

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7^e LÉGISLATURE

Compte rendu Commission des affaires sociales

- Examen, en deuxième lecture, de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, relative au droit à l'aide à mourir (n° 2401) (M. Olivier Falorni, rapporteur général ; Mme Brigitte Liso, Mme Audrey Abadie Amiel, M. Stéphane Delautrette et Mme Élise Leboucher, rapporteurs) ... 2
- Présences en réunion 31

Mercredi
4 février 2026
Séance de 21 heures 30

Compte rendu n° 47

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

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



La réunion commence à vingt et une heures trente-cinq.

(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 6 (suite) : Procédure d'examen de la demande d'aide à mourir jusqu'à la prescription de la substance létale

Amendements AS312 de Mme Justine Gruet, AS392 de M. Eddy Casterman, amendements identiques AS165 de Mme Marie-France Lorho et AS323 M. Thierry Frappé, amendement AS487 de Mme Danielle Simonnet (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Aux termes de l'alinéa 13, le médecin se prononce « dans un délai de quinze jours » sur la demande. Cette formulation n'est pas sécurisante : cela peut aussi bien être dans la demi-heure ou dans la semaine. Nous proposons donc de préciser que ce délai est « incompressible » afin de laisser le temps nécessaire aux professionnels réunis collégialement d'évaluer les critères d'éligibilité.

M. Eddy Casterman (RN). Dans le même esprit, nous souhaitons ajouter que le délai « ne peut être ni inférieur à quinze jours ni supérieur à trente jours ». Ce ne serait pas un obstacle mais un garde-fou. Face à une décision aussi grave, nous avons le devoir collectif d'assurer que du temps soit donné pour la réflexion et la concertation. En favorisant l'échange entre les médecins et l'auxiliaire médical, ce délai renforce la dimension collégiale de la décision. Il protège le patient, les soignants et notre éthique collective.

Rappelons qu'en Belgique, un délai d'un mois est requis entre la demande écrite et l'acte d'euthanasie. Comment accepter qu'une décision puisse être prise le jour même de la demande ? Retenir un délai incompressible de quinze jours, c'est choisir la prudence, la responsabilité et la dignité.

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS165 est défendu.

M. Thierry Frappé (RN). Porter le délai de quinze à trente jours garantirait la qualité et la sérénité de la décision rendue. Il serait plus adapté à la complexité de l'évaluation médicale et collégiale requise pour une demande d'aide à mourir.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). L'amendement AS487 est défendu.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Nous sommes défavorables à ces amendements qui visent à modifier le délai, soit en l'augmentant, soit en le réduisant, voire à supprimer toute limite maximale, comme le propose Mme Gruet. La solution retenue dans le texte actuel est à même à garantir l'équilibre que nous recherchons. Elle permet de concilier plusieurs impératifs : d'une part, assurer la célérité de la procédure, l'état de santé de la personne pouvant impliquer une réponse rapide et l'attente être difficilement supportable ; d'autre part, tenir compte d'un principe de réalité, le médecin ayant besoin d'un temps minimum pour engager la procédure et recueillir les avis.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Dans ce délai, le médecin n'examine pas le bien-fondé de la demande mais sa conformité aux critères. Quinze jours semblent dès lors suffisants à l'équipe soignante pour se prononcer de manière collégiale.

Mme Justine Gruet (DR). J'entends que quinze jours peuvent paraître longs mais la rédaction actuelle n'est pas assez sécurisante car, en l'absence de précisions, le délai pourrait n'être que d'une demi-heure. En le rendant incompressible, nous éviterions toute précipitation s'agissant d'une décision éthique pour laquelle le médecin engage sa responsabilité. Nous laisserions le temps nécessaire pour des échanges collégiaux de qualité et des questionnements sur des critères qui laissent potentiellement place à la subjectivité. Cela ne veut pas dire que la réponse sera négative, loin de là.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS12 de M. Fabien Di Filippo

Mme Sylvie Bonnet (DR). Nous voulons supprimer la dernière phrase de l'alinéa 13, qui permet l'euthanasie d'une personne sous tutelle ou sous curatelle. Une telle disposition porterait fortement atteinte au principe de protection des plus faibles. Elle exposerait à de potentielles dérives les personnes en situation de vulnérabilité, dépendant d'une assistance pour leurs actes et décisions du quotidien.

M. Olivier Falorni, rapporteur général de la proposition de loi. Avis défavorable.

L'obligation d'information de la personne chargée de la mesure de protection est essentielle.

