

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

1 7 <sup>e</sup>   L É G I S L A T U R E

## 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 ..... 63

Mercredi

4 février 2026

Séance de 15 heures

Compte rendu n° 46

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

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



*La réunion commence à quinze heures.*

*(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*

**Article 4 (suite) : Conditions d'accès à l'aide à mourir**

*Amendement AS698 de Mme Brigitte Liso, amendements identiques AS119 de Mme Océane Godard et AS135 de M. René Pilato (discussion commune)*

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Je souhaite remplacer « constante » par « persistante ». La notion de douleur constante indique une linéarité de la souffrance, alors que chacun sait que celle-ci peut connaître des variations.

**Mme Océane Godard (SOC).** Je ne comprends pas bien. J'ai vérifié les définitions : « constant » désigne le caractère de quelque chose qui reste identique, qui ne varie pas ; « persistant », le caractère de ce qui persiste, dure et ne change pas ; les deux termes sont présentés comme synonymes.

Notre amendement vise à supprimer le terme « constante » pour substituer à ce critère temporel d'appréciation de la souffrance insupportable une approche médicale, collégiale et individualisée.

La procédure est très encadrée par le texte. Le caractère libre et éclairé de la volonté du patient est vérifié à maintes reprises. À cela s'ajoutent les déclarations des médecins. La proposition de loi n'est pas permissive.

**M. René Pilato (LFI-NFP).** Je dirais même que c'est le caractère intermittent d'une souffrance qui la rend insupportable : quand elle est constante, au bout d'un moment, on s'y fait. Mais quand la personne sait qu'elle va mourir, qu'elle réunit les critères requis pour demander l'aide à mourir et que, quels que soient les traitements, sa souffrance va et vient, cela la rend de plus en plus difficile à supporter, y compris psychologiquement. C'est ce qui mine progressivement son moral et la conduit à vouloir en finir. Il ne faut donc préciser ni « constante » ni « persistante » et parler simplement de souffrance physique ou psychologique.

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** La sémantique n'est pas évidente. Pour moi, quelque chose de persistant est durable mais peut varier, tandis qu'un phénomène constant dure sans variation. Je vais retirer mon amendement, mais je suis défavorable aux deux autres, car je ne souhaite pas qu'on ne qualifie pas du tout la souffrance.

*L'amendement AS698 est retiré.*

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** J'avais moi aussi du mal à comprendre la différence entre « constante » et « persistante ».

L'enjeu est de ne pas étendre aux souffrances ponctuelles le champ des conditions d'accès à l'aide à mourir. De même, je mets en garde contre les propositions qui seront faites ultérieurement à propos du critère de souffrance psychologique et qui conduisent à ouvrir ce champ.

Monsieur le rapporteur général, vous nous dites que l'on est parvenu à un texte cadré et équilibré auquel il ne faut plus toucher, mais le recours à cet argument semble varier en fonction de qui avait proposé les amendements ayant amené à cet équilibre – qui ont été adoptés, je le rappelle.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Il n'est pas question d'une décision qui serait effective dans l'heure qui suit. Parler de douleurs ponctuelles suffisamment insupportables pour entraîner une demande d'aide à mourir dans l'heure ne correspond pas au texte en discussion ; je ne vois pas ce que cela apporte, à part alimenter des fantasmes.

Il s'agit ici de douleurs réfractaires, c'est-à-dire non soulagées par la médication – elles sont donc, de fait, persistantes –, si insupportables qu'on en finit par demander l'aide à mourir. Vous tergiversez pour le principe au lieu de vous attacher au bien des personnes pour lesquelles nous légiférons.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général de la proposition de loi.** Je suis d'accord à la fois avec Mme Colin-Oesterlé et avec Mme Amiot, et il ne s'agit pas d'un équilibre précaire – voici pourquoi.

Vous estimez, madame Colin-Oesterlé, que nos avis sont fonction des auteurs des amendements. Nous avons dit que nous étions défavorables à la suppression du mot « constante » : nous sommes, pour le coup, constants ; nous sommes donc, comme vous, défavorables aux amendements qui proposent cette suppression.

Mais je suis d'accord avec Mme Amiot, et c'est précisément pourquoi il est inutile de supprimer le mot « constante », à moins de vouloir donner des arguments à ceux qui prétendent que, ce faisant, nous ouvririons de façon inconsidérée l'accès à l'aide à mourir – ce qui est faux, puisqu'en réalité « constante » est redondant par rapport à « réfractaire ».

Restons-en à la rédaction actuelle du texte. Nous retirons la proposition d'introduire le mot « persistante », car elle suscite des interrogations, mais il serait judicieux de garder « constante » en complément de « réfractaire », qui met tout le monde d'accord. Par constance, par cohérence et même par prudence, je vous invite, mes chères collègues, à retirer vos amendements.

*La commission **rejette** les amendements identiques.*

*Amendement AS627 de M. Christophe Bentz*

**M. Christophe Bentz (RN).** Cet alinéa 8 comporte plusieurs contradictions ou imprécisions. Ici, nous proposons, comme nous l'avons déjà fait au cours des précédentes étapes de l'examen du texte, de ne pas distinguer souffrance réfractaire aux traitements et souffrance insupportable selon la personne elle-même.

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Cet amendement n'apporte aucune nouveauté. Une souffrance réfractaire aux traitements est par définition insupportable.

Défavorable.

**Mme Justine Gruet (DR).** La même phrase parle de souffrance réfractaire aux traitements et du choix d'arrêter de recevoir un traitement. La douleur n'est pas réfractaire s'il existe un traitement permettant de la soulager.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements AS425 de Mme Christine Loir, AS585 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé, AS424 de Mme Christine Loir, AS400 de Mme Lisette Pollet, amendements identiques AS166 de Mme Marie-France Lorho et AS231 de Mme Justine Gruet (discussion commune)*

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** La souffrance doit être médicalement constatée, réfractaire aux traitements et persistante malgré une prise en charge adaptée. Sinon, on bascule dans un critère purement subjectif ; de plus, une souffrance fluctuante peut être réversible. Nous avons le devoir d'être prudents. Notre amendement AS425 rétablit donc un critère médical solide, protecteur et responsable.

Par ailleurs, les douleurs réfractaires relèvent de la loi Claeys-Leonetti : le patient peut être soulagé dans un premier temps par une sédation partielle et dans un deuxième temps, s'il en est décidé ainsi, par une sédation profonde et continue. Il convient de suivre ces étapes, d'inscrire dans la loi des termes efficaces et de prévoir des critères médicaux solides.

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** Dans la rédaction actuelle, le caractère insupportable de la souffrance n'est retenu que quand la personne choisit d'arrêter ou de refuser un traitement. Nous proposons de lui substituer une formulation inspirée du droit canadien, qui exige cumulativement que la souffrance soit insupportable et ne puisse être apaisée dans des conditions jugées acceptables par la personne, quelle que soit la situation du patient.

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** L'amendement AS424 est défendu.

**Mme Lisette Pollet (RN).** Mon amendement vise à empêcher une dérive majeure. La rédaction actuelle permettrait de recourir à l'euthanasie alors même qu'un traitement efficace existe, du moment qu'il a été refusé. Nous nous opposons à cette logique. Le dispositif ne doit viser que les souffrances effectivement irréductibles en dépit des traitements administrés. Sinon, la loi ne soulage plus la souffrance, elle entérine un renoncement aux soins.

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** L'amendement AS166 est défendu.

**Mme Justine Gruet (DR).** Mon amendement vise à supprimer la possibilité de fonder la demande sur une souffrance insupportable résultant du choix d'arrêter le traitement.

En effet, la procédure ne saurait avoir pour objet de satisfaire une volonté générale de choisir le moment et les conditions de son décès à la suite d'une décision personnelle d'arrêt de traitement. Le droit en vigueur reconnaît pleinement la liberté de refuser ou d'interrompre un traitement, conformément au principe de consentement libre et éclairé et au respect de l'autonomie du patient. Cette liberté fondamentale ne saurait toutefois emporter par elle-même le droit de solliciter une aide à mourir en raison des conséquences prévisibles de ce choix. En permettant de fonder l'accès à mourir sur une souffrance résultant directement

d'une décision d'arrêt de traitement, le dispositif introduirait un glissement substantiel dans la finalité du texte. Une telle évolution en excéderait l'objet et en modifierait profondément la nature.

Il s'agit de réaffirmer la distinction entre le droit du patient de refuser ou d'interrompre un traitement, qui doit être pleinement garanti, et l'accès à l'aide à mourir, qui doit demeurer strictement réservé à des situations médicales exceptionnelles et indépendantes d'un choix délibéré d'interruption de traitement.

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** La rédaction de l'amendement AS425 semble imprécise. Dans la rédaction actuelle, il apparaît clairement que la souffrance est liée à l'affection et qu'elle est constatée par un médecin. Par ailleurs, à l'article 6, il est tout aussi clairement prévu que l'ensemble des critères de l'article 4, dont celui de la souffrance réfractaire, fasse l'objet d'une vérification par le collège pluridisciplinaire. L'idée de prise en charge appropriée figure, elle, à l'article 5, qui dispose que le médecin propose à la personne de bénéficier de soins palliatifs et s'assure, le cas échéant, qu'elle peut y accéder.

L'amendement AS585 n'apporte rien de particulier.

Les amendements suivants entrent en contradiction avec la loi Kouchner, qui impose de respecter les principes fondamentaux de l'autonomie du patient.

Avis défavorable à l'ensemble des amendements.

**Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR).** La souffrance, ça se mesure. Ensuite, il faut trouver un traitement adapté à la personne. Certains patients subissent des effets secondaires et développent des allergies ; certaines équipes ne maîtrisent pas très bien la gestion de ces thérapeutiques – la prise en charge ne se déroule pas toujours en milieu hospitalier. Les souffrances sont toujours en lien avec la maladie incurable en phase avancée. Les gens ont le droit de refuser un traitement, par exemple une chimiothérapie dite de confort quand leur maladie est en phase terminale et que leurs douleurs sont insupportables et irréductibles par les traitements.

**M. Thibault Bazin (DR).** La rédaction du texte pose plusieurs questions. Les amendements le montrent, on a du mal à définir le caractère insupportable des souffrances. Une souffrance peut être réfractaire mais pas insupportable. Il y a aussi une confusion entre douleur et souffrance – les deux termes ont été employés indifféremment dans le débat ; or la souffrance est une notion beaucoup plus globale, qui intègre une part de ressenti. Enfin, certains parlent d'arrêt de traitement, mais, dans ce cas, les soins, eux, ne s'arrêtent pas : la notion de soin est beaucoup plus globale que celle de traitement. On peut même souffrir moins en fin de vie qu'auparavant.

Si le critère doit être une souffrance réfractaire insupportable, il faut être plus précis. Nous avons encore besoin de travailler à la rédaction d'ici à la séance.

**M. Stéphane Delautrette (SOC).** Si je suis bien le raisonnement des défenseurs des amendements, une personne qui aurait renoncé au traitement – ce qui peut être lié aux effets secondaires de celui-ci et non à l'affection elle-même – ne pourrait pas bénéficier de l'accompagnement permis par le texte : il faudrait la laisser partir dans des souffrances insupportables. Mais c'est une question d'humanité ! Pour elle, ce serait la double peine. De plus, les personnes qui renonceraient au traitement ne voudraient pas systématiquement recourir

à l'aide à mourir. Toutefois, au nom de l'égalité des citoyens devant le droit, il faudra qu'elles puissent y accéder.

**Mme Annie Vidal (EPR).** Lors des auditions, le président de la Société française d'étude et de traitement de la douleur, qui est psychiatre, nous a alertés sur le fait que le caractère insupportable de la douleur psychique est inévaluable, alors que la douleur physique peut être mesurée sur une échelle. Sur le plan psychologique, un même niveau de douleur, supportable pour quelqu'un, ne le sera pas pour quelqu'un d'autre. Cette impossibilité d'évaluation objective fragilise la notion de douleur insupportable.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

*Amendements AS156 et AS167 de Mme Marie-France Lorho (discussion commune)*

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** Selon le serment d'Hippocrate, le premier souci des professionnels de santé est de « *rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux* ». L'instauration du suicide assisté ou délégué induira nécessairement un changement de paradigme en entrant en contradiction avec cette obligation de dispenser des soins.

L'amendement AS156 tend donc à rappeler que les patients doivent avoir bénéficié de tous les soins accessibles avant de pouvoir faire la demande.

**Mme Lisette Pollet (RN).** L'amendement AS167 rappelle un principe essentiel : chacun a le droit de refuser un traitement, mais ce refus ne peut engager la société et l'amener à provoquer la mort. Autoriser le suicide assisté ou l'euthanasie sur ce fondement inverserait la hiérarchie des principes : la demande de mort primerait sur le devoir de soin alors que tout médecin est tenu de soigner et de soulager. Ouvrir cette porte risque de banaliser la mort de personnes qui pourraient encore recevoir des soins, ce qui fragiliserait notre pacte de solidarité et la protection des plus vulnérables.

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Comme les précédents, ces amendements sont en contradiction avec la loi Kouchner : ils ne respectent pas les principes fondamentaux de l'autonomie du patient.

Avis défavorable.

**M. Thibault Bazin (DR).** L'idée n'est pas de remettre en cause la loi Kouchner. Tous ici, je crois, nous sommes opposés à l'obstination déraisonnable : une personne doit pouvoir arrêter un traitement. Mais ici, il s'agit de l'éligibilité à l'administration d'une substance létale, qui est un geste actif.

On nous a dit que le dispositif était destiné à des personnes subissant des souffrances réfractaires, en fin de vie, dont le pronostic vital est engagé à court terme ; ici, on voit bien qu'on s'éloigne de ces situations.

Nous parlions ce matin des 9 personnes sur 100 qui maintiennent leur demande d'aide à mourir après avoir eu accès aux soins palliatifs, contre 91 qui y renoncent.

Il faut respecter la loi Kouchner, mais définir plus précisément les critères d'éligibilité à l'aide à mourir pour ne pas ouvrir des possibilités qui ne seraient pas éthiques.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

*Amendements identiques AS121 de Mme Océane Godard et AS136 de M. Hadrien Clouet*

**Mme Océane Godard (SOC).** Notre amendement vise à faire reconnaître la souffrance psychologique parmi les critères. Le texte instaure une hiérarchie silencieuse des souffrances : il reconnaît pleinement la douleur mais exclut la détresse psychique. Cette séparation ne correspond ni aux enseignements de la médecine contemporaine, ni à ceux du droit comparé, ni à la réalité vécue et ressentie par les patients. La littérature médicale et les rapports de la Haute Autorité de santé (HAS) soulignent que, dans les maladies graves incurables, la souffrance psychologique est indissociable de la souffrance physique. La Cour européenne des droits de l'homme ne distingue pas la nature de la souffrance. Exclure la dimension psychologique des critères d'appréciation de la souffrance, c'est rompre avec une approche holistique qui lie le physique, le mental et l'émotionnel.

Cet amendement ne retire aucun garde-fou ; il rétablit la cohérence du point de vue médical et éthique.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Par notre amendement AS136, nous souhaitons supprimer la phrase « une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir ». Elle est en contradiction avec le reste du texte. En particulier, le terme de souffrance utilisé plus haut dans cet article n'a pas un sens purement physique. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la souffrance est une expérience douloureuse, qu'elle soit physique ou mentale – d'ailleurs, les deux s'entretiennent l'une l'autre. Écarter la souffrance psychique des critères d'accès à l'aide à mourir revient à hiérarchiser les souffrances ; c'est un non-sens.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je l'ai dit, je suis attaché à la constance, mais aussi à la cohérence. Je suis donc favorable à ces amendements. Il n'y a pas de hiérarchie des souffrances ; c'est le sens de ce que nous avons voté en première lecture, comme plus récemment en rejetant des amendements visant à réintroduire une telle hiérarchie.

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** Ce matin, nous avons proposé – c'était un amendement de ma collègue Agnès Firmin Le Bodo – de mentionner dans la première phrase de cet alinéa une souffrance « physique et psychologique », en parfaite cohérence, justement, avec la dernière phrase dont nous sommes en train de parler. Vous avez émis un avis défavorable à cet amendement. J'insiste à nouveau : il s'agissait de cohérence et de constance par rapport à ce qui a été voté dans l'hémicycle. Un équilibre a été trouvé ; il doit être conservé. Les psychiatres nous mettent en garde contre les dangers de l'ouverture ici proposée.

**M. René Pilato (LFI-NFP).** Puisque vous parlez de cohérence, je vous relis l'alinéa 8 : « Présenter une souffrance physique ou psychologique constante [...]. Une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir. » Que l'on soit pour ou contre le texte, il y a là une contradiction. Je rejoins M. Falorni : puisque nous avons refusé de remplacer « ou » par « et », nous devons, par cohérence, voter pour ces amendements et retirer la dernière phrase.

**M. Thibault Bazin (DR).** Cette phrase fait partie du texte issu des travaux de l'Assemblée, que vous avez décrit, madame la rapporteure, monsieur le rapporteur général,

comme solide, cohérent et sérieux. En la supprimant, on déséquilibre un texte que vous qualifiez d'équilibré.

Des millions de personnes éprouvent des souffrances psychologiques ; la santé mentale est un véritable défi dans notre pays. Ouvrir cette porte est très dangereux. Il faut voter contre ces amendements.

**Mme Camille Galliard-Minier (EPR).** Il a été souligné depuis le début que les conditions figurant à l'article 4 sont cumulatives. La présentation qu'en donne M. Bazin laisse penser que si on supprime la phrase en question, des millions de personnes ayant des souffrances psychologiques pourraient avoir recours à l'aide à mourir. Mais c'est oublier le 3°, qui 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. Il faut en outre que les souffrances psychologiques soient constantes et liées à une affection.

Il ne faut pas faire croire qu'en proposant de supprimer une phrase redondante l'amendement changerait quoi que ce soit à l'équilibre du texte.

**M. Théo Bernhardt (RN).** J'ai voté en faveur de la proposition de loi en première lecture parce que j'ai considéré qu'il fallait faire vivre le débat et que le texte était cadré.

Mais je m'inquiète vivement des conséquences de ces amendements. N'y a-t-il pas un risque de changement d'interprétation de la loi, ce qui conduirait à autoriser le recours à l'euthanasie ou au suicide assisté pour une personne dont les souffrances sont seulement psychologiques ?

Certains d'entre nous veulent ouvrir le droit à l'euthanasie ou au suicide assisté, mais ils ont peur d'évolutions futures. La phrase qu'il est proposé de supprimer les rassurait et elle avait permis qu'ils votent pour ou s'abstiennent. Si ces amendements étaient adoptés, ils pourraient finalement décider de voter contre. Rompre l'équilibre du texte est dangereux.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Je suis très heureux de voir que certains, qui n'avaient pas voté ce texte en première lecture, considèrent désormais qu'il est équilibré. Il n'est jamais trop tard pour le reconnaître.

Monsieur Bazin, vous ne pouvez pas dire que des millions de personnes qui ont des souffrances psychologiques vont être concernées par cette loi. Ce n'est pas bien : vous créez des peurs. On sait que le dispositif repose sur une série de critères cumulatifs. N'utilisez plus cet argument.

**Mme Annie Vidal (EPR).** Quel que soit notre avis sur le texte, en tant que législateur, nous devons faire en sorte qu'il soit le moins possible sujet à interprétation, car cela pourrait exposer les professionnels à des risques de contentieux.

Il convient donc de conserver une phrase utile à la clarté du texte, ce qui empêchera quiconque d'essayer de remettre en cause une décision du médecin respectant les critères. Même si la formulation est un peu redondante, elle est absolument nécessaire pour sécuriser les procédures, les soignants et les personnes concernées.

