fin de vie.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cet amendement exclut du dispositif des patients qui sont en phase terminale mais dont l'évolution de l'affection pourrait être ralentie par des traitements. Il équivaut à vider de leur substance l'article et la proposition de loi. En outre, il contrevient directement au quatrième critère, qui prévoit que la personne peut être réfractaire au traitement.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS125 de M. Hadrien Clouet

M. René Pilato (LFI-NFP). Cet amendement vise à répondre à la situation difficile de personnes qui savent qu'elles vont mourir et ne supportent plus un traitement qui les oblige, par exemple, à courir fréquemment aux toilettes ou suscite la pitié de leurs proches. Puisque le pronostic vital est engagé, l'arrêt du traitement ne devrait pas remettre pas en cause la possibilité d'accéder à l'aide à mourir.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Cet amendement est superfétatoire, car satisfait par la rédaction actuelle : c'est bien l'affection qui engage le pronostic vital, indépendamment des soins. Mon avis défavorable ne porte donc pas sur le fond, mais sur la forme, car il alourdit le texte et n'apporte rien.

L'amendement est retiré.

Amendement AS203 de Mme Marine Hamelet

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement vise à supprimer la notion de « phase avancée », critère trop large et trop flou.

Monsieur le rapporteur général, madame la rapporteure, vous n'avez toujours pas répondu à ma question : en l'état des critères cumulatifs actuels, avant l'adoption de notre amendement, combien de personnes seraient éligibles ?

Mme Brigitte Liso, rapporteure. La notion de phase avancée ne sort pas de nulle part et n'est pas vague : elle existe déjà dans le droit français depuis la loi Leonetti de 2005 et a également été retenue dans la loi Claeys-Leonetti de 2016. Elle est aussi utilisée pour l'accès aux traitements antalgiques et sédatifs en cas de souffrances réfractaires susceptibles d'avoir pour effet secondaire d'abréger la vie.

Par ailleurs, nous avons directement précisé dans cet article, en première lecture, le sens de cette notion, en transposant la définition de la HAS : l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade, qui affecte sa qualité de vie.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS6 de M. Fabien Di Filippo

Mme Sylvie Bonnet (DR). La notion de phase avancée est trop vague. La loi distingue en effet la phase avancée d'une affection grave et incurable, où la maladie évolue de manière irréversible mais où la mort n'est pas imminente, de la phase terminale, qui correspond aux tout derniers jours ou semaines de vie. L'aide à mourir est envisagée dans la phase avancée, tandis que la phase terminale relève des soins palliatifs et de l'accompagnement de fin de vie. À titre d'exemple, en Belgique, 932 patients dont le décès n'était pas attendu à brève échéance ont été euthanasiés en 2024, soit une augmentation de 30,7 % en un an. Il convient donc de ne conserver que le critère de phase terminale.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Pour les mêmes raisons que précédemment, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS228 de Mme Justine Gruet

Mme Josiane Corneloup (DR). La notion de phase avancée ne fait l'objet d'aucune définition médicale univoque et repose en pratique, comme le confirme la HAS, sur une appréciation clinique nécessairement complexe, tenant compte de l'évolution de la pathologie, du pronostic, de la réponse aux traitements et de l'état général du patient. Cette appréciation peut donner lieu à des interprétations variables selon les praticiens et les établissements.

Dans un contexte aussi grave et irréversible que celui de l'accès à l'aide à mourir, il apparaît indispensable de renforcer les garanties afin d'assurer à la fois la protection du patient, la sécurité juridique des professionnels de santé et l'homogénéité des pratiques sur l'ensemble du territoire. Cet amendement vise donc à soumettre l'appréciation de l'entrée du patient dans une phase avancée de sa maladie à une procédure collégiale.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. L'amendement est satisfait par la rédaction de l'article 6, qui prévoit déjà que, pour procéder à l'appréciation des conditions mentionnées aux 3° à 5° de l'article 4 – la condition de phase avancée étant mentionnée au 3° –, le médecin met en place une procédure collégiale. Je demande donc le retrait de l'amendement.

M. Thibault Bazin (DR). Nous avons effectivement fait évoluer le texte, à la faveur d'un travail mené par le président Frédéric Valletoux sur la collégialité. Cependant, il ne suffit pas de dire qu'il y a une procédure collégiale : il faut que le droit soit effectif sur l'ensemble du territoire. J'espère que cette nouvelle lecture nous permettra de rendre vraiment effective cette collégialité, ce qui n'est pas le cas dans la rédaction actuelle.