Mme Justine Gruet (DR). Gardons-nous de toute précipitation : discussion collégiale et interrogations sur la légalité des critères doivent pouvoir s'ancrer sur des bases qui ne portent pas à questionnement. Ne sont pas concernés les cas où le pronostic vital est engagé à court terme, comme dans le cadre de la loi *Claeys-Leonetti*. Il peut s'agir de durées plus longues d'espérance de vie.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). D'une part, cette disposition ne fait qu'assurer l'égalité des droits : une personne en situation de handicap ne saurait avoir des droits moindres. Ce n'est pas parce qu'une personne est sous tutelle qu'elle a perdu la conscience d'elle-même et la propriété de son corps. D'autre part, madame Gruet, il ne s'agit pas de décider dans la précipitation, mot que vous prononcez à chaque défense d'amendement ou presque, mais de prendre en compte des douleurs irréfragables de fin de vie. Quinze jours, c'est un délai énorme, et si on le dépasse, certaines personnes pourraient ne même plus pouvoir avoir accès à leurs droits.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS54 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). La personne qui assiste ou représente le patient qui souhaite mourir doit être dans tous les cas informée de la décision médicale. Il faut donc supprimer à l'alinéa 13 les termes : « le cas échéant ».

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Le médecin ne peut informer cette personne que si elle existe, d'où l'utilité des termes « le cas échéant ».

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS200 et AS199 de Mme Annie Vidal (discussion commune)

M. Thibault Bazin (DR). Les amendements sont défendus.

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

Amendement AS566 de M. Julien Odoul

M. Christophe Bentz (RN). Le présent amendement vise à donner une portée réelle au principe de collégialité prévu par le texte, en évitant qu'il ne se réduise à une simple formalité consultative.

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

Amendement AS244 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). La motivation de la décision doit permettre un contrôle réel et effectif du respect des garanties, en particulier l'exigence fondamentale qu'est la volonté libre et éclairée. Or, faute d'exigence explicite, la motivation pourrait se limiter à une formulation générale, insuffisamment informative pour l'évaluation *a posteriori* ou pour prévenir les contestations.

La motivation doit comporter expressément les éléments ayant conduit à établir que la volonté de la personne est libre et éclairée. Cette précision contribue à l'harmonisation des pratiques, à la traçabilité de l'appréciation et à la sécurité juridique des décisions. Elle renforce également la confiance dans le dispositif, en montrant que l'évaluation du consentement relève, non pas d'une simple formalité, mais d'un examen substantiel.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Avis défavorable.

La loi ne hiérarchise pas les critères, qu'elle considère d'une importance égale. Le médecin précisera dans sa décision motivée que les critères cumulatifs ont été respectés dans leur ensemble. Il ne fera pas une place à part à la volonté libre et éclairée, critère auquel vous donnez la primauté.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS79 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Afin de garantir la transparence de la décision, nous proposons qu'un compte rendu des débats du collège pluriprofessionnel soit communiqué à la personne demandant une aide à mourir et, le cas échéant, à la personne chargée de sa mesure de protection juridique. Son anonymisation laisserait toute liberté dans les débats.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Le fait que le médecin motive sa décision me paraît suffisant et plus utile qu'un compte rendu. L'article 11 prévoit que chaque acte mentionné au chapitre de la procédure est enregistré par les professionnels concernés

dans un système d'information. Parmi les informations à retenir, que détaillait l'étude d'impact sur le projet de loi de 2024, figuraient la décision du médecin et les avis. Le décret prévu à l'article 13 devrait détailler ces éléments, à n'en pas douter.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS137 de Mme Karen Erodi

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). À travers cet amendement, nous soulevons une question de principe : la loi doit-elle être un outil d'humanité ou un instrument de torture bureaucratique ? L'émancipation face à la mort ne peut être contrainte par un calendrier administratif. Ce texte impose un délai de réflexion qui, pour ceux dont le pronostic est engagé à court terme, n'est pas une précaution mais une condamnation à une agonie accompagnée de douleurs réfractaires. C'est une violence infligée à des patients qui demandent la paix. Pourquoi exiger une patience héroïque quand chaque seconde est une offense à la dignité de la personne ? Nous refusons cette vision froide. Le patient n'est pas un dossier mais un être souverain dont la souffrance ici ne connaît pas de trêve. La loi n'a pas à faire du calendrier un bourreau. L'urgence de la douleur doit primer la rigidité dans l'application des règles. Revenons à la rédaction initiale du texte et permettons au médecin d'abréger ce délai, s'il estime que cela est de nature à préserver la dignité de la personne telle qu'elle la conçoit.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Nous n'avons pas souhaité imposer un délai minimum au médecin pour rendre sa décision, de telle sorte que l'urgence pourra commander la tenue rapide de la réunion du collège puis une décision dans les meilleurs délais. Dans la mesure où il nous appartient de concilier temps nécessaire pour s'assurer de la confirmation de la volonté de la personne et célérité de la procédure au regard de certaines situations, la rédaction actuelle me semble équilibrée.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (DR). Une fois n'est pas coutume, monsieur le rapporteur général, nous sommes sur la même ligne. N'ouvrions pas la possibilité d'abréger ce délai d'autant que certaines autres procédures nous paraissent expéditives, comme le délai de réflexion de deux jours laissé au patient.