**M. Stéphane Delautrette (SOC).** Je ne suis pas d'accord avec Mme Vidal. C'est précisément en conservant cette phrase que l'on ouvre la porte à des interprétations.

Premièrement, l'article prévoit qu'il faut respecter toutes les conditions pour être éligible. Une personne qui souffrirait uniquement de manière psychologique ne peut donc pas obtenir l'aide à mourir.

Deuxièmement, le texte actuel mentionne les souffrances physiques ou psychologiques. Or la dernière phrase du même alinéa indique qu'une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir. C'est totalement contradictoire, puisqu'on peut la demander si l'on souffre psychologiquement et que l'on réunit les autres conditions.

Ce matin, plusieurs d'entre vous ont proposé des amendements au motif que cet alinéa était mal rédigé et introduisait une contradiction. Vous ne pouvez pas ensuite dire le contraire.

**Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR).** Je suis d'accord avec M. Delautrette. On sort une phrase de son contexte pour essayer de persuader que l'on va ouvrir très largement l'accès à l'aide à mourir. Ce faisant, on méconnaît le dispositif d'ensemble, qui repose sur le respect de critères cumulatifs. Il faut cesser de procéder ainsi et de vouloir faire croire que l'on va mettre fin aux jours de gens qui ne sont pas concernés par le texte.

**Mme Justine Gruet (DR).** Si ces amendements sont adoptés, on pourrait en arriver – quand tous les critères sont respectés – à déclencher automatiquement l'euthanasie lorsque l'arrêt d'un traitement entraîne des souffrances insupportables. C'est une rupture fondamentale en matière de prise en charge du patient. Cela reviendrait à demander aux professionnels de santé d'assumer directement les conséquences d'une décision individuelle, dans un cadre qui dépasse la prise en charge des souffrances réfractaires à tout traitement liées à l'évolution naturelle de la pathologie.

Comment déterminer la constance d'une souffrance qui est très subjective ? Ce n'est pas possible dans un texte législatif. On va une nouvelle fois confier aux soignants la tâche d'opérer un tri des souffrances, alors qu'on sait qu'elles fluctuent beaucoup, notamment chez ces patients.

Si l'on admettait qu'une souffrance psychologique seule permet d'accéder à l'aide active à mourir, combien de personnes seraient éligibles ?

**Mme Sandrine Rousseau (EcoS).** De même qu'il n'y a pas de « tourisme » en la matière, il n'y a pas non plus d'automatisme. Ce texte le garantit article après article. Les critères sont extrêmement bien définis et le dispositif repose avant tout sur la volonté réitérée de la personne. On ne va pas poursuivre les gens dans la rue avec des seringues !

Dans chacune de vos interventions, vous sous-entendez qu'il y aurait une faille par laquelle on s'engouffrerait pour que des millions de personnes bénéficient de ce nouveau droit. Je le rappelle fermement : ça n'est pas vrai.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Toute règle comprend ses exceptions, monsieur Bazin. J'avais eu l'occasion de dire en séance que ce texte est cohérent, à une exception près : la phrase qu'il est proposé de supprimer. Je m'étais opposé à l'amendement qui est à l'origine de celle-ci. Il avait été voté à un moment où le saucissonnage des critères avait porté ses fruits.

Je suis prêt à approuver cent fois une phrase indiquant qu'une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir, puisque cela correspond à la réalité du texte. Mais, en l'occurrence, nous rédigeons un article de loi, pas un exposé des motifs.

Je remercie M. Bernhardt pour son vote favorable en première lecture, mais je souligne que le texte adopté prévoyait explicitement qu'il faut présenter une souffrance physique ou psychologique. Peut-être vous êtes-vous trompé lors du vote, mais j'en doute.

Le travail de législateur conséquent que nous faisons vise à assurer la cohérence d'un article, ni plus ni moins. On peut être en désaccord et considérer qu'il y a une hiérarchie des souffrances, mais ce n'est pas ce que nous avons voté démocratiquement.

Pour toutes ces raisons, j'invite à adopter ces deux amendements, afin de pouvoir dire encore une fois que ce texte est équilibré, solide et, enfin, cohérent.

*La commission **adopte** les amendements.*

*En conséquence, l'amendement AS233 de Mme Justine Gruet **tombe**.*

*Amendement AS562 de M. Julien Odoul*

**M. Christophe Bentz (RN).** Le vote qui vient d'avoir lieu me désole. Il inquiète d'ailleurs aussi bien des opposants au texte que certains de ses partisans. Ça en dit long.

Cet amendement de précision indispensable prévoit que la souffrance psychologique doit être liée à l'affection grave et incurable.

Je maintiens que cet alinéa reste flou et qu'il y a une contradiction entre son début et sa fin – ce que M. Delautrette a d'ailleurs reconnu, même s'il en tire des conclusions opposées aux nôtres. Le texte restera déséquilibré tant que l'on indiquera que l'aide à mourir peut être accordée pour des souffrances physiques ou psychologiques plutôt que de prévoir qu'il faut présenter ces deux souffrances.

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Avis défavorable.

Je ne comprends pas bien votre raisonnement. Vous souhaitez que la souffrance psychologique soit liée à une affection. Mais c'est déjà écrit noir sur blanc dans le texte.

**M. Thibault Bazin (DR).** Cet amendement est intéressant, car il établit un lien entre les souffrances physiques et les souffrances psychologiques. L'approche globale du patient montre que les premières sont souvent accompagnées des secondes.

Le rapporteur général a raison de dire qu'il ne suffira pas d'éprouver des souffrances psychologiques, puisqu'il faudra également avoir 18 ans, être de nationalité française ou résider de manière stable et régulière en France, avoir une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale et être apte à manifester sa volonté de manière libre et éclairée.

Mais on peut réunir tous ces critères sans forcément souffrir physiquement et en ayant encore plusieurs années à vivre. On est en droit de penser que le fait de rendre éligibles des personnes dont les souffrances sont seulement psychologiques est un changement majeur.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS423 de Mme Justine Gruet*

**Mme Justine Gruet (DR).** Les deux amendements qui viennent d'être adoptés conduisent à un texte déséquilibré et il faut reconnaître que retenir les seules souffrances psychologiques est un changement majeur.

D'où l'importance de mon amendement, qui prévoit que la personne doit exprimer son consentement libre et éclairé devant le président du tribunal judiciaire ou le magistrat désigné par ce dernier. Il s'agit d'éviter de faire supporter le poids de cette responsabilité aux médecins et de la confier à des professionnels habitués à contrôler que des critères légaux sont respectés. L'amendement reprend la formule utilisée en matière de don intrafamilial d'organes.

Il n'appartient pas au médecin de vérifier si la personne subit des pressions. On sait que l'abus de faiblesse est une situation que les tribunaux ont l'habitude d'examiner. Cet amendement vise à protéger les plus fragiles.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Répéter une contrevérité n'en fait pas une vérité.

Encore une fois, les deux amendements qui ont été adoptés visaient à rendre le texte cohérent. Vous pouvez préférer voter un article incohérent, c'est votre droit.

Je répète qu'une souffrance psychologique seule ne permet pas d'accéder à l'aide à mourir. Le texte que nous avons voté en première lecture mentionnait une souffrance physique ou psychologique. Vous pouvez être en désaccord et estimer qu'il serait nécessaire de retenir un cumul des deux souffrances. Mais ne dites pas que le texte vient de changer de nature en raison de l'adoption des deux amendements.

La rédaction actuelle de l'article prévoit déjà que la manifestation de volonté doit être libre, ce qui suppose que la personne puisse prendre sa décision sans contrainte extérieure. Cette exigence est d'autant plus encadrée que la vérification de la manifestation de volonté a lieu de manière répétée, à toutes les étapes de la procédure. Le texte est très précis et sécurisant. Un médecin doutant du caractère libre et éclairé de l'expression de la volonté du demandeur pourra lui notifier un refus, voire saisir le procureur de la République si nécessaire.

Par ailleurs, votre proposition est peu pratique – pour le dire poliment – et bien trop restrictive. Vous exigez une procédure lourde, ce qui pourrait conduire certaines personnes souhaitant bénéficier du dispositif à y renoncer.

Avis défavorable.

**Mme Justine Gruet (DR).** J'aimerais que vous ayez raison, mais les abus de faiblesse existent. Un médecin n'est pas forcément au courant des pressions familiales ou extérieures qui s'exercent sur un patient et le fait que la demande soit réitérée n'y change rien. Puisque la procédure que je propose existe pour les dons intrafamiliaux d'organes, il est possible d'y recourir en l'espèce et cela me paraît essentiel – d'autant qu'aucun contrôle *a priori* des critères n'est prévu : il faudra attendre d'être allé au bout de la démarche pour vérifier s'ils ont été respectés.

S'agissant des souffrances physiques et psychologiques, je suis d'accord avec votre argument relatif à la cohérence. Mais cela n'enlève rien au fait que vous avez modifié un critère de manière fondamentale, puisque le texte mentionne désormais une souffrance physique « ou » psychologique.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Comme l'a très bien dit le rapporteur général, votre amendement est destiné à rendre le dispositif inopérant.

Vous êtes professionnelle de santé, comme moi. L'indépendance du professionnel de santé lorsqu'il examine un patient est au cœur du serment d'Hippocrate. Le texte prévoit des garanties : une procédure collégiale doit être mise en place et la personne doit réitérer sa volonté. Avec cette loi, nous aurons enfin un fichier national permettant le suivi et l'évaluation, ce qui n'était pas été le cas depuis l'entrée en vigueur de la loi Claeys-Leonetti.

Ce que nous écrivons avec beaucoup de minutie devra être parfaitement respecté. J'y attache beaucoup d'importance. L'indépendance du corps médical et la réitération de la volonté du patient sont des garanties vraiment solides.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS401 de Mme Lisette Pollet, amendements AS629 et AS630 de M. Christophe Bentz (discussion commune)*

**Mme Lisette Pollet (RN).** Être apte à manifester sa volonté ne signifie pas nécessairement exprimer un consentement réel, libre et non équivoque. S'agissant d'une décision définitive, cette ambiguïté est inacceptable.

Mon amendement renforce l'exigence de consentement en précisant qu'il faut être apte à manifester sa volonté de manière non équivoque et exempte de l'influence d'autrui. À défaut, on accepterait que la mort puisse résulter d'une volonté floue, fragile ou influencée.

**M. Christophe Bentz (RN).** Mes amendements ont pour but de préciser le dernier critère prévu par l'article. En substituant la voix active à la voix passive, ils soulignent davantage qu'il doit s'agir d'une manifestation de la volonté.

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Madame Pollet, la manifestation de volonté doit être libre, ce qui suppose que la personne puisse prendre sa décision sans contrainte extérieure. Cette exigence est d'autant plus encadrée dans le texte que la vérification est faite de manière répétée, à toutes les étapes de la procédure. Votre amendement est satisfait.

Vos amendements le sont également, monsieur Bentz. La mention « être apte » a été retenue pour correspondre à la rédaction de l'alinéa 4, qui annonce l'énumération des critères. Le texte prévoit évidemment que la personne doit manifester sa volonté, et pas seulement être apte à le faire. S'agissant de l'amendement AS630, ajouter le mot « effectivement » ne change rien au fait que la personne doit manifester sa volonté.

Demande de retrait.

**Mme Annie Vidal (EPR).** Tous les alinéas de cet article peuvent faire l'objet d'interprétations différentes par le soignant qui va devoir répondre à une demande de mort.

Je ne sais pas ce que signifie « manifester sa volonté de façon libre et éclairée ». Est-on libre si l'on n'a pas eu accès aux soins palliatifs ? La moitié des personnes qui demandent à bénéficier de ce droit ne le peuvent pas – et elles ne le pourront pas tant que la stratégie décennale n'aura pas atteint son objectif. Est-on libre quand on est isolé ? Il existe un grand nombre de situations où l'on n'est pas forcément libre de son choix. Ce dernier peut être fait par défaut et c'est une chose que le médecin ne pourra pas apprécier. Le critère du choix libre et éclairé me gêne donc, comme tous les autres.

Encore une fois, c'est une question de sécurité juridique des soignants, qui vont devoir répondre à une demande très grave puisque c'est une demande de mort.

**Mme Camille Galliard-Minier (EPR).** La notion de choix libre et éclairé figure déjà dans d'autres textes législatifs. Il est libre dans la mesure où on ne peut pas l'obtenir sous la contrainte et éclairé parce que l'on est informé des conséquences – par le médecin, en l'espèce. L'ensemble constitué par ces deux termes est parfaitement suffisant.

Le mot « consentement » a été utilisé par une collègue. Mais, en l'occurrence, ce n'est pas de cela qu'il s'agit, puisque l'article traite bien d'une demande formulée par une personne. C'est un point important, car il met celle-ci au centre de ce nouveau droit.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

*Amendement AS632 de M. Christophe Bentz*

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Demande de retrait.

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

*Amendements AS580 et AS581 de Mme Agnès Firmin Le Bodo (discussion commune)*

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** Le texte prévoit que la personne doit être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée, mais il ne précise pas à quel moment cette aptitude doit être vérifiée.

L'amendement AS580 lève cette ambiguïté en précisant que cette condition doit être satisfaite au moment de la demande. L'amendement AS581 prévoit qu'elle doit l'être à chaque étape de la demande.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Ces amendements sont satisfaits : l'article 6 prévoit que l'aptitude à manifester sa volonté est appréciée lors de la procédure collégiale, donc après la demande.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

*L'amendement AS232 de Mme Justine Gruet est **retiré**.*

*Amendements AS36 de M. Patrick Hetzel, AS89 de Mme Sandrine Dogor-Such et AS631 de M. Christophe Bentz (discussion commune)*

**Mme Sylvie Bonnet (DR).** L'amendement AS36 est défendu.

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** Mon amendement vise à s'assurer que le consentement est réellement libre. Pour les personnes très vulnérables, les pressions extérieures peuvent être diffuses et implicites mais bien réelles. C'est la raison pour laquelle l'amendement précise que la décision doit être prise sans pression extérieure susceptible de constituer un abus de faiblesse. Ce garde-fou est indispensable pour protéger l'autonomie du patient s'agissant d'un acte irréversible.

**M. Christophe Bentz (RN).** Ce sont des amendements importants et il faut que l'un des trois soit adopté.

Madame la rapporteure, être apte à manifester et manifester effectivement sont deux choses différentes. On peut subir des pressions même si l'on est apte. Vous conviendrez que ce serait gravissime. Il est donc particulièrement important de modifier cet article pour écarter toute pression extérieure.

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Ces amendements sont satisfaits. La manifestation de la volonté doit être libre, ce qui suppose que la personne puisse prendre sa décision sans contrainte extérieure. Cette exigence est d'autant plus encadrée par la proposition de loi que la vérification a lieu à différents stades de la procédure.

Dans le cas où il y aurait abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse, l'article 223-15-2 du code pénal trouverait à s'appliquer.

Demande de retrait.

**M. Stéphane Delautrette (SOC).** Nos collègues peuvent être rassurés. Tout au long de la procédure, il est veillé à ce que la personne qui fait la demande d'aide à mourir ne subisse aucune pression. Nous le verrons lors de l'examen des articles 7 à 9 et, en tant que rapporteur, je proposerai des garde-fous pour s'assurer lors de la procédure prévue par l'article 9 qu'il n'y a pas de pression de l'entourage. Ces mesures n'ont pas à figurer à l'article 4, mais sachez que nous sommes tous très vigilants sur ce point.

**M. Christophe Bentz (RN).** Je ne considère pas que ces amendements sont satisfaits, madame la rapporteure.

Bien au contraire, nous sommes inquiets pour des raisons légitimes. Je rappelle qu'en première lecture l'amendement du président Valletoux créant un délit d'incitation à l'aide à mourir n'avait pas été voté.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Nous nous pencherons de nouveau sur ce sujet.

**M. Christophe Bentz (RN).** Nous préférierions être rassurés dès à présent en inscrivant dans cet article qu'aucune pression ne doit être exercée.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendements AS502 et AS503 de M. Michel Lauzzana et amendement AS20 de M. Jean-François Rousset (discussion commune)*

**M. Michel Lauzzana (EPR).** L'amendement AS502 vise à garantir la prise en compte des directives anticipées lorsque la personne se trouve dans un état de coma l'empêchant de s'exprimer.

L'amendement de repli AS503 prévoit que la volonté exprimée dans les directives anticipées doit être attestée par la personne de confiance.

**M. Jean-François Rousset (EPR).** Mon amendement concerne la situation extrêmement rare où une personne remplit toutes les conditions pour bénéficier de l'aide à mourir et en a exprimé la volonté par écrit, mais a été victime entre-temps d'un accident qui l'empêche de donner l'ultime confirmation. Ses directives anticipées seraient alors prises en compte afin de ne pas l'exclure de l'aide à mourir. C'est un sujet difficile, mais il mérite que l'on s'y intéresse.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je comprends que MM. Lauzzana et Rousset veuillent de nouveau aborder ce sujet, qui a été très longuement débattu en première lecture. J'avais alors eu l'occasion de dire que j'étais favorable à titre personnel à la prise en compte des directives anticipées.

Mais les discussions ont montré qu'il fallait entendre ceux qui s'y opposaient afin d'aboutir à un texte d'équilibre largement adopté – ce qui fut le cas.

C'est la raison pour laquelle j'ai toujours émis un avis défavorable aux amendements prévoyant de tenir compte des directives anticipées. Je remercie très chaleureusement les collègues qui ont pris acte du vote en première lecture et qui ont renoncé à les présenter de nouveau.

Demande de retrait.

**M. Jean-François Rousset (EPR).** Il s'agit d'un amendement d'appel, que je retire. Je suis sûr qu'une future loi permettra de mieux tenir compte de ces directives.

**M. Michel Lauzzana (EPR).** Je suis sensible à l'argumentation du rapporteur général et je retire mes amendements. Je les redéposerai pour la séance afin que nous puissions en débattre.

*Les amendements sont retirés.*

*Amendement AS699 de Mme Brigitte Liso*

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** L'amendement est quasi rédactionnel. Je souhaite inscrire à l'article 4 un alinéa figurant à l'article 6, car il traite du critère relatif à la manifestation de la volonté libre et éclairée des personnes dont le discernement est fortement altéré.

**M. Thibault Bazin (DR).** D'après mon expérience, si les administrateurs n'ont pas indiqué dans l'exposé sommaire de l'amendement que celui-ci est rédactionnel, c'est qu'il ne l'est pas tout à fait. L'alinéa que vous déplacez de l'article 6 à l'article 4 est une disposition de fond.

Ce qui me pose un problème, c'est la formulation « gravement altéré ». S'agissant du critère d'aptitude à manifester sa volonté de façon libre et éclairée, soit le discernement est altéré, soit il ne l'est pas. Je me suis abstenu de déposer un sous-amendement, car il faut avancer, mais nous aurons le débat en séance publique.

**Mme Camille Galliard-Minier (EPR).** Il me semble dommage de déplacer cet alinéa, qui, à l'article 6, suit la mention de la vérification par le médecin des cinq conditions cumulatives fixées par l'article 4. Celui-ci fixe les conditions, l'article 6 en vérifie l'application. Ne pas déplacer l'alinéa me semble de bonne légistique.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Très sensible à l'argumentation de notre collègue Galliard-Minier, dont les remarques sont souvent judicieuses, nous retirons l'amendement – même s'il procède à un simple transfert qui ne modifie rien, ce qui autorise à le qualifier de rédactionnel.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS204 de Mme Marine Hamelet*

**Mme Marine Hamelet (RN).** L'amendement vise à faire respecter la conception du consentement qui gouverne le droit français. En droit, on considère qu'un consentement peut être vicié même s'il est exprimé à l'oral ou à l'écrit.