Quant à la notion de phase avancée, elle peut englober un nombre très important de personnes. Or nos concitoyens nous demandent qui sera concerné par ce texte : les personnes en fin de vie ou celles qui, dans un processus certes irréversible, atteintes d'une pathologie grave et incurable, ont peut-être encore quelques années à vivre ? Il faut clarifier : qui est visé, quel est l'esprit du législateur ?

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS230 de Mme Justine Gruet

Mme Josiane Corneloup (DR). Pour que le consentement de la personne soit libre et éclairé, elle doit avoir le choix entre l'assistance médicale à mourir et la possibilité de recourir aux soins palliatifs, plus particulièrement à la sédation profonde et continue. On ne peut garantir un service d'aide à mourir dans tous les établissements sans garantir également un service de soins palliatifs, *a fortiori* quand on sait quelle l'influence ces soins peuvent avoir sur le souhait de mourir.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cet amendement risquerait d'entraver la volonté des malades qui ne souhaitent pas attendre qu'une offre de soins palliatifs soit disponible sur leur territoire. Je rappelle à cet égard les principes fondamentaux de l'autonomie du patient, tels que décrits par la loi Kouchner du 4 mars 2002. Le droit de refuser un traitement, même vital, est aujourd'hui pleinement établi et encadré, notamment dans le contexte de la fin de vie. Surtout, l'article 5 de la proposition de loi prévoit que le médecin propose à la personne de bénéficier des soins palliatifs et s'assure, le cas échéant, qu'elle puisse y accéder. La proposition de loi relative aux soins palliatifs, qui va de pair avec le présent texte, prévoit un mécanisme d'urgence pour garantir l'accès aux soins palliatifs sur tout le territoire.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS7 de M. Fabien Di Filippo, AS35 de M. Patrick Hetzel et AS626 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'ouverture de l'euthanasie ou du suicide assisté à des personnes dont la souffrance psychologique serait insupportable risque de donner lieu à de nombreuses dérives. Lors des auditions réalisées autour de ce texte, des experts ont relevé qu'elle introduisait un fort risque de confusion entre une volonté de mettre fin à des souffrances et des pulsions suicidaires. De plus, l'intensité de la souffrance psychologique est particulièrement difficile à évaluer, d'autant que cette loi n'impose même pas une consultation psychiatrique pour les personnes demandant à être euthanasiées.

M. Patrick Hetzel (DR). Les psychiatres nous alertent – d'ailleurs, dans le dispositif en vigueur dans l'Oregon par exemple, la consultation d'un psychiatre est essentielle. Ils soulignent qu'il faut bien discerner les choses en matière de souffrance psychologique, car le risque existe vraiment de donner accès à l'aide à mourir à un patient qui aurait pu être pris en charge et avoir une bonne qualité de vie grâce à des dispositifs médicaux. Nous devons absolument y veiller. Comme le disait voilà quelques instants le rapporteur général, nos concitoyens nous interrogent sur le périmètre d'éligibilité : il faut être très précis et éviter de telles dérives.

M. Christophe Bentz (RN). Mon amendement de repli vise à restreindre l'aide à mourir aux personnes subissant des souffrances physiques réfractaires aux traitements, en excluant les souffrances psychologiques des critères permettant de la demander. Il faudra en outre corriger une erreur rédactionnelle en supprimant la mention d'une souffrance psychologique à l'alinéa 8, puisque le même alinéa dispose, plus bas, que la souffrance psychologique ne peut pas être un critère.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Pour éviter les confusions, je rappelle fermement que le texte n'ouvre pas l'accès à l'aide mourir à toute personne présentant des souffrances psychologiques. La personne doit être atteinte d'une affection grave et incurable, engageant le pronostic vital, en phase avancée ou terminale. La souffrance doit, par ailleurs, être directement liée à l'affection et être soit réfractaire au traitement, soit insupportable. Ces conditions s'ajoutent à toutes les conditions de procédure prévues par le texte.

Ensuite, il apparaît essentiel que le collège pluriprofessionnel puisse prendre en compte les souffrances psychologiques, très fréquentes en fin de vie et qui peuvent devenir insupportables au même titre que des souffrances physiques. Je me refuse à établir une hiérarchie entre les souffrances physiques et psychologiques, les unes insupportables, les autres non. Restreindre le texte aux seules souffrances physiques serait excessif, réduirait sa portée et modifierait profondément son équilibre.

Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS372 de M. Thibault Bazin, AS456 de Mme Sandrine Dogor-Such et AS628 de M. Christophe Bentz, amendements AS579 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS379 de Mme Marie-France Lorho (discussion commune)

M. Thibault Bazin (DR). Mes amendements de réécriture de l'article 4 ayant été jugés irrecevables, je ne puis évoquer les personnes privées de liberté ou souffrant d'une affection particulière, alors que j'aurais souhaité être force de proposition sur les critères les concernant.