Par ailleurs, je ne puis suivre Mme Erodi quand elle laisse entendre que le patient perdrait sa dignité. Pour moi, chaque personne, quelles que soient ses fragilités et ses vulnérabilités, conserve sa dignité, malgré tout ce qu'elle peut endurer.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS541 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). Nous proposons de compléter comme suite l'alinéa 13 : « À compter de la notification, rien ne doit venir interrompre la réflexion autonome de la personne. Il incombe à elle seule de signifier au médecin si elle souhaite poursuivre la procédure. ». En première lecture, vous aviez insisté, monsieur le rapporteur général, sur le fait que la demande devait être de l'initiative de la personne et d'elle seule. Personne ne doit interférer. Écrivons-le pour plus de clarté.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Votre amendement est satisfait : « la personne confirme au médecin qu'elle demande l'administration de la substance létale » est-il précisé à l'alinéa 14. C'est elle et personne d'autre.

M. Yannick Monnet (GDR). Monsieur Bazin, avec votre rédaction, quelqu'un qui souhaiterait dissuader la personne ne pourrait pas le faire.

M. Thibault Bazin (DR). Dans l'esprit du législateur que je m'efforce d'être, j'avais plutôt en tête le médecin, seule personne à être au courant, mais je vais réfléchir aux pressions extérieures que vous évoquez, monsieur Monnet.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS542 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). Il s'agit d'ouvrir la possibilité à la personne chargée de la mesure de protection de contester la décision du médecin devant le juge des tutelles mais sans imposer une procédure expéditive, comme le prévoit l'alinéa 3 de l'article 12 avec deux jours pour déposer le recours et deux jours laissés au juge pour se prononcer. Ces délais ne me semblent pas de nature à assurer l'effectivité du droit au recours.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je pense exactement l'inverse.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS250 de Mme Justine Gruet

Mme Josiane Corneloup (DR). Afin de renforcer l'accompagnement et la transparence, il s'agit de prévoir, sauf opposition expresse du patient, une notification à la personne de confiance, dont la mission est précisément d'accompagner la personne dans ses décisions médicales. Cela n'affecte pas l'autonomie du patient et favorise une meilleure compréhension et un soutien effectif.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Nous nous sommes déjà exprimés sur l'intervention de la personne de confiance dans la procédure. Toute personne ayant accès à l'aide à mourir aura fait l'objet d'une évaluation du caractère libre et éclairé de sa volonté. Elle pourra décider elle-même de communiquer ou non ces informations, comme c'est le cas pour toute information à caractère médical.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS292 de Mme Justine Gruet

Mme Josiane Corneloup (DR). Cet amendement vise à tirer toutes les conséquences juridiques de l'instauration d'un contrôle *a priori*, en affirmant clairement que le respect de ce contrôle constitue une condition essentielle d'appartenance au régime légal de l'assistance médicale à mourir. Rappelons que des contrôles *a priori* sont déjà prévus pour les dons d'organe, l'hospitalisation sans consentement ou la mise sous protection juridique.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Cet ajout est superfétatoire. L'article 2 énonce que le droit à l'aide à mourir, dans les conditions fixées par le présent texte, est autorisé par la loi. L'article 15 définit dans quelles conditions s'effectue le contrôle *a posteriori* qu'exerce une commission de contrôle et d'évaluation et prévoit des conséquences ordinaires ou pénales. Enfin, l'utilisation, en dehors du cadre du droit à l'aide à mourir, de la substance létale serait d'ores et déjà couvert par le droit pénal, sans qu'il soit utile d'entrer dans le détail que vous proposez.