C'est le cas en droit des contrats : un juge peut annuler un engagement s'il estime que le consentement n'était pas libre. C'est le cas également en droit pénal, notamment en matière d'agression sexuelle et de viol ; chacun le sait, un « oui » formel ne suffit pas toujours à caractériser un consentement valable.

Le présent amendement s'inscrit dans la même logique. Dans un grand nombre de départements, l'accès aux soins palliatifs reste insuffisant, voire inexistant. Dans ces territoires, peut-on raisonnablement affirmer qu'un patient qui demande la mort faute d'avoir pu être soulagé manifeste une volonté libre et éclairée ? Je considère que la réponse est non : sous contrainte, il n'y a pas de liberté.

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Cet amendement contrevient à la loi Kouchner, car il vise à introduire un critère susceptible d'entraver la volonté des malades qui ne souhaitent pas attendre que telle ou telle offre de soins palliatifs soit disponible. Par ailleurs, l'article 5 de la présente proposition de loi prévoit que le médecin propose à la personne de bénéficier des soins palliatifs et s'assure le cas échéant qu'elle peut y accéder.

Avis défavorable.

**Mme Justine Gruet (DR).** L'amendement ne contrevient pas à la loi Kouchner. Si la personne a exprimé la demande de bénéficier de soins palliatifs, il ne s'agit en aucun cas de lui imposer un traitement.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS234 de Mme Justine Gruet*

**Mme Justine Gruet (DR).** Il importe de sécuriser l'ensemble des critères qui, que vous l'admettiez ou non, ouvrent largement l'accès à l'aide à mourir, notamment par la mention de la souffrance psychologique. Ainsi, un patient auquel on diagnostique un cancer métastasé avant tout symptôme, qui présente nécessairement une souffrance psychologique, est éligible.

L'objectif de cet amendement est d'assurer un contrôle *a priori*. Il précise, sans les rigidifier, les critères essentiels permettant d'apprécier le caractère libre et éclairé de la volonté. L'objectif est de renforcer l'effectivité de la garantie du consentement, la traçabilité de l'appréciation médicale et la sécurité juridique.

Par ailleurs, s'il va de soi que la présentation de la procédure doit relever d'une demande du patient, elle ne devrait être faite qu'en cas d'éligibilité à l'ensemble des critères. L'objectif est de sécuriser les critères et de garantir l'absence de pression extérieure, donc de permettre un contrôle *a priori* du respect des critères légaux.

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Cet amendement est satisfait.

La manifestation de la volonté doit être libre, ce qui suppose que la personne puisse prendre cette décision sans contrainte extérieure.

Au surplus, la vérification de la manifestation de volonté a lieu de manière répétée à toutes les étapes de la procédure.

Enfin, le discernement de la personne est vérifié, l'article 6 prévoyant que la personne dont le discernement est gravement altéré lors de la démarche de demande d'aide à mourir ne peut être reconnue comme manifestant une volonté libre et éclairée.

Demande de retrait ou avis défavorable.

**Mme Justine Gruet (DR).** Monsieur le rapporteur général, vous disiez que, sur le fond, le recours aux directives anticipées dans le cadre de ce texte ne vous dérangeait pas. Or, du point de vue de l'éthique, si on s'en remet aux directives anticipées, la situation n'est plus la même quant à la capacité de discernement, donc quant au caractère libre et éclairé du consentement. Madame la rapporteure dit pourtant qu'il faut que le discernement soit présent.

Vous voulez faire voter à tout prix ce texte parce qu'on est parvenu à un équilibre, et non parce qu'il satisferait à des critères d'éthique.

Par ailleurs, ce n'est pas parce qu'on répète quelque chose que l'on persuade de sa vérité. Vous nous dites que le texte a été voté à une large majorité. La majorité des députés, c'est 289 voix. Le texte a été adopté avec un peu plus de 300 voix. Ce n'est pas une large majorité.

On voit bien que, même si on parle ici de discernement et de consentement libre et éclairé, l'idée est d'aller ensuite vers l'appel aux directives anticipées.

**M. Stéphane Delautrette (SOC).** Excusez-moi, chère collègue, mais on arrive là au comble de la mauvaise foi. Vous retournez tous les arguments et vous manipulez les échanges que nous avons eus, en procédant par insinuations. Vous abordez le sujet des directives anticipées, qui n'en est pas un, puisqu'il ne figure pas dans le texte, et vous laissez entendre qu'il est possible qu'elles soient prises en compte. On peut respecter les positions et les divergences de points de vue, mais on ne peut pas laisser dire n'importe quoi.

Quant au résultat du vote, c'est un fait démontré que le texte a été adopté à une large majorité en première lecture, ne vous en déplaie.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS37 de M. Patrick Hetzel*

**Mme Sylvie Bonnet (DR).** Si le médecin a le moindre doute sur le caractère libre et éclairé de la demande, il doit pouvoir saisir un psychiatre ou un psychologue. C'est une garantie indispensable pour vérifier la capacité de discernement du patient et sécuriser toute la procédure.

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Cet amendement est satisfait. L'article 5 prévoit que le médecin est tenu de proposer à la personne de l'orienter vers un psychologue ou un psychiatre. L'article 6 prévoit que le médecin peut solliciter l'avis de tout autre professionnel de santé, dont un psychiatre, à tout stade de la procédure.

Demande de retrait ou avis défavorable.

**Mme Camille Galliard-Minier (EPR).** Je souscris à l'avis de Mme la rapporteure.

À propos de l'adoption du texte en première lecture, je n'aimerais pas que ceux qui suivent nos débats aient l'impression qu'elle n'a tenu qu'à quelques voix. Les 305 votes en faveur du texte représentent 60 % des suffrages exprimés par les 504 députés présents ce jour-là, et 106 de plus que les 199 votes contre le texte. On peut donc considérer que ce texte a été voté avec une belle majorité le 27 mai dernier.

**M. le président Frédéric Valletoux.** En effet, la majorité s'apprécie par rapport aux suffrages exprimés.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS338 de M. Matthias Renault*

**M. Eddy Casterman (RN).** Nous débattons d'un sujet grave : la mort administrée. Un tel choix ne peut être véritablement libre que s'il est totalement affranchi de toute pression médicale et familiale, mais aussi sociale et économique.

Or nous savons que, dans notre pays, on n'échappe pas à de profondes inégalités en matière d'accès aux soins, d'accompagnement et de soutien. Trop de personnes renoncent déjà à se soigner pour des raisons financières. Trop de patients vivent la maladie dans la précarité, dans l'isolement, parfois aussi dans la peur de coûter trop cher à la famille ou à la société.

À l'étranger, certaines dérives ont déjà montré un risque réel : celui que la demande de mort ne soit pas uniquement l'expression d'une souffrance médicale mais aussi celle d'une détresse sociale.

En ajoutant une condition liée aux ressources, nous voulons nous assurer que cette décision irréversible ne peut être influencée par la pauvreté, le manque d'accès aux soins, des pressions financières ou l'absence de solutions d'accompagnement digne.

Avant d'ouvrir un droit à mourir, assurons-nous que chacun a réellement les moyens de vivre et d'être soigné dans la dignité. C'est une exigence éthique fondamentale.

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Les critères de l'article 4 sont particulièrement précis. Cet amendement reviendrait à exclure du dispositif les individus issus de ménages aux ressources modestes alors même qu'ils réuniraient les conditions pour en bénéficier.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS402 de Mme Lisette Pollet*

**Mme Lisette Pollet (RN).** Il y a une incohérence manifeste dans le texte : une personne placée sous tutelle, qui l'a été faute de pouvoir veiller sur ses intérêts, serait considérée comme pleinement apte à demander sa propre mort. Cet amendement vise à rétablir une logique élémentaire : la protection des personnes les plus vulnérables.

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Des garanties très fortes s'appliquent aux majeurs protégés à l'article 6. Celui-ci prévoit que le médecin doit informer la personne chargée de la mesure de protection, recueillir les observations qu'elle transmet et en tenir compte, et l'informer de la décision de recours à l'aide à mourir.

Par ailleurs, l'article 5 dispose : « En cas de doute ou de conflit, le juge des tutelles ou le conseil de famille, s'il est constitué, peut être saisi. » Enfin, que le majeur soit protégé ou non, la manifestation de la volonté de la personne est vérifiée lors de la procédure collégiale.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS403 de Mme Lisette Pollet*

**Mme Lisette Pollet (RN).** L'amendement vise à protéger les enfants mineurs. La mort provoquée d'un parent n'est jamais neutre. Ses conséquences psychologiques sont graves et durables. La société ne peut provoquer sciemment une telle situation alors même que le droit actuel permet de soulager la douleur, notamment par une sédation profonde et continue. Le progrès, ce n'est pas organiser l'abandon des enfants par la loi.

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Chaque situation est unique et doit être évaluée en elle-même. Il ne nous appartient pas d'introduire des différences de traitement sur la base de présomptions générales concernant l'impact de cette démarche sur l'enfant.

Par ailleurs, si les parents choisissent cette solution, c'est peut-être pour éviter ce qui leur semble être le pire, tant pour eux que pour les enfants, par exemple une longue agonie dans la souffrance ; je suis convaincue que cette expérience est tout aussi traumatisante pour l'enfant mineur de la personne que l'on empêcherait d'accéder à l'aide à mourir.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS426 de Mme Christine Loir*

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** On parle ici d'un acte irréversible. Exiger que la volonté ait été exprimée dans les directives anticipées plusieurs mois avant la demande est une garantie fondamentale. Cela permet de s'assurer que la décision n'est pas prise sous l'effet de la douleur, de la peur, de la solitude ou d'une altération du discernement. C'est un garde-fou simple, proportionné et indispensable.

Monsieur le rapporteur général, vos propos sur les directives anticipées m'inspirent la question suivante : si une personne a un accident de voiture, son discernement sera-t-il altéré ? Comment faire alors ? Les directives anticipées garantissent le respect de la volonté du patient.

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Votre amendement prévoit une restriction si forte qu'elle rendrait l'aide à mourir inopérante. Seuls 8 % des Français ont rédigé des directives anticipées. On exclurait donc d'emblée 92 % de la population. Par ailleurs, cette proposition est en totale contradiction avec la philosophie du texte, qui prévoit que la personne doit toujours être en capacité de confirmer sa volonté.

Avis défavorable.

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

*Amendement AS633 de M. Christophe Bentz*

**M. Christophe Bentz (RN).** Cet amendement, je l'espère, tombe sous le sens. Il vise à préciser que la personne ne fait pas l'objet de soins psychiatriques, qui sont de nature – je pense que nous serons tous d'accord sur ce point – à altérer profondément sa capacité à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. Cela va sans dire, mais cela va mieux en le disant et en l'inscrivant dans la loi.

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Cet amendement exclurait de fait 20 % de la population, portant atteinte au principe d'égalité. Par ailleurs, les personnes visées sont protégées par les conditions d'accès à l'aide à mourir, notamment parce qu'il faut être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée et parce que la procédure de mise en œuvre prévoit la réitération de l'expression de la volonté libre et éclairée.

Au surplus, l'article 6 dispose : « La personne dont le discernement est gravement altéré lors de la démarche de demande d'aide à mourir ne peut pas être reconnue comme manifestant une volonté libre et éclairée. »

Avis défavorable.

**M. Christophe Bentz (RN).** Je suis très étonné par votre réponse, madame la rapporteure, s'agissant d'un amendement de précision qui, pour moi, coule de source. Vous dites que préciser que la personne ne doit pas faire l'objet de soins psychiatriques exclut 20 % de la population. Par effet miroir, vous indiquez que l'on peut manifester une volonté libre et éclairée en étant en soins psychiatriques. Cela nous inquiète beaucoup.

**Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR).** Ce n'est pas parce qu'on reçoit des soins psychiatriques qu'on n'est pas atteint d'un cancer au stade terminal et qu'on ne peut pas demander, si on est en pleine conscience, l'aide à mourir. On peut malheureusement souffrir de plusieurs pathologies en même temps. Les soins psychiatriques ne sont pas nécessairement un critère d'exclusion.

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

*Puis elle **adopte** l'article 4 **modifié**.*

La réunion est suspendue de seize heures trente à seize heures cinquante.

### CHAPITRE III **Procédure**

#### **Article 5 : Demande d'accès à l'aide à mourir**

*Amendement de suppression AS38 de M. Patrick Hetzel*

**Mme Sylvie Bonnet (DR).** L'article 5 précise les conditions de présentation d'une demande d'euthanasie ou de suicide assisté. En proposant dans cet article de bénéficier des soins palliatifs, le Gouvernement met sur le même plan les soins palliatifs et les demandes d'euthanasie ou de suicide assisté. Or il y a une rupture anthropologique entre les soins palliatifs et l'accès à l'euthanasie ou au suicide assisté. Il convient donc de supprimer l'article.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Nul ne sera surpris de m'entendre dire que l'article 5 est à mes yeux, comme le texte en général, équilibré. Nous l'avons amélioré lors de nos travaux en commission et en séance publique l'an dernier, s'agissant notamment des majeurs protégés, des informations ou propositions adressées à la personne et de la demande écrite.

J'ai relevé les amendements à l'article 5 qui ont été adoptés : il y en a eu quatorze, déposés par le Gouvernement, par les rapporteurs et par les groupes Droite Républicaine, Gauche Démocrate et Républicaine et La France insoumise - Nouveau Front Populaire.

Je suis évidemment défavorable à la suppression de cet article.

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

*Amendement AS39 de M. Patrick Hetzel*

**Mme Sylvie Bonnet (DR).** L'amendement vise à supprimer les alinéas 1 et 3. En introduisant l'aide à mourir au sein du code de la santé publique, les rédacteurs de la proposition de loi laissent entendre que l'euthanasie et le suicide assisté seraient des soins. Or les soins visent à soigner, donc à se mettre du côté de la vie ; l'euthanasie et le suicide assisté visent à mettre fin à la vie d'une personne, donc à se mettre du côté de la mort.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Nous ne laissons rien entendre. Quelle que soit l'opinion que l'on ait sur la question de savoir si l'aide à mourir est ou non un soin, le texte n'indique pas qu'elle en est un.

Je rappellerai deux choses. D'abord, le Conseil constitutionnel a jugé que la codification tend à améliorer l'accessibilité et l'intelligibilité de la loi. Ensuite, le code de la santé publique est d'ores et déjà très divers. Il contient bien d'autres choses que des soins *stricto sensu*, de la bioéthique à la gouvernance des établissements publics de santé, de la sécurité sanitaire des eaux et des aliments aux débits de boissons. Inscrire l'aide à mourir dans le code de la santé publique n'en fait pas un soin, ce qui au demeurant ne figure nulle part dans ce texte de loi.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS237 de Mme Justine Gruet*

**Mme Justine Gruet (DR).** L'amendement vise à permettre un contrôle *a priori*. Le recueil de la demande constitue la première étape structurante de la procédure d'aide à mourir, d'euthanasie ou de suicide assisté. C'est à ce moment que doit être évaluée la liberté de la démarche, alors même que la personne peut se trouver dans une situation de fragilité physique, psychologique, sociale ou familiale. L'existence d'une pression, d'une contrainte ou d'une influence induite, qu'elle soit explicite ou implicite, est un risque identifié dans les situations de fin de vie, la dépendance, l'isolement, la charge ressentie pour les proches ou des conflits familiaux pouvant peser sur la décision.

Le présent amendement prévoit que la demande est recueillie lors d'un entretien individuel hors de la présence de tout tiers, afin de garantir l'absence d'interférences au moment de l'expression de la volonté. Son adoption pourrait modifier la suite de la procédure ; je défendrai donc des amendements de cohérence à ce sujet. Enfin, l'attestation du médecin au dossier renforce la traçabilité de cette garantie et facilite le contrôle, *a posteriori* cette fois, de la procédure.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Vous souhaitez préciser que la demande est réalisée hors de la présence d'un tiers et consignée au dossier. Comme l'an dernier, nous examinerons des amendements visant à ce que la personne s'entretienne avec le médecin tantôt seule, tantôt accompagnée.

Sur le fond, notre position n'a pas changé : c'est à la personne de savoir si elle souhaite être accompagnée ou non. Ce choix relève du respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant en vertu du secret médical. Sur la forme, l'amendement vise à compléter l'alinéa 2 et non les alinéas 4 et suivants relatifs à l'entretien avec le médecin.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS306 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (DR).** Monsieur le rapporteur général, vous avez rappelé l'évolution de l'article 5 en première lecture. Certes, il y a eu des avancées. Mais vous n'avez rien dit des amendements qui n'ont pas été adoptés et peuvent pourtant susciter l'intérêt. Je me permets donc, par cet amendement, d'être force de proposition.

La rédaction actuelle ne me semble pas assez encadrer la procédure. Je propose de compléter les alinéas 4 à 13 afin de mieux prendre en compte la fluctuation de la volonté du patient, d'éviter des délais trop contraints ou une décision précipitée, qui ne vont pas dans le sens de l'apaisement du malade, et de nous régler un peu sur ce qui a été fait à l'étranger. Je propose ainsi d'introduire une demande orale confirmée par écrit en présence de témoins et réitérée ensuite à l'oral après un délai incompressible.

Ma rédaction vise aussi à améliorer l'orientation de la personne malade, des personnes en situation de handicap et des proches de la famille. Elle prévoit l'orientation de la

personne vers un algologue si nécessaire, afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement. Enfin, elle précise que le médecin a le droit de faire valoir sa clause de conscience avant d'expliquer à la personne les critères d'accès à l'aide à mourir et les conditions de sa mise en œuvre, ce qui est cohérent avec les autres dispositions que vous défendez par ailleurs.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Vous proposez une rédaction plus restrictive de l'article 5. Parmi les changements que vous proposez, je note l'obligation de faire la demande à son médecin traitant ou à un médecin spécialiste, la réalisation de la demande devant témoins et notaire, la réitération de la volonté après un délai de sept jours, des informations spécifiques au handicap et des orientations obligatoires.

Tout cela a été débattu en première lecture. L'examen de l'article 5 nous offre l'occasion d'en débattre à nouveau. En rétablissant des rédactions que nous avons modifiées, en ajoutant des délais ou des contraintes pour les patients, votre objectif semble être de rendre le droit à l'aide à mourir peu ou moins effectif.

Avis défavorable.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Je tiens à dire à Thibault Bazin qu'il est grave de prévoir le recours à la clause de conscience avant même d'entrer dans la procédure. Imagine-t-on un médecin invoquer la clause de conscience pour refuser d'indiquer à un patient qu'il a un cancer ? La clause de conscience permet de ne pas pratiquer un acte médical. Elle n'est ni morale ni d'expression. Elle porte sur l'effectivité des soins. Elle est largement préservée. Elle est sacralisée. Mais elle ne peut pas intervenir dans la discussion de l'acte, uniquement dans sa réalisation.

**Mme Annie Vidal (EPR).** Je soutiens cet amendement, qui consolide la procédure et la rapproche un peu de ce qui a cours dans d'autres pays. L'intérêt de cette procédure est de ne pas se prêter à l'interprétation et d'être la plus solide possible, ce qui, à mon avis, n'est pas tout à fait le cas en l'état actuel de la rédaction du texte.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS304 de Mme Marine Hamelet*

**Mme Marine Hamelet (RN).** Le corps médical redoute – cette crainte est largement partagée en son sein – la fragilisation de la relation de confiance entre le patient et son médecin. Introduire la mort administrée dans le champ du soin n'est pas un simple ajout technique. C'est transformer une relation fondée sur la confiance, le soulagement et l'accompagnement en une relation contractuelle où figure désormais, en filigrane, la possibilité de donner la mort.