L'un de mes rares amendements recevables concerne l'ambiguïté qui demeure autour des souffrances psychologiques. L'alinéa 8 mentionne en effet une souffrance « physique ou psychologique ». Or certaines personnes peuvent n'avoir que des souffrances psychologiques, sans souffrances physiques. La rédaction actuelle ouvre donc un champ très vaste. La question a été posée de savoir combien de personnes seront éligibles avec les critères que nous posons : la représentation nationale et de façon générale la société ont besoin de connaître la réponse. Le « ou psychologique » ouvre la porte à des cas auxquels la société doit donner une autre réponse que l'administration d'une substance létale. C'est une alerte

collective, et d'autant plus après l'année de la santé mentale. Il faut à tout le moins réécrire cet élément.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Mon amendement est un amendement de cohérence, car l'expression « ou psychologique » qui apparaît dans la première phrase de l'alinéa 8 est en contradiction avec la dernière phrase du même alinéa, selon laquelle « une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir ». Il faut lever cette ambiguïté patente. J'ajoute que les souffrances psychologiques et mentales liées à l'affection engagent une augmentation de la souffrance physique.

M. Christophe Bentz (RN). Une souffrance physique entraîne systématiquement des souffrances psychologiques. Quoi qu'il en soit, nos amendements AS628 et AS379 sont purement rédactionnels, puisqu'il faut régler la contradiction qui existe entre le début et la fin de l'alinéa.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). En première lecture, le texte parlait de souffrance physique « et » psychologique et nous avions préféré écrire « ou ». Je propose une nouvelle modification pour remplacer le « ou » par « et, le cas échéant, ». En effet, s'il n'est pas systématique que la souffrance psychologique suive la souffrance physique, c'est le plus souvent le cas. Cette proposition de consensus me semble propre à lever l'ambiguïté qui existe depuis que l'amendement de Mme Colin-Oesterlé a précisé que « une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir ».

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Sur le fond, je ferai la même réponse que précédemment. Avis donc défavorable. Je précise que nous serons plus tard favorables à un amendement proposant de supprimer une partie de l'alinéa 8.

M. Patrick Hetzel (DR). Jusqu'ici, il était question, dans nos débats, de douleurs irréfragables ; désormais, le dispositif n'est manifestement plus limité à ces douleurs. Cela nous fait passer d'une loi d'exception, concernant quelques cas, à une disposition générale. Compte tenu des critères actuels de l'article 4 en effet, l'éligibilité au dispositif sera très large.

La commission rejette successivement les amendements.

La réunion s'achève à treize heures.

Présences en réunion

Présents. — Mme Audrey Abadie-Amiel, Mme Ségolène Amiot, M. Joël Aviragnet, Mme Anchya Bamana, M. Thibault Bazin, M. Karim Ben Cheikh, M. Christophe Bentz, Mme Anne Bergantz, M. Théo Bernhardt, Mme Sylvie Bonnet, M. Eddy Casterman, Mme Nathalie Colin-Oesterlé, Mme Josiane Corneloup, M. Stéphane Delautrette, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Stella Dupont, M. Gaëtan Dussausaye, Mme Karen Erodi, M. Olivier Falorni, M. Olivier Fayssat, Mme Agnès Firmin Le Bodo, M. Thierry Frappé, Mme Martine Froger, Mme Camille Galliard-Minier, Mme Marie-Charlotte Garin, Mme Océane Godard, Mme Justine Gruet, M. Jérôme Guedj, Mme Zahia Hamdane, Mme Marine Hamelet, M. Patrick Hetzel, M. Sacha Houlié, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Sandrine Lalanne, M. Michel Lauzzana, M. Didier Le Gac, Mme Élise Leboucher, M. Jérôme Legavre, Mme Brigitte Liso, M. Thomas Ménagé, M. Christophe Mongardien, M. Yannick Monnet, M. Serge Muller, M. Yannick Neuder, Mme Sandrine Nosbé, M. Julien Odoul, Mme Agnès Pannier-Runacher, Mme Mathilde Panot, M. Sébastien Peytavie, M. René Pilato, Mme Christine Pirès Beaune, Mme Lisette Pollet, M. Matthias Renault, M. Aurélien Rousseau, Mme Sandrine Rousseau, M. Jean-François Rousset, Mme Eva Sas, M. Arnaud Simion, M. Thierry Sother, M. Nicolas Turquois, M. Frédéric Valletoux, Mme Annie Vidal, M. Stéphane Viry

Excusés. — M. Paul Christophe, Mme Karine Lebon, M. Éric Michoux

Assistaient également à la réunion. — M. Bérenger Cernon, M. Daniel Grenon, M. Christophe Naegelen