M. Patrick Hetzel (DR). L'objectif de cet amendement est de renforcer la sécurité juridique en revenant sur les ambiguïtés du texte. Nous prenons aussi en compte les conséquences qu'elles pourraient avoir sur les professionnels de santé amenés à prendre ces décisions et pensons à leur propre protection.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS385 de Mme Marie-France Lorho, amendements identiques AS13 de M. Fabien Di Filippo, AS427 de Mme Christine Loir et AS458 de Mme Sandrine Dogor-Such, amendement AS341 de M. Matthias Renault, amendements identiques AS405 de Mme Lisette Pollet et AS476 de M. Yannick Neuder, amendement AS207 de Mme Marine Hamelet (discussion commune)

M. Eddy Casterman (RN). Laisser un délai de seulement deux jours de réflexion à la personne avant un acte aussi irréversible que l'euthanasie pose un problème éthique majeur. Deux jours, c'est à peine le temps d'un week-end. Ce n'est pas le temps de l'apaisement, du recul, ni d'une décision pleinement mûrie. Partout où l'aide à mourir est encadrée, les législations reconnaissent une réalité simple : la demande de mort peut être liée à une détresse passagère, à une douleur mal contrôlée, à la peur, à la solitude. Or, ces états sont susceptibles d'évoluer rapidement avec un meilleur accompagnement médical, psychologique ou familial. Un délai trop court risque de transformer une vulnérabilité temporaire en décision définitive.

Allonger ce délai à trente jours, comme nous le demandons dans notre amendement AS385, ce n'est pas nier l'autonomie du patient, c'est au contraire la protéger, c'est garantir que la décision soit constante, réfléchie et non pas dictée par un moment de désespoir ou par des influences extérieures. C'est aussi laisser le temps d'explorer toutes les alternatives : soins palliatifs, prise en charge de la douleur, soutien mental. Quand l'issue est irréversible, la prudence n'est pas un obstacle à la liberté, elle en est la condition.

Mme Sylvie Bonnet (DR). Avec ce délai de deux jours, il sera plus rapide pour un patient d'avoir accès à un médecin pour demander une aide à mourir que pour être soigné. Cela traduit une méconnaissance de l'ambivalence du désir de mort et empêche d'identifier les facteurs traitables qui l'influencent. En Oregon, le délai de réflexion requis avant de procéder au suicide assisté est d'au moins quinze jours, durée que nous avons retenue dans notre amendement AS13. Il est même plus long en pratique et 40 % des patients ayant retiré la solution mortelle en pharmacie ne l'ingèrent finalement pas. Il est également important de souligner que les médicaments antidépresseurs ne sont généralement pas actifs avant trois semaines.

M. Christophe Bentz (RN). Nous considérons nous aussi que ce délai laissé à la personne pour confirmer une demande de mort provoquée est beaucoup trop réduit. Il doit être suffisamment long pour lui donner un véritable temps de réflexion et lui permettre

éventuellement de revenir sur cette décision grave. Nous proposons donc de la porter à quinze jours dans notre amendement AS427.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Il faut pouvoir respecter le temps humain de la décision. Deux jours ne suffisent pas. Porter ce délai à quinze jours ne supprime aucun droit, cela garantit simplement que la décision est réfléchie, stable et libre. Prendre du temps n'est pas une entrave, c'est une protection. Les demandes formulées en fin de vie sont connues pour fluctuer, notamment en fonction des douleurs, des angoisses et du contexte.

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS341 est défendu.

M. Patrick Hetzel (DR). L'amendement AS476 est défendu.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Les conditions d'accès à l'aide à mourir définies à l'article 2 prévoient que la personne doit être en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable. Cela implique d'assurer une célérité dans la procédure. Le dépôt d'une demande d'aide à mourir comme les quinze jours d'instruction par le médecin sont d'ores et déjà des périodes propices à la réflexion. L'allongement de ce délai risquerait de porter sensiblement atteinte à l'effectivité du droit. Je suis également opposée à sa réduction, car il importe de préserver un moment de réflexion pour la personne. Nous nous situons une fois encore à un point d'équilibre que je tente de nous faire tenir.

Avis défavorable sur l'ensemble de ces amendements.

M. René Pilato (LFI-NFP). Revenons au texte. L'alinéa 14 prévoit un « un délai de réflexion d'au moins deux jours » : la personne pourra donc prendre plus que deux jours. Tous vos amendements sont satisfaits.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Revenons aussi à la situation des personnes. Avant de formuler une demande d'aide à mourir, ne pensez-vous pas que la personne y a mûrement réfléchi et qu'au moment même où elle en fait la demande, elle a déjà cheminé ? Elle n'agit pas sur un coup de tête.