À partir du moment où la possibilité de donner la mort existe au même titre que celle de soigner ou de soulager, la parole médicale n'est plus neutre. Elle peut être interprétée, même involontairement, comme une orientation.

C'est précisément pour cela que cet amendement pose une ligne claire. La demande d'aide à mourir doit venir du patient et uniquement du patient. Aucun professionnel de santé ne devrait pouvoir proposer, suggérer ou recommander une telle démarche, même indirectement.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Vous souhaitez interdire aux professionnels de santé d'aborder le recours à l'aide à mourir avec des patients. Pourquoi, si l'aide à mourir est légale ? Les médecins abordent avec leurs patients, au cours des consultations, l'ensemble des éléments qu'il leur semble nécessaire d'aborder. L'aide à mourir peut en faire partie, notamment si le patient est à l'initiative de la demande d'information.

Par ailleurs, la proposition de loi ne leur fait naturellement aucune obligation en ce sens. Enfin, les exemples que vous citez, notamment celui des personnes âgées isolées, ne sont pas des cas qui en soi ouvrent un droit d'accès à l'aide à mourir.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS457 de Mme Sandrine Dogor-Such*

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** L'amendement vise à renforcer la solennité et la sécurité juridique de la demande compte tenu du caractère irréversible de l'acte. Il est légitime que la demande d'euthanasie ou de suicide assisté fasse l'objet d'une expression écrite formalisée devant un officier d'état civil et non d'une simple modalité informelle. Cette exigence constitue un garde-fou contre les dérives en assurant la traçabilité et l'authenticité de la volonté exprimée ainsi que la protection des personnes vulnérables. Sur un acte qui engage la vie, le niveau de solennité doit être à la hauteur de la gravité de la décision.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Vous souhaitez préciser que la demande écrite est faite devant un officier d'état civil. Je ne commenterai pas l'emploi des mots « euthanasie » et « suicide assisté », dont nous avons assez parlé. S'agissant de la demande écrite, nous avons modifié l'alinéa pour qu'elle le soit, mais vous supprimez l'autre possibilité de demande que nous avons adoptée en séance. S'agissant de la présence d'un officier d'état civil, il s'agit d'une consultation médicale où un officier d'état civil n'a pas sa place.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements AS330 de Mme Annie Vidal, AS235 de Mme Justine Gruet, AS152 de Mme Marie-France Lorho, AS236 de Mme Justine Gruet, AS90 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS8 de M. Fabien Di Filippo et AS331 de Mme Annie Vidal (discussion commune)*

**Mme Justine Gruet (DR).** Il importe d'utiliser des mots justes et précis dans la procédure.

**M. Christophe Bentz (RN).** L'amendement AS153 est défendu.

**Mme Sylvie Bonnet (DR).** L'amendement AS8 est défendu.

**Mme Annie Vidal (EPR).** Il s'agit d'assurer la cohérence rédactionnelle du texte.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** En cohérence, rédactionnelle elle aussi, avec les choix que nous avons faits en première lecture et lors de l'examen des articles

précédents en nouvelle lecture, j'émet un avis défavorable. Ces débats sémantiques, nous les avons eus à de nombreuses reprises.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

*Amendement AS667 de Mme Audrey Abadie-Amiel, amendements identiques AS363 de M. Daniel Grenon, AS438 de Mme Christine Loir et AS521 de M. Thomas Ménagé (discussion commune)*

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Mon amendement précise que seules les personnes qui ne sont pas en mesure de formuler une demande écrite peuvent utiliser un autre moyen. Il reprend un amendement adopté par le Sénat en commission.

Les amendements identiques suivants formulent la même proposition, mais sont moins précis : j'y serai défavorable.

**M. Daniel Grenon (NI).** Mon amendement tend à instaurer le principe suivant lequel la demande d'euthanasie ou de suicide assisté est formulée par écrit ; évidemment, si le patient n'est pas capable de présenter une demande écrite en raison de son état de santé, elle peut être faite par tout autre moyen adapté. Cette proposition des rapporteurs au Sénat permet de sécuriser au mieux la procédure. Notre droit repose essentiellement sur l'écrit, qui demeure l'un des moyens les plus fiables pour attester la volonté d'une personne.

S'agissant de la vie de nos concitoyens, ce principe de la primauté de l'écrit me semble indispensable.

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** La règle doit être claire : la demande de mourir doit être écrite. Les autres modes d'expression ne doivent être utilisés qu'en cas d'impossibilité avérée. Apportée par l'amendement AS438, cette précision, adoptée par le Sénat, sécurise le consentement, protège les plus vulnérables et évite toute banalisation.

**M. Théo Bernhardt (RN).** L'amendement AS521 est défendu.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je redis que nous sommes défavorables aux amendements identiques.

**Mme Justine Gruet (DR).** La rédaction de mon amendement AS309, qui va tomber si celui de Mme la rapporteure est adopté, reprend ce que disait Mme la ministre dans l'hémicycle en mai 2025, à savoir que la demande doit être formulée par écrit, ou à défaut par tout autre mode d'expression. L'amendement de Mme la rapporteure ne reprend pas les mots « à défaut ». Ce n'est pas la même chose.

La demande écrite doit être la voie ordinaire, et les autres modes utilisés de façon subsidiaire, strictement dans les situations où la personne est matériellement incapable d'écrire.

De cette façon, nous assurons une meilleure traçabilité de la demande, donc une meilleure protection tant du patient que du professionnel de santé, notamment dans la perspective du difficile travail de deuil. Face à l'incompréhension des proches qui s'exprime parfois, la trace écrite légitime la demande.

*La commission **adopte** l'amendement AS667.*

*En conséquence, les autres amendements tombent, de même que l'amendement AS309 de Mme Justine Gruet.*

*Amendement AS41 de M. Patrick Hetzel*

**Mme Sylvie Bonnet (DR).** Cet amendement a pour objectif d'impliquer toute l'équipe soignante dans l'étude de la demande du patient. Une vie est en jeu, il est donc nécessaire de mettre en place une procédure collégiale : chaque professionnel – le médecin traitant, l'infirmière, l'aide-soignante, le psychologue, le psychiatre – apporte un regard différent, et la pluralité d'expertises permet une plus juste évaluation de la situation du patient, de sa souffrance, de son discernement et de l'absence de pressions extérieures.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Sur la forme, l'article 5 concerne le dépôt de la demande et non son instruction par un collègue ; or il serait compliqué de déposer une demande auprès de tout un collègue. Par ailleurs, vous ne dites pas qui en désignerait les membres.

Nous reviendrons à la question de fond à l'article 6, mais la composition que vous proposez pour le collègue n'est pas réaliste : ce serait entraver toute demande d'aide à mourir.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS634 de M. Christophe Bentz*

**M. Christophe Bentz (RN).** C'est un amendement que j'ai déposé à chaque lecture et qui a toujours reçu un avis défavorable des rapporteurs. Il s'agit d'écarter les médecins militaires du corps soignant qui peut administrer une substance létale.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Le texte n'opère aucune distinction entre les médecins, généralistes ou spécialistes, traitants ou non, chirurgiens ou non, libéraux ou hospitaliers. Je ne souhaite pas davantage distinguer médecins civils et militaires.

Je rappelle que les hôpitaux d'instruction des armées sont ouverts à tous les patients, qu'ils aient ou non un lien avec les armées.

Avis défavorable.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Ceux qui ont servi continuent d'avoir accès au service de santé des armées. Ce que vous proposez instaurerait une discrimination vis-à-vis des militaires qui ont tant servi notre nation, et que vous prétendez défendre – eh bien nous, nous défendons leur accès à ce nouveau droit !

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements AS197 de Mme Annie Vidal et AS40 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)*

**Mme Annie Vidal (EPR).** Il s'agit de préciser que le médecin est volontaire, donc de rappeler un principe du texte : la clause de conscience des professionnels de santé est pleinement garantie.

En l'état du texte, les professionnels de santé qui souhaitent faire usage de leur clause de conscience devront se signaler. Une telle logique présente toutefois une difficulté éthique et symbolique : elle revient à considérer l'intervention dans la procédure de suicide assisté ou d'euthanasie comme la norme et le refus comme une exception.

Au vu de la gravité des actes en cause, il apparaît plus cohérent que la participation à une telle procédure repose sur une démarche positive, explicite et volontaire. Le volontariat constitue en effet une garantie essentielle du respect de la liberté de conscience des professionnels de santé ; il permet d'éviter toute pression implicite.

**Mme Sylvie Bonnet (DR).** L'ouverture d'une liste de médecins volontaires permettrait de fluidifier la procédure. Ce serait un avantage pour le patient en fin de vie, qui pourrait être rapidement mis en contact avec des professionnels de santé susceptibles de répondre favorablement à sa demande.

Impliquer toute l'équipe soignante garantirait une décision plus sûre et plus éthique, et protégerait mieux le patient comme les professionnels.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Une clause de conscience spécifique à l'aide à mourir est ouverte pour les médecins à l'article 14. Je le redis, aucun médecin ne sera contraint de recevoir une demande d'aide à mourir et d'entamer la procédure. Il est donc inutile de préciser que celui qui accepte est volontaire, puisqu'il ne peut y avoir de contrainte.

Demander aux volontaires de s'inscrire auprès de la commission prévue à l'article 15 restreindrait fortement – c'est sans doute intentionnel, je le sais bien – l'accès à l'aide à mourir. Il faudrait que tous les médecins acceptant de recevoir une demande d'aide à mourir fassent la démarche, mais aussi que les personnes souhaitant recourir à l'aide à mourir sachent qui sont ces médecins.

Avis défavorable.

**Mme Justine Gruet (DR).** Cet amendement m'apparaît au contraire essentiel, et dès ce moment-là de la proposition de loi. Tel que le texte est écrit, on inverse la norme : tous les médecins seraient favorables à l'aide à mourir à défaut de faire valoir leur clause de conscience. L'amendement prévoit au contraire que les volontaires se déclarent comme tels.

Et comment un médecin qui souhaite faire valoir sa clause de conscience saurait-il vers qui adresser le patient s'il n'y a pas de liste de volontaires capables d'accompagner celui-ci au mieux ?

Enfin, non, ce n'est pas une restriction intentionnelle. Oubliez l'idée que nous voulons à tout prix vous embêter. Nous prenons juste de la hauteur, nous cherchons à avoir des positions éthiques. Nous ne serions pas là pour débattre si nous ne pensions pas que le sujet est essentiel.

Il est important d'accorder à nos professionnels de santé toute la considération nécessaire. Le principe du volontariat protège et renforce leur clause de conscience.

**M. Philippe Vigier (Dem).** J'ajoute à ce qu'a très bien dit le rapporteur général que la rédaction actuelle du texte laisse encore plus de liberté au médecin : s'il est sur une liste, il est censé pouvoir pratiquer l'acte à tout moment ; je veux au contraire que la clause de conscience vaille pour chaque patient. Chaque situation est nouvelle, chaque cas est

particulier, et le médecin décide à chaque fois de faire ou de ne pas faire. Nous protégeons beaucoup plus que vous la liberté du médecin !

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

*Suivant l'avis du rapporteur général, les amendements AS504 et AS505 de M. Michel Lauzzana sont **retirés**.*

*Puis la commission **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS669 et AS668 de Mme Audrey Abadie-Amiel.*

*Amendement AS380 de Mme Marie-France Lorho*

**Mme Lisette Pollet (RN).** Cet amendement vise à rappeler une réalité concrète : le personnel médical est déjà fortement sollicité. Multiplier les demandes simultanées d'aide à mourir entraînerait une surcharge administrative et organisationnelle, au détriment du bon fonctionnement des services et surtout des patients qui ont vraiment besoin de soins et d'accompagnement.

Il s'agit donc de protéger à la fois les professionnels de santé et les malades en évitant des pratiques qui pourraient nuire à l'accès aux soins.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Votre demande est satisfaite, car la présentation simultanée de plusieurs demandes est interdite.

Avis défavorable.

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

*Amendement AS42 de M. Patrick Hetzel*

**Mme Sylvie Bonnet (DR).** La consultation de la personne de confiance, de la famille et des proches nous paraît indispensable si le patient fait l'objet d'une mesure de protection juridique.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Vous souhaitez que la personne de confiance, la famille et les proches soient consultés avant même que la personne elle-même soit interrogée sur une éventuelle protection juridique. Je peine à comprendre l'intérêt de cet ajout, puisque le médecin vérifie de toute façon ces informations grâce au registre prévu à l'article 427-1 du code civil.

Si j'étais taquin, je vous rappellerais que cette vérification systématique a été ajoutée en première lecture à l'initiative de notre collègue Philippe Juvin.

Avis défavorable.

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

*Amendement AS433 de Mme Christine Loir*

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** Vous allez sûrement être de nouveau taquin en répondant à cet amendement de Mme Loir, monsieur le rapporteur général...

Pour prendre une décision médicale grave, il est impératif que la personne concernée soit pleinement capable d'exprimer une volonté libre et éclairée. C'est pourquoi il ne peut suffire de poser la question d'une éventuelle protection juridique : le médecin doit vérifier. Sinon, les droits fondamentaux d'une personne sous tutelle ou sous curatelle pourraient ne pas être respectés.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Être taquin n'empêche pas d'être respectueux, et je respecte profondément vos positions.

Cet amendement est satisfait, puisque la vérification systématique a été adoptée l'an dernier : je vous renvoie à la deuxième phrase de l'alinéa 7. Mais, conformément au principe d'autonomie des majeurs protégés, il est souhaitable que le médecin les interroge en première intention.

Avis défavorable.

**Mme Justine Gruet (DR).** Les médecins sont-ils à même de faire cette vérification ? Leur en donne-t-on vraiment les moyens ? Dans un cas certes complètement différent, on a vu qu'une personne sous curatelle renforcée, donc inéligible, a pu être candidate à une élection. Et le patient ne sait ou ne peut pas forcément répondre.

Notre rôle de législateur est aussi de nous assurer que les mesures que nous votons sont opérationnelles.

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

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS671 de Mme Audrey Abadie-Amiel.*

*Amendement AS9 de M. Fabien Di Filippo*

**Mme Sylvie Bonnet (DR).** Cet alinéa permet l'euthanasie d'une personne sous tutelle ou sous curatelle. Une telle disposition exposerait des personnes en situation de vulnérabilité et de dépendance pour leurs actes et décisions du quotidien au risque de dérives et porterait fortement atteinte au principe de protection des plus faibles.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Vous souhaitez interdire à ces personnes l'accès à l'aide à mourir. Vous savez que, s'agissant des majeurs protégés, le principe est celui de l'autonomie : aux termes de l'article R. 4127-37-2 du code de la santé publique, ils doivent prendre seuls les décisions relatives à leur personne dans la mesure où leur état le permet. Le législateur n'a pas exclu les personnes protégées du droit de refuser un traitement ou d'accéder à une sédation profonde et continue jusqu'au décès ; il n'a pas non prévu l'autorisation obligatoire du juge des tutelles.

Le texte comporte des mesures spécifiques à leur égard : conformément aux prescriptions de la Cour européenne des droits de l'homme sur les garanties supplémentaires qui doivent être données aux personnes vulnérables, la personne assurant la protection juridique est obligatoirement informée et le collège tient compte de ses observations.

Par ailleurs, nous avons renforcé en première lecture la protection que nous devons à ces personnes en ouvrant une voie de recours devant le juge des contentieux de la protection, conformément à l'avis du Conseil d'État sur le projet de loi de 2024.

L'accès des majeurs protégés à l'aide à mourir contribue à l'équilibre du texte et l'article 4 prévoit que le médecin, avec le collègue, appréciera l'aptitude du patient à manifester sa volonté de façon libre et éclairée.

Avis défavorable.

**M. Thibault Bazin (DR).** Le registre est-il opérationnel ? Il y a quelques mois, il n'existait pas encore.

La personne chargée de la mesure de protection est informée. Si elle formule un avis, celui-ci est-il consultatif ou bien est-on tenu de s'y conformer ? Peut-elle former un recours ?

On voit que l'on pourrait protéger davantage les personnes qui font l'objet d'une mesure de protection juridique. Elles sont vulnérables et il faut mieux les prendre en considération. Il faut améliorer la rédaction du texte sur ce point d'ici à la séance.

**Mme Sandrine Rousseau (EcoS).** Votre amendement interdit aux personnes vulnérables tout accès à l'aide à mourir. Mais ces personnes sont tout aussi concernées par les souffrances réfractaires. Leur corps continue de leur appartenir, bien qu'elles soient administrativement sous tutelle.

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

*Amendements rédactionnels identiques AS670 de Mme Audrey Abadie-Amiel et AS439 de Mme Christine Loir*

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** L'amendement AS439 est défendu.

*La commission **adopte** les amendements.*

*Amendement AS672 de Mme Audrey Abadie-Amiel*

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Cet amendement rédactionnel corrige une disposition adoptée en première lecture à l'Assemblée à l'initiative de M. Monnet, puis améliorée par les rapporteurs Laurent Panifous et Stéphane Delautrette en concertation avec M. Monnet et inscrite à l'article 12.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, les amendements AS381 de Mme Marie-France Lorho et AS636 de M. Christophe Bentz **tombent**.*

*Amendement AS305 de Mme Marine Hamelet*

**Mme Marine Hamelet (RN).** Cet amendement tend à subordonner l'accès à l'aide à mourir des majeurs protégés à une autorisation préalable du juge des contentieux de la protection. Dans la rédaction actuelle, la loi crée une situation absurde dans laquelle un majeur protégé ne peut pas vendre sa résidence principale sans l'intervention d'un juge, mais peut se voir autoriser l'accès à l'aide à mourir sans aucun contrôle juridictionnel préalable.

Dans son avis de 2023, l'Académie nationale de médecine, à la lumière des dérives observées ailleurs, recommande explicitement l'intervention d'un magistrat spécialisé dans

toutes les procédures de demande d'aide à mourir. Si cette garantie est jugée souhaitable pour tous, elle est *a fortiori* indispensable pour les personnes placées sous protection juridique.

Cet amendement introduit une garantie minimale, juridictionnelle et humaine, pour protéger ceux qui en ont le plus besoin.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Avis défavorable.

Le juge interviendra s'il est saisi par la personne ou par celle qui est chargée de la mesure de protection.

Sur la forme, cet ajout n'est pas bien placé : il traite de recours contre une décision du médecin dont il n'a pas encore été question.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS482 de Mme Sandrine Rousseau*

**Mme Sandrine Rousseau (EcoS).** Je vais retirer cet amendement, mais je voudrais exprimer ici l'un de mes grands regrets : les directives anticipées, qui ont été soutenues par les politiques publiques depuis une dizaine d'années, sont balayées par ce texte d'un revers de main. Elles n'y existent plus, alors qu'elles auraient pu aider à éclairer des situations.

J'entends que vous recherchez un texte équilibré et que personne ne sera jamais entièrement satisfait.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS321 de M. Thierry Frappé*

**M. Thierry Frappé (RN).** Le présent amendement vise à renforcer l'information dispensée à la personne qui sollicite l'aide à mourir. Il prévoit que le déroulement prévisible de la maladie et les conséquences des traitements envisageables sont exposés. Cette phase d'information préalable, condition essentielle du caractère libre et éclairé de la volonté exprimée, serait obligatoire.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** La rédaction de l'alinéa 9 que vous proposez ne me paraît apporter aucune plus-value par rapport à l'actuelle, dont elle est très proche. Elle me semble aussi ajouter de la complexité.

Avis défavorable.

**M. Thibault Bazin (DR).** La proposition de M. Frappé ne me semble pas très proche du texte actuel ! Elle est surtout bien plus complète. On peut éventuellement la corriger, mais elle me semble tout à fait intéressante pour s'assurer d'un consentement libre et éclairé, ce qui est l'une des conditions d'éligibilité. Il est essentiel de bien vérifier les critères.

**M. René Pilato (LFI-NFP).** Tout ce que vous proposez est fait pour restreindre ou ralentir l'accès à l'aide à mourir.

Je résume ce que je pense : vous n'êtes pas à l'aise avec le fait qu'on puisse disposer librement de son corps – certains par idéologie, peut-être parce qu'ils sont croyants, certains

parce qu'ils veulent que ce soit l'État qui dispose de nos corps, d'autres parce qu'ils voudraient que ce soit la famille ou l'entourage. Beaucoup de gens ne se rendent pas compte que l'emprise sur les esprits est une forme de possession. Vous ne souhaitez pas que chacun puisse librement, en conscience, décider de ce qu'il fait de son corps, jusqu'à la dernière seconde.

On voit bien le lien avec votre position sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ou sur les droits des homosexuels à disposer de leur corps.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Essayons de ne pas sortir du sujet.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements AS92 de Mme Sandrine Dogor-Such et AS43 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)*

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** Mon amendement vise à réaffirmer la place centrale des soins palliatifs dans le parcours du patient. Avant toute décision irréversible, celui-ci doit recevoir, de manière prioritaire et explicite, une information sur les soins palliatifs auxquels il peut accéder et non sur une offre de soins indifférenciée. C'est là une exigence d'équilibre et de loyauté, nécessaire pour que le choix du patient soit réellement éclairé.

Cet amendement ne restreint aucun droit : il garantit que la décision intervient après une information complète sur les alternatives d'accompagnement.

**Mme Sylvie Bonnet (DR).** L'amendement AS43 est défendu.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** L'information sur les soins palliatifs est déjà prévue à l'alinéa 10 de cet article.

Avis défavorable.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendement AS143 de Mme Marie-France Lorho*

**Mme Lisette Pollet (RN).** Cet amendement vise à protéger le patient et à clarifier la responsabilité de l'équipe médicale. Certaines découvertes ou avancées médicales peuvent survenir entre la demande et le passage à l'acte ; il est indispensable que l'équipe informe le patient de cette éventualité pour qu'il puisse éventuellement renoncer à sa demande afin de bénéficier d'un nouveau traitement. Son libre arbitre mais aussi la priorité donnée au soin sont ainsi garantis.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Les médecins ne fournissent pas d'information qui s'éloigne des connaissances médicales disponibles et vérifiées. Votre amendement semble donc superfétatoire.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS145 de Mme Marie-France Lorho*

**Mme Lisette Pollet (RN).** Les personnes qui ne sont pas atteintes de handicap doivent aussi être informées sur tous les dispositifs et les droits visant à garantir une prise en charge adaptée de leurs besoins médicaux, matériels, psychologiques et sociaux. L'objectif est de prévenir toute inégalité d'accès aux services et de s'assurer que chacun pourra exercer pleinement ses droits.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Les éléments visés par votre amendement sont compris dans les dispositifs d'accompagnement disponibles : il n'est donc pas nécessaire d'ajouter autant de détails à l'alinéa.

Avis défavorable.

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

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle **rejette** l'amendement AS637 de M. Christophe Bentz.*

*Amendement AS205 de Mme Marine Hamelet*

**Mme Marine Hamelet (RN).** Dans son avis du 27 juin 2023, l'Académie nationale de médecine rappelle que le cadre juridique de la loi Claeys-Leonetti est satisfaisant pour les situations dans lesquelles le pronostic vital est engagé à court terme et qu'il constitue une avancée humaine majeure. Elle alerte néanmoins sur un point essentiel : cette loi demeure insuffisamment appliquée, en raison non seulement d'un manque de moyens et de structures adaptées, mais aussi et surtout d'une méconnaissance persistante des patients et de leur famille quant à leurs droits. Notre amendement vise donc à obliger le médecin qui reçoit une demande d'aide à mourir à informer le patient de la possibilité de recourir au dispositif prévu par ladite loi.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Votre amendement est satisfait puisque l'article prévoit, à l'alinéa 9, que le médecin informe la personne sur les traitements et les dispositifs d'accompagnement disponibles et, à l'alinéa 10, qu'elle peut bénéficier des soins d'accompagnement, y compris des soins palliatifs. Le dispositif prévu par la loi Claeys-Leonetti doit ainsi trouver sa place dans l'une ou l'autre de ces informations.

Avis défavorable.

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

*Amendement AS564 de M. Julien Odoul*

**M. Christophe Bentz (RN).** Si la présente proposition de loi venait à être adoptée, nous craignons que l'aide à mourir se substitue progressivement aux soins palliatifs. Tant que nous ne serons pas capables de couvrir 100 % des besoins en la matière, partout en France, ce risque perdurera.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Vous souhaitez, d'une certaine manière, que les soins palliatifs soient un préalable à l'aide à mourir. Toutefois, conformément à la loi Kouchner, toute personne a le droit de refuser un traitement, d'autant que les soins palliatifs ne sont pas adaptés à toutes les situations, comme le reconnaissent les soignants eux-mêmes. La rédaction actuelle traduit le bon équilibre entre information exhaustive, accès effectif aux soins palliatifs et libre choix de la personne.

Pour toutes ces raisons, j'émet un avis défavorable sur votre amendement.

**Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR).** Les soins palliatifs et l'aide à mourir ne s'opposent pas, ils sont complémentaires. L'accès aux soins palliatifs est une possibilité et non une obligation ; certains patients ne peuvent pas ou ne veulent pas y recourir. Le plus important est de fournir au patient toute l'information sur les offres existantes.

**M. Thibault Bazin (DR).** Le problème, c'est que l'accès aux soins palliatifs n'est malheureusement pas effectif partout en France et pour tous ; si les progrès sont réels, ils ne sont pas suffisants. Or on a pu observer, dans les pays où le suicide assisté a été légalisé, que le déploiement des soins palliatifs a parfois été freiné. La question se pose pour les personnes qui souhaitent en bénéficier et dont l'état de santé le requiert, mais qui n'y ont pas accès et n'ont d'autre solution que le recours à l'aide à mourir. Il y a donc ici un risque, en particulier pour les personnes plus pauvres, plus vulnérables ou isolées, qui ne disposent pas d'un véritable choix, notion à laquelle je vous sais attachés. Un problème de calendrier se pose dès lors que l'on veut une solution rapide et facile et que, d'autre part, l'accès aux soins palliatifs n'est pas garanti partout et pour tous.

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

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS673 de Mme Audrey Abadie-Amiel.*

*Amendement AS44 de M. Patrick Hetzel*

**Mme Josiane Corneloup (DR).** L'article 5 prévoit que la personne puisse bénéficier de soins d'accompagnement, y compris des soins palliatifs ; encore faudrait-il pouvoir y accéder, puisque dix-neuf départements français en sont dépourvus. Dans ces conditions, comment s'assurer que la personne pourra en disposer de manière effective ? Sera-t-il nécessaire de déplacer les patients dans les départements voisins ? L'aide à mourir ne doit pas être un choix par défaut.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** L'accès effectif aux soins palliatifs est précisément l'objet de la fin de l'alinéa 10, modifié par la commission lors de l'examen du texte en première lecture : la personne doit y avoir accès de manière effective si elle le souhaite. Par ailleurs, les médecins savent pertinemment les délais dans lesquels leur patient doit être pris en charge ; nous pouvons leur faire confiance. L'accès effectif dont s'assure le médecin implique, en toute logique, un délai adapté, sans qu'il soit utile de le préciser dans la loi.

Avis défavorable.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Le déploiement des soins palliatifs n'a pas été ralenti, contrairement à ce que vous dites, monsieur Bazin. Il faut simplement mettre les moyens sur la table pour les déployer encore davantage. De plus, des équipes mobiles se déplacent et vont au chevet des patients dans les départements où il n'existe pas de structures fixes en ce domaine. Ayons un peu de considération envers ces soignants qui accomplissent un travail formidable. Et ne créons pas une double fracture : nous sommes là pour les résorber et non pour les creuser.

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

*Amendement AS126 de Mme Élise Leboucher*

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Le refus des soins palliatifs par la personne qui souhaite recourir à l'aide à mourir ne peut constituer un motif de rejet de sa demande. L'arrêt d'un traitement ou le refus de soins, quels qu'ils soient, ne doit pas influencer la décision d'accéder au dispositif. Cela ne fait d'ailleurs pas partie des critères d'accès retenus à l'article 4.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Un tel ajout me semble inutile : la proposition de loi n'indique pas que le refus de soins constituerait un motif de rejet de la demande. Le médecin est tenu de décliner la procédure telle que prévue par la loi.

Avis défavorable.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS588 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé*

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** Nous proposons de compléter l'alinéa 10, qui concerne l'information des personnes ne bénéficiant pas d'accompagnement ou de soins palliatifs, afin de préciser que le médecin s'assure, si la personne en bénéficie déjà au moment de la demande d'aide à mourir, d'une « prise en charge effective, suffisante et satisfaisante ».

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Il s'agit d'une loi de libre choix. La personne est en mesure de discerner – c'est d'ailleurs prévu dans les conditions d'accès à l'aide à mourir – ce qui est bon ou non pour elle, sans qu'il soit besoin d'allonger indéfiniment la liste des missions assurées par le médecin.

Avis défavorable.

**Mme Annie Vidal (EPR).** Cet amendement est intéressant sur un point, car il mentionne que le médecin doit s'assurer de la bonne prise en charge de la douleur. Or, lorsqu'elle est prise en charge de manière effective, la demande de mort disparaît bien souvent. Cette notion fondamentale mériterait que l'on s'y arrête davantage.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS249 de Mme Justine Gruet*

**Mme Justine Gruet (DR).** Vous répondez, monsieur le rapporteur général, qu'il ne faut pas alourdir le travail des médecins ; mais leur travail est d'accompagner le patient et il faut leur donner des clefs de lecture pour mieux comprendre sa demande dans sa globalité. L'objet de cet amendement est donc de recueillir, sauf opposition expresse de la personne, l'avis des proches désignés par elle, avis qui ne peut, bien évidemment, se substituer à sa volonté. En l'absence de personne de confiance, il peut être utile d'informer les proches de la demande du patient.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Nous avons une réelle divergence sur ce que doit être l'aide à mourir. Elle repose, selon moi, sur deux piliers : premièrement, le respect des conditions fixées à l'article 2, appréciées à la suite d'une procédure collégiale ; deuxièmement, la volonté de la personne, qu'elle devra confirmer tout au long de la procédure. Je suis convaincu qu'il ne revient pas aux proches d'émettre un avis, tant cette décision relève de l'intime.

Plusieurs amendements traduisent des inquiétudes quant aux pressions qui pourraient être exercées sur la personne. Pourquoi, de manière totalement contradictoire, les intégrer à la procédure ? Il faut savoir ce que nous voulons. Laissons le malade décider seul.

**M. Stéphane Delautrette (SOC).** Je rejoins le rapporteur général. Je note aussi une contradiction dans vos amendements, madame Gruet : vous défendiez tout à l'heure l'idée que la personne devait être seule au moment de la demande, sans proches à ses côtés qui risqueraient de l'influencer ; et maintenant vous expliquez qu'il faudrait, une fois la demande exprimée, associer les proches dans la prise en compte de la demande. Il y a là une incohérence totale !

J'insiste sur qui constitue le cœur du texte : la personne doit formuler sa demande elle-même, compte tenu de ce qu'elle subit, en conscience, sans influence aucune ni positive ni négative de qui que ce soit. Cela relève bien de l'intime.

**Mme Annie Vidal (EPR).** Je suis personnellement très attachée à la question des proches aidants. Recueillir leur avis ne signifie pas qu'il influencera la décision. En revanche, exclure les proches de la démarche, c'est nier la réalité d'une fin de vie : à part les personnes qui sont complètement isolées socialement, la plupart vivent ce moment en famille. Les proches aidants, qui sont présents aux côtés du patient tous les jours – que ce soit l'époux, l'épouse, le fils, la fille ou autres – font partie intégrante de cette période qu'est la fin de vie et les exclure serait d'une violence inouïe.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS440 de Mme Christine Loir*

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** Nous voulons garantir qu'avant toute demande d'aide à mourir la personne sera systématiquement informée de l'existence de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, prévue par la loi Claeys-Leonetti. Cette possibilité existe dans le droit français et permet de répondre à des situations de souffrance réfractaire dans un cadre médical, éthique et juridiquement sécurisé, sans provoquer intentionnellement la mort. Pourtant, dans les faits, cette option demeure insuffisamment connue, tant par les patients que par certains professionnels de santé. De nombreuses demandes d'aide à mourir sont motivées par la peur de souffrir, par l'angoisse de la fin ou par la crainte d'un abandon. Ne pas informer clairement sur la sédation profonde, c'est laisser ces peurs s'exprimer, sans que toutes les solutions alternatives légales aient été présentées. Informer ne veut pas dire orienter ; c'est respecter la liberté réelle du patient, en lui communiquant l'ensemble des options prévues par la loi.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Votre amendement est satisfait puisque, j'y insiste, l'alinéa 9 prévoit que la personne recevra une information sur les traitements et les dispositifs d'accompagnement disponibles, et l'alinéa 10 qu'elle recevra une proposition de soins d'accompagnement, y compris palliatifs. La sédation profonde et continue devrait se trouver dans l'une ou l'autre de ces informations.

*Avis défavorable.*

**M. Christophe Bentz (RN).** L'information du patient doit être la plus complète possible. Tout à l'heure, Mme Dubré-Chirat a expliqué que l'on pouvait proposer l'aide à mourir dans deux cas : pour ceux qui ne veulent pas de soins palliatifs – c'est leur liberté de

choix – ou ceux qui ne peuvent pas. Autrement dit, ceux qui sont victimes de la carence française en matière de développement des soins palliatifs. Cela voudrait dire que les 200 000 Français qui n’ont pas accès, chaque année, aux soins palliatifs se verraient proposer le suicide assisté ou délégué.

**M. Jean-François Rousset (EPR).** Il est un peu facile de caricaturer de la sorte. Il y a beaucoup de cas particuliers, des pathologies qui relèvent des soins palliatifs et d’autres pas, des situations urgentes dans lesquelles les traitements palliatifs ne permettent pas d’atténuer la douleur. Faisons confiance aux soignants et à la volonté du malade, au dialogue particulier entre le médecin traitant, l’équipe soignante et le patient, et arrêtons de tourner en rond.

*La commission **rejette** l’amendement.*

*Amendement AS10 de M. Fabien Di Filippo*

**Mme Sylvie Bonnet (DR).** L’objectif est de rendre la consultation psychologique ou psychiatrique obligatoire pour les personnes demandant le suicide assisté ou l’euthanasie. Cette mesure, appliquée dans de nombreux pays ayant légalisé ces pratiques, favorise l’identification d’éventuels facteurs qui pourraient être traités pour apporter une réponse adaptée à la personne qui souffre, mais qui influencent son désir de mourir.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Comme pour les soins palliatifs, il appartient au patient d’en décider, sans que la loi le lui impose.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l’amendement.*

*Amendement rédactionnel AS674 de Mme Audrey Abadie-Amiel*

**M. Christophe Bentz (RN).** Par parallélisme des formes, vous voulez supprimer la notion d’effectivité à l’alinéa 11, comme vous l’avez fait précédemment à l’alinéa 10. Ce n’est pas du tout un amendement rédactionnel puisqu’il est question, ici, de l’effectivité d’accès à un psychologue ou à un psychiatre, pas plus que votre amendement précédent, d’ailleurs, qui concernait l’accès effectif aux soins palliatifs. Or il s’agit de garantir un droit concret, avec une prise en charge réelle. Par conséquent, il ne faut surtout pas voter cet amendement.

*La commission **adopte** l’amendement.*

*Amendement AS45 de M. Patrick Hetzel*

**Mme Josiane Corneloup (DR).** Nous savons bien que le patient peut être soumis à des pressions extérieures. Cet amendement vise donc à s’assurer, par le biais d’un psychologue clinicien ou d’un psychiatre, comme c’est le cas dans la loi belge, que sa décision ne relève d’aucune pression extérieure.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** L’article 5 ne concerne pas le contrôle des conditions prévues à l’article 2 ; je vous renvoie pour cela à l’article 6. En l’état, le texte est déjà très clair : la volonté libre et éclairée ne saurait souffrir d’une quelconque pression. De tels ajouts risquent au contraire de décourager les demandeurs d’accepter d’être orientés vers un psychiatre ou un psychologue, alors que cette consultation pourrait leur être utile.

Avis défavorable.

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

*Amendement AS168 de Mme Marie-France Lorho*

**Mme Lisette Pollet (RN).** L'amendement est défendu.

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

*Amendement AS238 de Mme Justine Gruet*

**Mme Justine Gruet (DR).** Il s'agit de renforcer le contrôle sur l'avis libre et éclairé, puisque la procédure repose sur une décision strictement personnelle et sur l'absence de pression. Afin de s'en assurer, il est utile que la personne soit explicitement informée de l'existence de protections pénales contre les pressions, manœuvres ou influences indues, qu'elles visent à dissuader ou à inciter. Cette information renforce la capacité de la personne à identifier des comportements abusifs, à s'en protéger et à les signaler.

Vous avez travesti mes propos, monsieur Delautrette : je différencie le moment de la demande – au cours duquel la personne doit être seule, afin de s'assurer de l'absence de pression – de celui où la décision est prise et pour lequel je propose d'informer les proches. Vous pouvez tourner en dérision notre volonté de nourrir le débat mais, en l'occurrence, nous ne parlions pas de la même chose.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** J'ai du mal à comprendre la plus-value de cette information : il s'agit d'une consultation avec un médecin, portant sur la prise en charge médicale, les soins palliatifs, la santé mentale et la procédure, et non d'un entretien administratif ou juridique. La personne demandeuse n'est d'ailleurs pas la première concernée par le délit d'entrave ou d'incitation à l'aide à mourir.

Avis défavorable.

**Mme Justine Gruet (DR).** On en revient à la capacité de juger de l'avis libre et éclairé du patient, le médecin ne connaissant pas forcément tous les éléments de pression extérieure. C'est d'ailleurs pourquoi j'avais déposé l'amendement AS423 à l'article 4, proposant qu'un juge ou un magistrat contrôle la légalité des critères.

**Mme Camille Galliard-Minier (EPR).** À ce stade, aucune infraction pénale ne réprime l'incitation. Pourquoi l'introduire dans le texte ?

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

*Amendement AS93 de Mme Sandrine Dogor-Such*

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** Notre amendement vise à prévenir les conséquences humaines et psychiques graves pour l'entourage. L'information de la personne de confiance et des proches, si ces derniers le souhaitent, constitue une garantie minimale de loyauté et de dignité du processus. Les travaux disponibles montrent que l'absence d'information peut entraîner des traumatismes durables pour les familles, comme l'a rappelé la Cour européenne des droits de l'homme dans un arrêt de 2022. Sans remettre en cause

l'autonomie du patient, notre amendement vise donc à éviter que la décision ne soit vécue par les proches comme une rupture brutale et incompréhensible.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Rien n'empêche que le patient communique ces informations à la personne de confiance ou à ses proches, ni qu'elle se fasse accompagner par ces derniers. En revanche, s'agissant d'une décision personnelle, l'obligation d'information de ces tiers me paraît délétaire.

Quant au souhait des personnes informées, il y a là une inversion très claire de la volonté : il ne s'agit pas de demander aux membres de la famille s'ils souhaitent être informés mais bien à la personne elle-même.

Avis défavorable.

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

*Amendements AS239 de Mme Justine Gruet, AS638 de M. Christophe Bentz, AS240 de Mme Justine Gruet et AS523 de M. Thomas Ménagé (discussion commune)*

**M. Christophe Bentz (RN).** Il s'agit d'un énième amendement sémantique.

Permettez-moi d'en profiter pour regretter l'absence de réponse de Mme la rapporteure concernant ses amendements prétendument rédactionnels, qui, en réalité, ont supprimé l'effectivité d'accès à un soin. Le minimum serait de nous répondre pour éclairer la représentation nationale.

**M. Théo Bernhardt (RN).** Je défends l'amendement AS523. Il s'agit effectivement d'amendements sémantiques, parce qu'il est important de mettre les bons mots sur les actes prévus dans la proposition de loi.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je l'ai déjà expliqué, je suis défavorable à ces amendements sémantiques.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

*Amendement AS169 de Mme Marie-France Lorho*

**M. Christophe Bentz (RN).** Il ne s'agit pas ici d'un amendement rédactionnel. Encore une fois, j'estime que Mme la rapporteure pourrait nous répondre sur ses amendements qu'elle prétend rédactionnels alors qu'ils portent sur le fond.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Vous souhaitez informer la personne de l'ensemble des étapes de la procédure de l'aide à mourir. La rédaction de l'alinéa me semble suffisamment claire en l'état. L'article 13 prévoit d'ailleurs qu'un décret en Conseil d'État précisera notamment les modalités d'information de la personne qui demande l'aide à mourir.

Avis défavorable.

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

*Amendement AS675 de Mme Audrey Abadie-Amiel*

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Il s'agit d'un amendement de précision rédactionnelle, qui a été adopté par la commission du Sénat.

**Mme Camille Galliard-Minier (EPR).** Je me permets de revenir sur la remarque de M. Bentz qui estime qu'il ne s'agit pas d'amendements rédactionnels : il est bien indiqué, dans les alinéas 10 et 11, que le médecin « s'assure », c'est-à-dire qu'il garantit que, si la personne le souhaite, elle pourra avoir accès aux soins palliatifs. La nouvelle rédaction conserve donc exactement le même sens que la précédente.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS310 de Mme Justine Gruet*

**Mme Justine Gruet (DR).** Nous voulons encadrer strictement le rôle du médecin en réservant la délivrance d'informations relatives à l'aide à mourir aux seuls patients qui remplissent effectivement l'ensemble des critères légaux d'éligibilité. L'objectif est d'éviter que des informations portant sur un dispositif juridiquement inaccessible pour le patient ne lui soient délivrées de manière anticipée, ce qui pourrait créer des attentes infondées, une confusion sur les droits ouverts ou une pression psychologique inappropriée. Cette précision renforce la cohérence du cadre légal et garantit le respect des conditions strictes posées par le législateur.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Votre amendement pose problème : il vise à délivrer les informations relatives aux conditions d'accès à l'aide à mourir uniquement si le patient remplit celles-ci alors que, à ce stade de la procédure, le médecin ignore si elles sont remplies ; pour le savoir, il devra engager la procédure collégiale prévue à l'article 6.

Parce qu'il engagerait la responsabilité du seul médecin en matière de respect des conditions d'accès, avant même de les avoir évaluées, votre amendement est contre-productif.

Avis défavorable.

**Mme Justine Gruet (DR).** J'entends vos arguments, mais il n'en demeure pas moins que les modalités de mise en œuvre de la procédure pourront être communiquées aux personnes même si elles ne remplissent pas les conditions d'accès. À ce stade de la procédure, il serait judicieux de communiquer uniquement les critères d'éligibilité.

Certes, l'éligibilité est déterminée de façon collégiale, mais il me semble qu'une personne non éligible n'a pas à connaître les modalités de mise en œuvre de la procédure.

En tout état de cause je vais retirer cet amendement, que je modifierai en vue de l'examen du texte en séance publique.

**M. Yannick Monnet (GDR).** J'entends votre opposition à ce texte, mais vous faites valoir des arguments qui vont à l'encontre de ce que vous défendez habituellement ! Votre amendement vise à encadrer la relation, intime et unique, entre le médecin et son patient. Mais vous n'avez pas à dire à un médecin ce qu'il a le droit de dire ou non à son patient !

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS298 de Mme Justine Gruet*

**Mme Justine Gruet (DR).** L'amendement vise à garantir la clause de conscience du médecin et la protection du patient, en précisant explicitement que le premier n'est jamais tenu d'informer le second de la possibilité de recourir à une substance létale dans les conditions prévues, même lorsque son pronostic vital est engagé à court terme. Il s'agit de s'assurer que les professionnels de santé ne donnent pas d'information sans sollicitation du patient.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je peine à comprendre l'utilité de votre amendement. Au cours de leurs consultations, les médecins abordent avec leurs patients l'ensemble des éléments nécessaires ; l'aide à mourir peut en faire partie, *a fortiori* lorsque le patient demande des informations à ce sujet. Puisque la proposition de loi n'impose aucune obligation aux médecins en ce sens, votre amendement ne présente aucune utilité.

Avis défavorable.

**Mme Justine Gruet (DR).** Vous venez de dire que le médecin est libre de donner à son patient toutes sortes d'informations, notamment l'existence de l'aide à mourir, alors que lors de la précédente lecture, vous aviez insisté pour préciser qu'à aucun moment le médecin n'informait le patient sur l'aide à mourir si celui-ci n'en faisait pas la demande. Je regrette ce changement.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Il est nécessaire de distinguer l'information du soin lui-même. Rappelons que s'il le souhaite, un médecin peut choisir de ne pas pratiquer le soin en vertu de la clause de conscience prévue par le texte.

Le médecin est par définition omnipraticien : il peut parler de tout ce qui concerne la maladie. Or votre amendement restreindrait le champ de sa capacité d'information.

Vous qui êtes attachés à la liberté, vous prônez sa restriction en refusant aux médecins la capacité de présenter aux patients les options dont ils disposent : les soins palliatifs ou l'aide à mourir. Vous empêcheriez les médecins d'exercer leur ministère comme ils le doivent.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS339 de M. Matthias Renault*

**M. Christophe Bentz (RN).** L'amendement vise à apporter la transparence la plus complète, en ajoutant que la personne doit être informée aussi précisément que possible des modalités d'administration et d'action de la substance létale.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Comme vous le savez, puisque comme moi vous connaissez ce texte par cœur, ces informations sont déjà prévues à l'article 6. Elles sont délivrées à un moment plus opportun, lorsque la décision favorable a été rendue.

L'article 5 prévoit l'information relative à la mise en œuvre de l'aide à mourir ; elle comportera assurément des éléments concernant l'administration et l'action de la substance létale, parmi des éléments plus généraux portant sur la suite de la procédure.

Avis défavorable, votre amendement étant satisfait.

**M. Thibault Bazin (DR).** L'article 5 organise les différentes étapes de la procédure et il me semble important d'y inclure une information précise sur les modalités d'administration et d'action de la substance létale.

En raison de la différence entre le suicide assisté – la personne peut agir elle-même – et l'euthanasie, les enjeux sont très différents. Le Comité consultatif national d'éthique a reconnu que l'implication des tiers n'est pas la même ; certains modes d'admission impliquent la présence d'un professionnel de santé. La personne qui fera peut-être une demande doit être informée de ces éléments.

**M. Stéphane Delautrette (SOC).** Vous sautez les étapes : à ce stade, les modalités d'administration – auto-administration ou administration par un professionnel de santé – ne sont pas encore définies ; elles ne le seront qu'après la décision collégiale prise, au vu de la situation particulière du patient. De plus, la nature de la substance diffère en fonction de la modalité d'administration.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS586 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé*

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** L'amendement vise à sécuriser ce texte en précisant que la demande d'aide à mourir ne doit jamais compenser une carence du système de soins, en particulier un défaut de soins d'accompagnement et de soins palliatifs.

M. Philippe Vigier a évoqué la création d'unités mobiles de soins palliatifs dans les départements qui en sont dépourvus mais, actuellement, un Français sur deux n'a pas accès aux soins palliatifs !

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Sur le fond, le rapporteur général et moi-même nous sommes déjà exprimés sur le caractère préalable ou non des soins palliatifs. Sur la forme, votre amendement comporte une incohérence rédactionnelle l'empêchant d'être inséré dans l'énumération des actions du médecin.

Avis défavorable.

**M. René Pilato (LFI-NFP).** Je suis ravi d'entendre nos collègues s'exprimer au sujet des soins palliatifs. J'espère qu'ils seront cohérents et rétabliront le droit opposable aux soins palliatifs, supprimé par les sénateurs, lorsque nous examinerons le texte qui leur est consacré.

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** Dans certains départements, les équipes mobiles de soins palliatifs sont issues de centres hospitaliers universitaires ou de cliniques privées, qui, bien souvent, sont eux-mêmes en sous-effectif. Dans d'autres, notamment les plus pauvres et les plus ruraux, il n'y a tout simplement pas d'équipes de ce genre.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS241 de Mme Justine Gruet*

**Mme Justine Gruet (DR).** L'amendement vise à compléter l'article 5 afin de s'assurer que la décision de la personne concernée est bien libre et éclairée, au-delà des seuls

critères médicaux. Des pressions, contraintes ou influences, notamment d'ordre patrimonial ou financier, sont susceptibles de caractériser une atteinte à la liberté de décision.

Ainsi, il me semble qu'un médecin n'est pas forcément en mesure d'évaluer le critère de résidence stable. De même, s'assurer que l'avis est libre et éclairé ne relève pas nécessairement de son champ de compétences – vous avez reconnu que ce point ne figurait peut-être pas au bon moment dans la procédure. Pourtant, le médecin doit être capable de discerner si l'avis est libre et éclairé ; et que vous le vouliez ou non, des influences d'ordre patrimonial, financier ou sociétal peuvent altérer le discernement de patients formulant une demande d'aide à mourir.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je doute que le médecin apprenne quoi que ce soit à la personne : chacun sait caractériser une contrainte ou une pression. Le médecin présentera à la personne les conditions d'accès à l'aide à mourir et évoquera la manifestation libre et éclairée de sa volonté. Votre amendement ne me semble pas utile.

**M. Patrick Hetzel (DR).** Permettez-moi de rappeler qu'au cours des dernières années, on a dénombré dans notre pays entre 450 et 650 condamnations pour abus de faiblesse.

Nous devons tout mettre en œuvre pour que dans ce cas précis, cette possibilité soit écartée. Je ne comprends pas vos réserves à cet égard, monsieur le rapporteur général, puisque cette mesure renforcerait le texte.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS94 de Mme Sandrine Dogor-Such*

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** L'amendement vise à renforcer la protection des personnes juridiquement vulnérables. Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique, le risque d'abus de faiblesse ne peut être ignoré. La saisine du juge des contentieux de la protection constitue une garantie indispensable d'impartialité et de sécurité juridique.

Il ne s'agit pas de remettre en cause la volonté de la personne, mais de s'assurer qu'elle s'exprime librement, sans subir de pressions ou d'influence. Concernant un acte irréversible, ce contrôle juridictionnel est une mesure de prudence élémentaire.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** L'an dernier, nous avons adopté à l'article 12 une voie de recours pour la personne chargée de la protection devant le juge des contentieux de la protection. Vous vous en souvenez certainement, puisque vous aviez participé à ce débat.

Néanmoins, le recours tel que vous l'évoquez n'aurait pas de sens pour le médecin, puisqu'il est précisément celui qui décide de l'accès ou non à l'aide à mourir. S'il doute du caractère libre et éclairé de la volonté, il rendra une décision négative.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis, suivant l'avis du rapporteur général, elle **rejette** l'amendement AS95 de Mme Sandrine Dogor-Such.*

*Amendement AS322 M. Thierry Frappé*

**M. Thierry Frappé (RN).** L'amendement vise à distinguer clairement la phase d'information préalable de la suite de la procédure d'aide à mourir et à en assurer la traçabilité, afin de garantir le caractère libre et éclairé de la volonté exprimée par la personne et de protéger le professionnel de santé.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Vous souhaitez ajouter la signature d'un document par la personne, attestant qu'elle a reçu toutes les informations et les propositions prévues par l'article. Un tel formalisme ne me paraît pas utile, la demande étant est déjà écrite par défaut. De plus, tous les actes relatifs à la procédure seront consignés par chacun des professionnels dans le système d'information prévu à l'article 11.

Avis défavorable.

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

*Puis elle **adopte** l'article 5 **modifié**.*

**Article 6 :** *Procédure d'examen de la demande d'aide à mourir jusqu'à la prescription de la substance létale*

*Amendements de suppression AS46 de M. Patrick Hetzel et AS209 de Mme Marine Hamelet*

**M. Patrick Hetzel (DR).** L'article 6 définit la procédure d'examen de la demande d'euthanasie ou de suicide assisté, jusqu'à la prescription de la substance létale. Le pouvoir de décision du médecin, même s'il peut recueillir l'avis d'autres professionnels, reste très fort. La collégialité est souvent évoquée, mais elle nécessite une présence physique, qui n'est pas prévue dans ce texte.

Dans l'État américain de l'Oregon, l'avis de trois médecins est exigé et leur présence physique est requise ; l'un d'entre eux est systématiquement un psychiatre, qui doit s'assurer de l'absence de souffrances psychiatriques qui pourraient être prises en charge.

Je considère que les garanties dont il est question dans le texte ne sont pas accordées et que la collégialité prévue est moins protectrice que dans la plupart des pays concernés, qui ont cherché à instaurer de véritables garde-fous.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Vous souhaitez supprimer l'article 6, qui est pourtant équilibré et essentiel puisqu'il prévoit une procédure rigoureuse de vérification et d'évaluation des conditions d'accès, des délais permettant la nécessaire réflexion du médecin et du demandeur et une prescription adaptée aux règles de sécurité et de recommandation médicales.

Rappelons qu'en première lecture, nous avons largement modifié cet article en adoptant quarante et un amendements – dont quatorze identiques –, qui ont permis de sécuriser l'ensemble de la procédure. Parmi eux figurait un amendement du président Valletoux décrivant précisément l'ensemble de la procédure collégiale, calquée sur la

procédure de sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès de la loi Claeys-Leonetti.

Or vous semblez estimer que la procédure prévue à l'article 6, qui reprend la procédure considérée comme remarquable de la loi Claeys-Leonetti, elle-même considérée comme un trésor national, ne serait pas pertinente ! Cela me semble particulièrement incohérent.

Nous avons également adopté un amendement de Mme Leboucher, qui précisait les caractéristiques du discernement, ainsi qu'un amendement du Gouvernement – et les douze identiques issus de tous les bancs – visant à rendre incompressible le délai de réflexion de la personne.

Les travaux que nous avons menés en première lecture montrent à quel point l'article 6 a été consolidé et je tiens résolument à ce qu'il soit voté.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Non seulement la procédure encadrant la demande d'aide à mourir a été calquée sur celle de la loi Claeys-Leonetti, mais elle prévoit également la possibilité de consulter d'autres professionnels de santé – psychologues, psychiatres, etc. De plus, le présent texte prévoit une traçabilité compétente, qui ne figurait pas dans la loi Claeys-Leonetti. Si la loi Claeys-Leonetti est un bijou, celle-ci sera un bijou deux fois mieux protégé.

**Mme Annie Vidal (EPR).** Une faiblesse demeure, dans le présent texte, au sujet de la collégialité : le second médecin n'a pas l'obligation d'ausculter le patient – il ne le fait que s'il l'estime nécessaire.

*A contrario*, la procédure relative à la sédation profonde et continue, ainsi que les procédures instaurées dans les pays ayant légalisé l'euthanasie ou le suicide assisté prévoient que deux médecins examinent le malade.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendement AS47 de M. Patrick Hetzel*

**M. Patrick Hetzel (DR).** Puisque ce texte fait l'objet d'une nouvelle lecture, le débat doit avoir lieu ; l'article 4 a d'ailleurs été amendé.

Je fais partie de ceux qui considèrent que ce dont nous parlons ne relève pas du soin, mais d'une autre nature. C'est pourquoi cet amendement vise à supprimer la référence au code de la santé publique.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Le texte ne qualifie pas l'aide à mourir de soin. Par ailleurs, le code de la santé publique ne parle pas que de soins : il y est même question des débits de boissons !

**M. René Pilato (LFI-NFP).** Modifier l'article 6 reviendrait à réduire les garanties, qui ont fait l'objet de patientes réflexions. Au cours des trois lectures de ce texte, tous les groupes ont fait preuve de vigilance, afin de consolider cet article, tant au bénéfice des patients qu'à celui des médecins.

Le modifier ou l'affaiblir irait à l'encontre de ce que vous défendez, en permettant l'arbitraire. Je vous invite à bien réfléchir aux conséquences des amendements à l'article 6 que vous défendrez.

**Mme Justine Gruet (DR).** Nous avons modifié un alinéa de l'article 4, portant sur l'un des critères d'éligibilité. Vous avez considéré qu'il s'agissait d'une mise en cohérence, mais remplacer « souffrances physiques et psychologiques » par « souffrances physiques ou psychologiques » augmente, factuellement, le nombre de personnes éligibles et modifie nécessairement l'équilibre du texte.

Il me semble donc délicat de prétendre que le texte ne peut être modifié à l'occasion de cette nouvelle lecture.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Depuis que nous avons repris l'examen du texte ce matin, rien n'a été modifié. Quant au débat relatif à la prise en compte des souffrances physiques et psychologiques, il avait été tranché en première lecture, par un vote en commission et en séance publique. L'incohérence aurait consisté à ajouter la souffrance psychologique seule.

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

*Amendement AS198 de Mme Annie Vidal*

**Mme Annie Vidal (EPR).** Il s'agit d'un amendement de cohérence, lié à un autre amendement visant à préciser que le médecin doit être volontaire. Celui-ci n'ayant pas été adopté, je retire celui-là.

*L'amendement est **retiré**.*

*Amendement AS676 de Mme Audrey Abadie-Amiel*

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Cet amendement d'harmonisation vise à préciser que le médecin a accès aux informations du dossier médical de la personne. Il a été adopté en commission au Sénat.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement AS677 de Mme Audrey Abadie-Amiel*

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** L'amendement vise à supprimer la seconde phrase de l'alinéa 2, qui précise que le médecin qui sollicite le préfet sur les conditions de résidence en France de la personne obtient une réponse sans délai.

Cet ajout, introduit en séance publique, n'est pas nécessaire, les services du Gouvernement ayant confirmé que la condition de résidence stable pourra être appréciée grâce à la carte Vitale de la personne. Il semble peu utile de solliciter les préfetures, déjà fortement mobilisées par d'autres missions.

Par ailleurs, si la phrase était maintenue, le mot « préfet » devrait être remplacé par « représentant de l'État dans le département ».

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement AS547 de M. Julien Odoul*

**M. Christophe Bentz (RN).** Comme à l'article 4, l'utilisation du terme « gravement » pose problème : soit le jugement est altéré, soit il ne l'est pas, mais il me semble impossible de graduer ainsi le discernement.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Avis défavorable, pour les mêmes raisons que tout à l'heure.

Par ailleurs le terme de discernement figure dans le code civil, le code pénal et le code de la santé publique, dans des contextes similaires ; il est donc adapté.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements identiques AS362 et M. Thibault Bazin, AS404 de Mme Lisette Pollet et AS589 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé*

**M. Thibault Bazin (DR).** L'alinéa 3 de l'article 6 précise : « La personne dont le discernement est gravement altéré lors de la démarche de demande d'aide à mourir ne peut pas être reconnue comme manifestant une volonté libre et éclairée. »

Cet amendement vise à supprimer le terme « gravement » : soit le discernement est altéré, soit il ne l'est pas. Cette formulation crée une forme de doute ; comment la notion d'altération pourrait-elle être graduée ? Le respect du critère relatif au consentement libre et éclairé serait remis en question si la rédaction de l'alinéa 3 était maintenue.

**Mme Lisette Pollet (RN).** Supprimer le mot « gravement » est une nécessité ; juridiquement, les mots ont un poids. Il serait incompréhensible d'autoriser une euthanasie sur une personne dont le discernement est altéré, même légèrement. S'agissant d'un acte définitif, le consentement doit être absolument exempt de toute altération. De plus, la notion d'altération grave est subjectivement improuvable et juridiquement dangereuse. J'en appelle à notre responsabilité.

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** Juridiquement, « une volonté libre et éclairée » et « un discernement altéré » sont antinomiques. Supprimer le mot « gravement » permettrait de renforcer la protection du discernement dans le processus d'aide à mourir ; toute altération du discernement, même modérée, doit suffire à invalider la procédure.

La notion d'altération grave introduit une zone grise : des cas où la volonté serait altérée, mais pas gravement, pourraient être tolérés. S'agissant d'un choix aussi irréversible, la pleine lucidité doit être une exigence absolue. Supprimer ce qualificatif revient à relever le niveau de prudence, en ne permettant l'accès à l'aide à mourir qu'aux personnes dont le discernement est intact au moment de leur demande.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Si l'article 2 prévoit que le demandeur doit être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée, l'alinéa 3 de l'article 6 précise que les personnes dont le discernement est gravement altéré ne peuvent être regardées comme manifestant une réelle volonté.

La procédure comporte déjà des conditions d'accès très strictes, que nous avons largement renforcées en première lecture. Dans le projet de loi de 2024, cet alinéa concernait uniquement les personnes atteintes de maladies psychiatriques. Dans la proposition de loi

de 2025, il a été étendu à toutes les maladies. Il concerne désormais toute altération grave du discernement. Par conséquent, il ne me semble, en l'état, ni laxiste ni irresponsable.

Avis défavorable.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Il a été question tout à l'heure des personnes sous tutelle ou curatelle. La loi ne les empêche pas de prendre des décisions pour elles-mêmes. Nous parlons, ne l'oublions pas, de personnes gravement malades, qui peuvent avoir des traitements à base d'opioïdes, lesquels peuvent affecter légèrement leur discernement. On ne va pas leur demander d'arrêter leur traitement antidouleur pour être parfaitement conscientes. Voyez un peu le délire qui nous attend si les dispositions concernant le discernement sont mal dosées. Le médecin est la bonne personne pour juger si les gens sont en pleine possession de leurs moyens.

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** Lorsqu'un notaire – je ne sais pas s'il y en a parmi nous – se rend dans un hôpital auprès d'un patient, pensez-vous qu'il rédigera un testament si le discernement de la personne est simplement altéré ? Bien sûr que non. En cas d'altération, même simple, du discernement, on doit encore moins pouvoir accéder à l'aide à mourir.

*La commission **rejette** les amendements.*

*Amendement AS99 de Mme Sandrine Dogor-Such*

**M. Christophe Bentz (RN).** L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement AS153 de Mme Marie-France Lorho*

**M. Christophe Bentz (RN).** L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

*Amendements AS252 de Mme Justine Gruet, AS96 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS253 de Mme Justine Gruet et AS548 de M. Julien Odoul (discussion commune)*

**M. Christophe Bentz (RN).** Les amendements AS96 et AS548 sont défendus.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** successivement les amendements.*

*Amendement AS333 de Mme Annie Vidal*

**M. Thibault Bazin (DR).** L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

*Puis, suivant l'avis du rapporteur général, elle **rejette** l'amendement AS639 de M. Christophe Bentz.*

*Amendement AS486 de Mme Danielle Simonnet*

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

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement AS590 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé*

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** Je propose de reprendre une disposition essentielle de la législation belge sur l'aide à mourir. Le médecin devra prioritairement arriver, avec la personne, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable compte tenu de la situation et que la demande est entièrement volontaire. Cela permettra de consacrer un principe fondamental : l'aide à mourir ne doit jamais être une réponse par défaut et elle ne doit être envisagée qu'une fois que toutes les options médicales, psychologiques, sociales et palliatives disponibles ont été explorées, dans un dialogue constant entre le patient et le médecin. Cette exigence renforcera la portée éthique de la loi en plaçant la recherche de solutions alternatives au cœur de la décision médicale, tout en garantissant le caractère libre, réfléchi et persistant de la demande.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Vous souhaitez préciser que le médecin doit avoir la conviction, avec la personne concernée, qu'aucune autre solution raisonnable n'est possible et que la démarche est volontaire. Le dernier critère est déjà prévu : je vous renvoie aux conditions d'accès prévues à l'article 4. Quant à la conviction du médecin qu'aucune autre solution raisonnable n'existe, vous voyez bien le caractère résolument subjectif de cette condition. Ce qui est raisonnable pour vous ne l'est pas forcément pour moi, par exemple. La loi n'a pas à fixer des critères subjectifs dont la mise serait particulièrement complexe. Elle doit au contraire définir des critères d'accès clairs, comme nous l'avons fait à l'article 4.

Avis défavorable.

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

*Amendement AS536 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (DR).** En première lecture, nous avons décidé que le médecin mettrait en place une procédure collégiale. Je propose de préciser que c'est au sein de l'équipe soignante. En effet, qui pourra vraiment apprécier le respect des critères ? Si c'est un médecin ou un auxiliaire médical qui ne connaît pas le patient, il y aura un problème. Dans le cadre des procédures de sédation profonde et continue jusqu'au décès, ce travail est fait au sein de l'équipe soignante. Ici, ce n'est pas précisé alors que cela me paraît très important.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Vous souhaitez que le médecin conduise la procédure collégiale au sein de l'équipe soignante, mais ce sera impossible. Nous avons prévu la participation d'un médecin spécialiste qui n'intervient pas dans la prise en charge de la personne.

Avis défavorable.

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

*Amendement AS591 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé*

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** Cet amendement reprend une autre exigence de la législation belge. Le médecin devra mener plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable, pour réaliser une évaluation approfondie, progressive et rigoureuse du respect des conditions légales : la réalité de la souffrance, le caractère incurable de la maladie, l'engagement du pronostic vital et l'expression libre et éclairée d'une volonté. Ce temps d'échange et de maturation permettra de s'assurer de la constance de la demande, de prévenir des décisions prises sous l'effet d'une détresse ponctuelle et de sécuriser l'ensemble du processus.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Nous ne souhaitons pas complexifier la procédure pour les soignants et les patients. Par ailleurs, cet amendement est imprécis : combien faudra-t-il d'entretiens et quelle est la définition du délai raisonnable ? Ce que vous proposez serait sans doute incompatible avec le délai de quinze jours qui est laissé au médecin pour se prononcer.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS48 de M. Patrick Hetzel*

**M. Patrick Hetzel (DR).** Cet amendement a pour objectif d'assurer une réelle collégialité en apportant plusieurs précisions. Dans la situation actuelle, un seul médecin décidera. Il demandera certes un autre avis, mais celui-ci ne l'engagera pas. Par ailleurs, un même médecin sera à la fois expert, décideur et exécutant, c'est-à-dire juge et partie, sur le plan juridique, ce qui pose une vraie difficulté. Nous devons donc prévoir des garanties supplémentaires.

Les débats qui ont eu lieu en Suisse ont notamment porté sur la nécessité d'une collégialité effective, en particulier grâce à l'intervention d'un médecin qui n'est pas celui qui suit le patient. Nous demandons que cet autre médecin soit physiquement présent pour procéder à un examen et donner un avis argumenté, car nous considérons que cela fait partie des sécurités nécessaires.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Votre amendement tend à revenir à une procédure de recueil d'avis, ce qui me semble moins protecteur que le dispositif adopté en première lecture, à savoir la réunion d'un collège, dont les participants devront être présents physiquement. Vous voulez, par ailleurs, modifier la liste des intervenants, mais votre amendement semble moins précis que la rédaction actuelle et essentiellement adapté au cas d'une personne hospitalisée ou hébergée dans un établissement.

Pour ces deux raisons, avis défavorable.

**M. Thibault Bazin (DR).** Je trouve cet amendement intéressant. Il demande un avis écrit, un examen médical de la personne par un expert extérieur, la participation de l'équipe soignante du patient et, en cas de doute sur le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté, d'un psychiatre, ce qui me semble plus complet.

Je reviens sur ce que vous avez dit tout à l'heure, monsieur le rapporteur général. Le médecin qui instruira la demande pourra ne pas suivre le patient, et ce sera également le cas du médecin chargé de formuler un avis extérieur. Potentiellement, il n'y aura donc aucun médecin qui suit le patient. Dans le cadre d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès,

la procédure collégiale fait intervenir le médecin qui suit le patient, des membres de l'équipe soignante et au moins un médecin extérieur. Je ne comprends pas pourquoi vous ne voulez pas une procédure de même niveau sur le plan qualitatif, c'est-à-dire en ce qui concerne la connaissance de la personne et de sa pathologie.

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

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle **rejette** l'amendement AS206 de Mme Marine Hamelet.*

*Amendements AS537 de M. Thibault Bazin et AS201 de Mme Annie Vidal (discussion commune)*

**M. Thibault Bazin (DR).** Il est prévu que le médecin aura accès au dossier médical de la personne et qu'il examinera celle-ci, sauf s'il ne l'estime pas nécessaire. Vu l'importance de la question, je pense au contraire que le médecin doit examiner la personne. Un examen clinique est essentiel. Sinon, comment pourrait-on vraiment apprécier le respect des différents critères ? Il faut au moins apporter cette garantie. Ce n'est pas grand-chose et, pour éviter un problème de recevabilité, mon amendement prévoit que les actes afférents ne feront l'objet d'aucune rémunération par la sécurité sociale.

**Mme Annie Vidal (EPR).** La rédaction actuelle donne au médecin la faculté de ne pas examiner le malade avant d'émettre un avis. Or comment pourrait-on juger inutile d'examiner un malade qui demande à mourir ? Cette disposition soulève des interrogations éthiques et déontologiques eu égard à la gravité de la décision en question. Autoriser un médecin à se prononcer sur la seule base d'un dossier médical, aussi complet soit-il, ne me semble pas compatible avec l'exigence de rigueur, de gravité et de discernement qui s'attache à une telle décision. L'examen direct de la personne permettra non seulement de vérifier le respect des conditions médicales mais aussi de mieux apprécier la volonté du patient, sa cohérence, sa souffrance et le contexte global dans lequel s'inscrit la demande.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je rappelle un point essentiel : dans la rédaction actuelle, le médecin pourra ne pas examiner la personne s'il estime que ce n'est pas nécessaire, mais l'examen clinique sera la règle. Vous avez parlé de rigueur. Nous saluons tous le travail des soignants et, en particulier, la qualité des médecins. On peut penser qu'ils sont suffisamment professionnels et rigoureux pour que, s'ils estiment qu'un examen n'est pas nécessaire, ce ne soit pas de la désinvolture. Par ailleurs, le médecin disposera d'un dossier médical complet, qui comportera notamment les comptes rendus de toutes les consultations, des hospitalisations et des examens de biologie ou de radiographie. La rédaction actuelle me semble donc équilibrée.

Avis défavorable.

**M. Philippe Vigier (Dem).** J'avoue ne pas voir quel fil ont suivi nos collègues. Un examen clinique est un acte, et en tant que tel il est nécessairement rémunéré. Croyez-vous que l'absence de rémunération aura un effet désincitatif ? J'essaie simplement de comprendre. Connaissiez-vous des actes médicaux qui ne sont pas rémunérés ? Les médecins qui les réalisent peuvent être des salariés d'un hôpital, auquel cas l'acte pourrait entrer dans leur pratique habituelle, mais aussi des intervenants extérieurs, des praticiens libéraux, auxquels vous tordrez donc le cou. L'acte sera nécessairement une consultation – une auscultation et

une évaluation de l'évolution de l'état de santé du patient. Si vous ne voulez pas que ce soit considéré comme un acte, un véritable problème se pose.

**M. Patrick Hetzel (DR).** Monsieur le rapporteur général, la pratique de 99,9 % des médecins sera évidemment conforme à ce que vous dites, mais il faut aussi envisager d'autres cas. J'ai présidé la commission d'enquête sur les fraudes sociales : il se trouve que certains médecins ont des pratiques un peu curieuses dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, puisqu'ils arrivent à voir une vingtaine de patients en une demi-heure. On ne peut pas supposer que l'ensemble d'une profession fait preuve de vertu. Il faut donc prévoir des garanties, des garde-fous pour éviter les dérives. Il n'y a pas lieu de jeter l'opprobre sur toute une profession, je vous rejoins sur ce point, mais nous sommes là pour écrire le droit et prévoir des procédures qui permettent de sécuriser les choses. Ces amendements sont donc très pertinents.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

*Amendement AS549 de M. Julien Odoul*

**M. Christophe Bentz (RN).** L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement AS53 de M. Patrick Hetzel*

**M. Patrick Hetzel (DR).** Cet amendement, qui avait été déposé par le Gouvernement en première lecture, prévoit une garantie supplémentaire. En cas de doute sur le discernement de la personne, le médecin consultera un psychiatre ou un neurologue dans le cadre de la procédure collégiale. Lorsqu'un ministre de la santé défend un tel amendement, on peut penser qu'il a de bonnes raisons de le faire.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je peine à comprendre que vous laissiez au médecin le choix de consulter un psychiatre ou un neurologue. En matière de discernement, il me semble qu'un psychiatre est le plus qualifié en première intention. Par ailleurs, la rédaction actuelle prévoit que le médecin peut saisir un professionnel de santé – y compris un psychiatre, un neurologue ou un psychologue – s'il a un doute. Je considère qu'il n'y a pas lieu de modifier la formulation, qui est équilibrée.

Avis défavorable.

**M. Jean-François Rousset (EPR).** Cela fait plusieurs minutes que vous passez au crible les pratiques médicales. On doit faire confiance aux médecins. Malgré tout ce qu'on peut dire à leur sujet, il faut les laisser maîtres de leurs pratiques. Si un médecin considère qu'il a besoin d'un psychiatre, parce qu'il suspecte un trouble psychiatrique, qu'il le fasse. Pourquoi évoquer un neurologue ? On pourrait aussi consulter un orthopédiste, mais cela n'aurait aucun intérêt dans ce cas.

On ne peut pas, d'un côté, défendre la médecine libérale, en disant qu'il faut faire confiance aux médecins, parce qu'ils savent ce qu'ils font, et ajouter, de l'autre côté, des couches de contraintes supplémentaires. Quand un malade se trouve dans ce genre de situation, il faut aller au plus simple et faire confiance.

J'ajoute que la pratique médicale est évaluée – nous sommes demandeurs, dans l'intérêt de l'efficacité des soins. Par ailleurs, un médecin fait toujours un compte rendu de sa consultation. Il pourra montrer qu'il a examiné le malade et son dossier. Arrêtons de donner des consignes en matière de bonnes pratiques médicales tout en disant qu'il faut laisser travailler les médecins libéraux.

**M. Patrick Hetzel (DR).** Tout cela n'est pas contradictoire. Il faut évidemment faire confiance aux professionnels. Néanmoins, permettez-moi de faire un parallèle : quand nous débattons de bioéthique, la règle générale est de faire confiance aux chercheurs, mais cela ne veut pas dire que nous n'adoptons pas des normes juridiques pour assurer un encadrement. C'est notre rôle. Le législateur encadre, ce qui ne signifie pas qu'il suit une logique de défiance. Dans un État de droit, on peut à la fois faire confiance et chercher à établir un cadre.

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

*Amendement AS74 de M. Michel Lauzzana*

**M. Michel Lauzzana (EPR).** Cet amendement vise à introduire dans la procédure la personne de confiance, qui est chargée d'accompagner le patient dans les démarches liées à sa santé et de recevoir à sa place, quand il ne peut pas le faire, l'information médicale.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je pense que cet ajout n'est pas utile. La personne qui fait la demande doit disposer de son discernement. Dans ce cas, la personne de confiance n'a pas de plus-value au sein du collège. Le recueil de son avis est cependant possible, conformément à l'alinéa 10, ce qui me paraît amplement suffisant.

Demande de retrait ; sinon, avis défavorable.

*L'amendement est **retiré**.*

*Amendements AS441 de Mme Christine Loir et AS525 de M. Thomas Ménagé (discussion commune)*

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** L'amendement AS441 vise à renforcer concrètement la collégialité de la décision. Le médecin traitant n'est pas un médecin comme les autres : c'est lui qui voit le patient dans la durée, suit son parcours de soins et connaît ses fragilités, ses renoncements, parfois, mais aussi ses ressources. Exclure ce médecin du collège pluriprofessionnel priverait la prise de décision d'un regard essentiel sur le plan médical mais aussi humain et contextuel. Sa présence permettrait d'éviter une appréciation déconnectée de l'histoire réelle de la personne. Par ailleurs, l'amendement ne créera aucune obligation : il ouvrira simplement une possibilité.

**M. Théo Bernhardt (RN).** L'amendement AS525 est défendu.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Avis défavorable.

Par définition, le médecin traitant fait partie des professionnels de santé, qui sont mentionnés dans cet alinéa. Vos amendements ne sont donc pas utiles.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

*Amendement AS98 de Mme Sandrine Dogor-Such*

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** Cet amendement tend à inclure non seulement des psychologues mais aussi des psychiatres, et à préciser qu'ils doivent être agréés auprès de la cour d'appel.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** L'avis d'un psychologue ou d'un psychiatre est déjà possible dans la rédaction actuelle. Par ailleurs, faire appel à un psychiatre ou à un psychologue agréé auprès de la cour d'appel conduirait à une judiciarisation de la procédure à laquelle nous nous sommes opposés plusieurs fois. Enfin, compte tenu des autres termes de l'alinéa 8, il faudrait que le psychiatre ou le psychologue agréé auprès de la cour d'appel intervienne déjà auprès de la personne, ce qui est, vous me l'accorderez, peu probable.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS680 et AS679 de Mme Audrey Abadie-Amiel.*

*Amendement AS539 de M. Thibault Bazin*

**Mme Sylvie Bonnet (DR).** L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS129 de Mme Élise Leboucher*

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Cet amendement précise qu'il faut obtenir le consentement d'une personne faisant l'objet d'une mesure de protection avant de prévenir la personne qui en est chargée.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je comprends la distinction que vous voulez faire, mais je n'y suis pas favorable. Le texte ne prévoit pas de différence pour les majeurs protégés : il leur applique le même traitement. Restons cohérents. Par ailleurs, le Conseil d'État a souligné, dans son avis, la nécessité de garanties supplémentaires quelle que soit la nature de la protection juridique.

Demande de retrait ; sinon, avis défavorable.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Il est effectivement très important de ne pas faire de distinction entre les personnes qui font l'objet d'une mesure de protection et les autres. Néanmoins, une personne qui ne fait pas l'objet d'une mesure de ce type n'a pas de tuteur : les équipes médicales ne se demanderont pas s'il faut le prévenir ou non. Or la question se posera pour une personne qui fait l'objet d'une mesure de protection. Il n'est absolument pas accessoire de préciser que cette personne doit donner son consentement pour qu'on parle de sa situation à son tuteur. Cette disposition permettra également de souligner que, quoi qu'il arrive, les décisions qui concernent la personne sont prises par elle et non par son tuteur.

**Mme Justine Gruet (DR).** Nous avons tenté de sécuriser le dispositif au fil de la navette, mais cela n'aura d'effet que si l'on sait qu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection. Or, s'il est prévu à l'alinéa 7 de l'article 5 que le médecin demandera à la personne si elle est dans ce cas, on ne le vérifiera pas. Vous avez même fait supprimer, madame la

rapporteure, au deuxième alinéa de l'article 6, la possibilité qui était offerte au médecin de demander au préfet de procéder à une vérification. Le processus n'est donc pas suffisamment sécurisé.

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

*Amendement AS127 de M. René Pilato*

**M. René Pilato (LFI-NFP).** Aux termes de la rédaction actuelle, il faudra tenir compte des observations de la personne chargée de la mesure de protection. Notre amendement tend à ce que l'on « recueille » ces observations avant de les transmettre à l'équipe pluriprofessionnelle. En effet, si nous écrivons simplement qu'il faut en tenir compte, cela signifie qu'elles feront l'objet d'un tri, alors qu'il faudrait les rapporter telles quelles pour s'assurer que la décision est prise d'une façon éclairée. Notre proposition mettrait, de plus, la rédaction de l'alinéa 9 en cohérence avec celle de l'alinéa 10, qui permet de « recueillir l'avis de la personne de confiance ».

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Nous sommes favorables à cet amendement qui permettra effectivement d'harmoniser la rédaction de cet alinéa avec celle de l'alinéa 10. Cela correspondra davantage à l'esprit de la procédure collégiale mise en place à l'article 6 – le médecin réunit des professionnels, recueille des avis, puis prend une décision. C'est, en outre, une modification que le Sénat avait adoptée en commission en première lecture.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement AS162 de Mme Marie-France Lorho*

**M. Christophe Bentz (RN).** L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement AS443 de Mme Christine Loir*

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** Au-delà de la question du discernement, nous ne pouvons ignorer la vulnérabilité des personnes protégées, qui peuvent faire l'objet de pressions, d'influences et de conflits d'intérêts. Ces pressions ne sont pas toujours visibles : elles peuvent être diffuses, implicites, liées à une dépendance affective, financière ou matérielle. En demandant explicitement au collège d'en apprécier l'absence, cet amendement sécurise profondément la procédure sans l'alourdir. C'est une mesure de prudence élémentaire au service de la liberté réelle du patient.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Cet ajout ne semble pas utile, car le collège analyse et se prononce déjà sur l'ensemble des critères d'accès au droit à mourir, dont le caractère libre et éclairé de la volonté. Tel n'est pas le cas lorsqu'il existe des pressions ou des influences. L'infirmier ou le médecin vérifie encore la volonté libre et éclairée du patient le jour de l'administration de la substance létale.

Avis défavorable.

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

*Amendement AS444 de Mme Christine Loir*

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** Lorsque la personne chargée de la mesure de protection émet une alerte sérieuse et motivée sur la capacité du demandeur à exprimer une volonté libre et éclairée, celle-ci doit être tracée. Sans enlever aucun pouvoir au médecin, la mention expresse de cette réserve dans la décision médicale impose de l’assumer, de l’examiner et d’en conserver une trace. Pour un acte irréversible, la transparence n’est pas une contrainte, mais une exigence. Cet amendement renforce la responsabilité collective sans rigidifier le dispositif.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** La décision motivée du médecin est rendue oralement et consignée. Les observations de la personne chargée de la mesure de protection seront prises en compte par le médecin au même titre que toutes les autres. Au reste, nous avons ouvert une voie de recours à l’article 12 : si la personne chargée de la mesure de protection estime que son avis n’est pas entendu, elle pourra saisir le juge des contentieux de la protection.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l’amendement.*

*Amendement AS442 de Mme Christine Loir*

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** Le terme de « collégialité » ne saurait être un mot creux : les observations formulées par la personne chargée de la mesure de protection doivent être consignées dans le dossier médical et portées à la connaissance de l’ensemble des membres du collège, sans quoi la décision de ce dernier risque de reposer sur une information partielle, fragmentée, voire incomplète. Cet amendement vise à garantir une appréciation réellement collective de la situation, afin de protéger les personnes vulnérables et de sécuriser juridiquement l’ensemble des acteurs.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Je rappelle que, aux termes de l’article 11, les actes sont enregistrés « à chacune des étapes de la procédure ». Le texte prévoit également que le médecin communique les observations de la personne chargée de la mesure de protection au collège lors de sa réunion.

Votre amendement étant satisfait, j’y suis défavorable.

*La commission **rejette** l’amendement.*

*Amendement AS174 de Mme Marie-France Lorho*

**M. Christophe Bentz (RN).** L’amendement est défendu.

*Suivant l’avis du rapporteur général, la commission **rejette** l’amendement.*

*Amendement AS383 de Mme Marie-France Lorho*

**M. Christophe Bentz (RN).** L’amendement est défendu.

*Suivant l’avis du rapporteur général, la commission **rejette** l’amendement.*

*Amendement AS473 de M. Yannick Neuder*

**Mme Justine Gruet (DR).** La personne de confiance occupe une place centrale dans l'expression de la volonté du patient. Lorsqu'une telle personne a été désignée, rendre son avis obligatoire permet de sécuriser l'appréciation du caractère libre et éclairé de la demande, sans pour autant lui conférer un pouvoir décisionnel. C'est l'objet de cet amendement.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Tout le monde ne désigne pas une personne de confiance. Au reste, dans la mesure où le patient doit exprimer une volonté libre et éclairée, il n'est pas nécessaire de prévoir l'avis systématique de la personne de confiance. Enfin, votre amendement présente une incohérence rédactionnelle.

Avis défavorable.

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

*Amendement AS445 de Mme Christine Loir*

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

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

*Puis, suivant l'avis du rapporteur général, elle **rejette** l'amendement AS641 de M. Christophe Bentz.*

*Amendement AS446 de Mme Christine Loir*

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** L'alinéa 11 prévoit des modalités d'évaluation clinique de la capacité de discernement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives très précises, lesquelles, aux termes de l'article 37 de la Constitution, relèvent clairement du domaine réglementaire. Inscrire des modalités aussi détaillées dans la loi fige les pratiques médicales qui, par nature, doivent pouvoir évoluer en fonction des connaissances scientifiques, des recommandations professionnelles et des retours de terrain. Supprimer cet alinéa ne retire aucune garantie au patient, mais permet de renvoyer la définition de ces modalités à des instruments plus adaptés, qui peuvent être ajustés, précisés et mis à jour, tels les recommandations de la HAS, les référentiels médicaux et les textes réglementaires.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je comprends votre intention : il ne nous appartient pas de prévoir, dans la loi, les modalités d'évaluation propres à chaque affection. Les médecins sauront s'adapter à chaque situation, comme ils le font au quotidien dans leur exercice. Rien ne justifie que les maladies neurodégénératives occupent une place à part dans le texte.

Les modalités d'appréciation du discernement pourraient être précisées dans le décret prévu à l'article 13, mais je ne souhaite pas supprimer cet alinéa sans avoir obtenu des engagements du Gouvernement à ce sujet. En attendant d'en débattre avec la ministre en séance, j'émet un avis défavorable.

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** Si nous sommes d'accord, autant supprimer cet alinéa dès maintenant.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements identiques AS311 de Mme Justine Gruet, AS340 de M. Matthias Renault et AS474 de M. Yannick Neuder*

**Mme Justine Gruet (DR).** Compte tenu de la gravité et du caractère irréversible des décisions relatives à l'aide à mourir, l'examen collégial ne saurait être réduit à des échanges à distance. Nous avons d'ailleurs précisé, en première lecture, que la réunion du collège se déroulait « en la présence physique de tous les membres », celle-ci garantissant la qualité des échanges humains, l'écoute mutuelle et l'appréciation fine des situations médicales, sociales et éthiques. Le recours à la visioconférence affaiblirait la collégialité réelle de la décision et diluerait la responsabilité collective attachée à un acte engageant la vie de la personne. Mon amendement vise donc à supprimer la seconde phrase de l'alinéa 12, qui permet le recours à la visioconférence en cas d'impossibilité, pour les membres, d'être présents physiquement à la réunion du collège.

**M. Christophe Bentz (RN).** Je défends l'amendement AS340. Nous ne souhaitons pas que la réunion du collège pluriprofessionnel – comme la demande d'aide à mourir par le patient ou son renouvellement, d'ailleurs – puisse se dérouler à distance. Quelle que soit notre position sur le texte, nous pouvons nous accorder sur ce point fondamental : pour une décision d'une telle importance, la présence physique est essentielle.

**M. Patrick Hetzel (DR).** Je défends l'amendement AS474. Compte tenu de la nature de l'acte, le recours à la visioconférence ou à d'autres moyens de télécommunication ne semble pas adapté. La présence physique des membres du collège permet une qualité d'échanges supérieure et une meilleure appréciation de la situation clinique et relationnelle.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** La rédaction actuelle est issue de l'adoption des amendements identiques du président Valletoux et du rapporteur Panifous, qui, travaillés avec certains d'entre vous, avaient recueilli un large assentiment. Elle reflète l'équilibre du texte.

La règle est claire : la présence physique de tous les membres est requise et le recours à la visioconférence ou à un autre moyen de télécommunication doit rester exceptionnel. Mais, faute de prévoir cette modalité, nous risquons d'entraver l'aide à mourir pour certains de nos concitoyens vivant dans des territoires particulièrement dépourvus de spécialistes, comme chez moi, en Ariège, ou dans certains territoires ultramarins.

Avis défavorable.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendement AS202 de Mme Annie Vidal*

**Mme Annie Vidal (EPR).** Sans méconnaître les difficultés de déplacement dans certains territoires, je tiens à renforcer le caractère prioritaire de la présence physique lors de la réunion du collège ; d'où mon amendement, qui tend à préciser que l'impossibilité d'être présent doit être « manifeste ».

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Selon le Larousse, « manifeste » signifie « dont la nature, la réalité, l'authenticité s'imposent avec évidence ». Si je comprends votre intention, il me semble qu'aucune impossibilité ne saurait être autre chose que manifeste.

Inutile de multiplier ces précisions : je répète – et cela figurera au compte rendu – que l'impossibilité, pour un membre du collège, d'être présent doit être bien réelle.

Avis défavorable.

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

*Amendement AS384 de Mme Marie-France Lorho*

**M. Christophe Bentz (RN).** Cet amendement s'inscrit dans la même logique que le précédent : nous refusons que les membres du collège puissent participer à la réunion à distance.

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

*Amendements AS243 et AS245 de Mme Justine Gruet (discussion commune)*

**Mme Justine Gruet (DR).** Même si cela intervient un peu tardivement dans nos débats, il me semble essentiel de préciser la définition de l'aide à mourir. C'est l'objet de ces amendements.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je vous sais gré de ne pas insister sur ce point.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS681 de Mme Audrey Abadie-Amiel.*

*Amendement AS540 de M. Thibault Bazin*

**M. Patrick Hetzel (DR).** On nous a assuré à plusieurs reprises que la procédure ferait l'objet de contrôles, au moins *a posteriori*, ce qui suppose que la commission de contrôle et d'évaluation dispose d'éléments précis. Cet amendement vise donc à compléter la première phrase de l'alinéa 13 par les mots : « en prenant en compte l'avis écrit et motivé de chaque membre dudit collège ».

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Le collège étant réuni physiquement, les échanges seront nécessairement motivés, comme ils le sont au quotidien pour les prises en charge pluriprofessionnelles. Les avis écrits étaient utiles avant que nous décidions de préciser que le collège se réunit physiquement : maintenant que la procédure prévue à l'article 6 est collégiale, ils ne sont plus nécessaires.

De plus, l'article 11 prévoit que « chacun des actes mentionnés [au chapitre consacré à la procédure] est enregistré dans un système d'information, sans délai, à chacune des étapes de la procédure par les professionnels concernés ». L'étude d'impact du projet de loi de 2024 détaillait les informations à renseigner, parmi lesquelles la décision du médecin et les avis. À n'en pas douter, ces éléments figureront dans le décret prévu à l'article 13. La ministre aura l'occasion de vous le confirmer en séance.

Pour toutes ces raisons, avis défavorable.

**M. Patrick Hetzel (DR).** Suivant votre logique de tout à l'heure, il vaudrait mieux préciser ces éléments dans le texte, et ne les en supprimer qu'après avoir obtenu des garanties du Gouvernement.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS246 de Mme Justine Gruet*

**Mme Justine Gruet (DR).** Il nous paraît essentiel de prévoir un contrôle *a priori* de la procédure. Il ne s'agit en aucun cas de remettre en cause le principe de l'aide à mourir tel que défini par le texte, la place centrale du médecin et la collégialité de la procédure ou le principe de l'autonomie de la volonté du patient, mais seulement d'apporter une garantie procédurale supplémentaire en confiant à une instance indépendante – celle déjà chargée, par le texte, du contrôle *a posteriori* – la vérification, avant l'administration de la substance létale, du respect de l'ensemble des conditions légales et procédurales.

Traditionnellement, le législateur exige ce contrôle préalable indépendant pour toute décision portant une atteinte grave et irréversible aux droits fondamentaux, qu'il s'agisse de la liberté individuelle, de l'intégrité corporelle ou de la vie privée. C'est le cas, par exemple, pour les hospitalisations sans consentement, le prélèvement d'organes sur personne vivante ou les mesures de protection juridique. Il nous semble donc essentiel d'introduire un contrôle *a priori*.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Vous le savez, l'article 15 prévoit déjà que la commission de contrôle et d'évaluation vérifie la régularité de la procédure *a posteriori*. Si elle constate des faits susceptibles de constituer un manquement aux règles déontologiques professionnelles, elle peut saisir la chambre disciplinaire de l'ordre compétent. Elle est même tenue de procéder à un signalement au procureur de la République, sur la base de l'article 40 du code de procédure pénale, si elle estime qu'ils sont susceptibles de constituer un crime ou un délit. Ces dispositions me semblent suffisantes pour assurer le respect scrupuleux de la procédure par les médecins.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Aux termes de cet amendement, il faudrait donc faire vérifier et valider un protocole de chimiothérapie lourde préparé par le corps médical avant toute administration au patient, ou la nature des gestes envisagés avant d'opérer un patient polytraumatisé. Imaginez-vous le degré de complexité que vous allez introduire dans la chaîne de soins ?

Depuis ce matin, vous ne cessez de chercher à encadrer l'activité des médecins et à limiter leurs prérogatives. Eux qui appellent à davantage de liberté risquent de trouver cela fort intéressant... Votre proposition est totalement contre-productive. En outre, si vous l'instaurez pour l'aide à mourir, il faudra l'appliquer à toutes les autres disciplines, sans quoi ce serait incompréhensible.

**Mme Justine Gruet (DR).** Avec tout le respect que je vous dois, monsieur le rapporteur général, si le contrôle intervient seulement *a posteriori*, la personne sera malheureusement décédée. L'objectif est de prévenir le risque de dérives et d'abus de faiblesse. Cette procédure n'a rien d'exceptionnel, elle est déjà largement appliquée en cas d'atteintes aux droits fondamentaux. La légitimité de la demande d'aide à mourir n'exclut pas la nécessité de garantir, à chaque étape, que les choses ont été faites comme il faut. Un contrôle *a priori* me semble de nature à sécuriser la procédure et à éviter les dérives.

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

*L'amendement AS78 de M. Patrick Hetzel est **retiré**.*

*Amendements AS55 de M. Patrick Hetzel et AS492 de M. Théo Bernhardt (discussion commune)*

**M. Patrick Hetzel (DR).** Afin que les proches puissent être informés de la décision du médecin, mon amendement tend à préciser qu'elle est communiquée au conjoint, aux ascendants et aux descendants, sans que ceux-ci puissent participer à la décision.

**M. Théo Bernhardt (RN).** Dans le même esprit de protection, tant du patient que de ses proches, mon amendement prévoit aussi que cette décision est communiquée à la personne de confiance et aux membres de la famille, mais seulement si la personne demandant l'euthanasie ou le suicide assisté le souhaite.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Nous nous sommes déjà exprimés sur l'intervention de la famille ou de la personne de confiance dans la procédure. La volonté libre et éclairée de la personne accédant à l'aide à mourir aura été évaluée : comme pour toute autre information à caractère médical, celle-ci décidera elle-même des personnes qu'elle souhaite informer.

Avis défavorable.

**M. Stéphane Delautrette (SOC).** Il arrive que certaines personnes, qui ne sont ni membres de la famille ni personne de confiance, comptent beaucoup pour le patient d'un point de vue affectif : vous n'en faites jamais état. Je le répète, cette décision relève de l'intime : rien, dans le texte, n'empêche la personne qui demande l'aide à mourir d'en informer qui elle le souhaite. Au nom de quoi l'obligerions-nous à diffuser cette information à certaines personnes plutôt qu'à d'autres, simplement parce que nous, législateurs, en avons décidé ainsi ? Il appartient à chacun d'informer ou non son entourage, au sens large du terme.

**M. Théo Bernhardt (RN).** C'est précisément le sens de mon amendement. J'imagine que vous le soutiendrez.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

*Amendement AS130 de M. Hadrien Clouet*

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Cet amendement tend à préciser que la décision du médecin doit être rendue dans un délai « compatible avec le pronostic vital de la personne ». Celui-ci est plafonné à quinze jours, mais il faut pouvoir s'adapter si le pronostic vital est inférieur – dans la mesure de ce que les médecins peuvent prévoir : pas question de jouer les Mme Irma.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Dans les faits, votre préoccupation s'imposera aux médecins : s'adapter à la situation de chaque patient correspond à leur exercice quotidien ; il ne me semble pas utile de le préciser dans la loi.

Avis défavorable.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** J'ai personnellement vu, dans un centre d'IVG, des médecins rendre volontairement leur décision postérieurement à la date limite pour avorter. Sur des sujets comme l'IVG ou le droit à mourir, il peut arriver que des soignants, par conviction personnelle, cherchent, de manière un peu perfide, à faire en sorte que leur avis l'emporte sur la volonté du patient. On attend du médecin qu'il fasse preuve de la plus grande honnêteté dans l'évaluation du pronostic vital du patient. Voilà pourquoi cette précision me semble pertinente.

**M. Patrick Hetzel (DR).** Elle l'est, et c'est la raison pour laquelle il faut prévoir une clause de conscience.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Elle figure déjà dans le texte.

**M. Patrick Hetzel (DR).** Précisément : les médecins qui ne souhaitent pas aider un patient à mourir pourront exercer cette clause. Le problème que vous soulevez ne devrait donc plus se poser.

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

*La réunion s'achève à dix-neuf heures cinquante-cinq.*

### **Présences en réunion**

*Présents.* – Mme Audrey Abadie-Amiel, Mme Ségolène Amiot, 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, M. Paul Christophe, 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. Thierry Frappé, Mme Martine Froger, Mme Camille Galliard-Minier, Mme Océane Godard, Mme Justine Gruet, Mme Zahia Hamdane, Mme Marine Hamelet, M. Patrick Hetzel, M. Sacha Houlié, Mme Sandrine Lalanne, M. Michel Lauzzana, M. Didier Le Gac, Mme Élise Leboucher, Mme Brigitte Liso, M. Thomas Ménagé, M. Christophe Mongardien, M. Yannick Monnet, M. Serge Muller, Mme Sandrine Nosbé, Mme Agnès Pannier-Runacher, Mme Mathilde Panot, M. Sébastien Peytavie, M. René Pilato, Mme Christine Pirès Beaune, Mme Lisette Pollet, M. Matthias Renault, Mme Sandrine Rousseau, M. Jean-François Rousset, Mme Eva Sas, M. Arnaud Simion, M. Nicolas Turquois, Mme Annie Vidal, M. Philippe Vigier

*Excusés.* – Mme Karine Lebon, M. Éric Michoux, M. Frédéric Valletoux

*Assistaient également à la réunion.* – M. Daniel Grenon, M. Dominique Potier