Il y a ensuite le temps d'organiser la procédure collégiale, par laquelle est réuni un collège pluriprofessionnel qui lui-même prend le temps de rendre une décision. Une fois cette décision connue, le médecin dispose de quinze jours au maximum pour émettre un avis. Enfin, un délai de deux jours au moins est laissé à la personne pour confirmer sa demande. Elle peut ensuite revenir à tout moment sur sa décision et renoncer jusqu'au dernier instant. Cessons de dire qu'il y a précipitation. Ces délais me paraissent déjà bien longs au regard de la situation des personnes concernées. Leur détresse nécessite de la réactivité.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). J'irai dans le même sens. Replaçons-nous dans la situation d'une personne en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable : elle a déjà mûri sa réflexion, face à l'évolution de sa maladie qui l'expose à une mort précoce. La procédure est encadrée, il n'y a nulle précipitation. Nous ne pouvons pas perdre de temps alors que ces personnes n'en ont plus devant elles.

M. Patrick Hetzel (DR). Deux visions s'opposent : dans l'une, la temporalité est fixe ; dans l'autre, les choix peuvent fluctuer.

En Oregon, il a été décidé de laisser un délai de réflexion de quinze jours afin de prendre en considération les fluctuations de la demande. Je mets en garde contre la précipitation qui empêcherait d'entendre et d'accueillir avec bienveillance une demande.

M. Yannick Monnet (GDR). Vos amendements – qu'il faut bien qualifier de repli puisque vous êtes contre l'aide à mourir – n'ont aucun fondement scientifique. Vous proposez un délai fixé au doigt mouillé – c'est inquiétant – tandis que celui du texte fait partie d'un processus intelligible, argumenté et sérieux.

La comparaison avec d'autres États n'a pas de sens puisqu'elle porte sur un élément pris isolément, sans considération de l'ensemble dans lequel il s'inscrit. En l'occurrence, le texte proposé est cohérent et équilibré.

M. Christophe Bentz (RN). Oui, deux jours, c'est beaucoup trop court pour une demande de suicide. Nous y voyons une certaine précipitation.

Non, cher collègue Pilato, nos amendements, qui visent à étendre de deux à trente jours le délai de réflexion, ne sont pas satisfaits par la rédaction actuelle indiquant « d'au moins deux jours ».

Vous mettez également en avant le droit d'interrompre la procédure à tout moment. Mais pour qu'il s'applique lors de la période de réflexion, le délai imparti doit être suffisant.

M. Thibault Bazin (DR). Dans toutes les décisions sur des actes médicaux qui présentent des risques importants, des délais de réflexion sont octroyés, qui peuvent parfois atteindre plusieurs mois.

Dans le cas de la fin de vie, la question de la fluctuation de la demande se pose avec une acuité particulière. Une étude a ainsi montré que parmi les personnes entrées en soins palliatifs, 3 % demandaient à mourir ; sept jours plus tard, elles n'étaient plus que 0,3 %.

La durée de deux jours est trop courte. Il n'est pas illégitime de s'interroger sur le délai tant la fluctuation de la demande est inhérente au processus de l'aide à mourir.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). La personne peut changer d'avis une fois qu'elle a fait la demande, et ce jusqu'au bout. C'est tout l'intérêt du texte.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS543 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). L'amendement est identique aux précédents – AS13, AS427 et AS458 –, si ce n'est que le délai est exprimé en semaines et non en jours.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Même réponse que précédemment.

M. Yannick Monnet (GDR). J'ai lu l'étude citée par M. Bazin et elle m'a bouleversé. Toutefois, la réponse aux questions qu'elle soulève ne se trouve pas dans ce texte mais dans l'autre ; en effet, elle consiste moins à limiter l'accès à l'aide à mourir qu'à développer les soins palliatifs.

M. Yannick Neuder (DR). Pour apprécier la durée pertinente, il est important de lier le délai de rétractation au mode de décision. Nombre de décisions médicales complexes sont collégiales. Ainsi, pour l'installation d'une valve cardiaque sur un sujet âgé, trois avis sont nécessaires – cardiologue, anesthésiste, gériatre – et le délai de rétraction est de sept jours. N'y a-t-il pas un déséquilibre avec l'aide à mourir, qui requiert un seul avis et un délai de deux jours ? Soyons cohérents dans le message que nous adressons à la communauté médicale et paramédicale ainsi qu'aux patients.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS682 de Mme Audrey Abadie-Amiel et AS447 de Mme Christine Loir ; amendement AS450 de Mme Christine Loir (discussion commune)

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Il s'agit d'un amendement rédactionnel, adopté en commission par le Sénat, qui vise à lever toute ambiguïté sur le droit à renoncer dont jouit la personne à l'issue du délai de réflexion. L'emploi du présent de l'indicatif pouvait laisser entendre que la personne était contrainte de confirmer sa demande, ce qui n'est pas le cas.

La rédaction de l'amendement AS450 de Mme Loir n'est pas souhaitable.

M. Christophe Bentz (RN). Ce n'est toujours pas un amendement rédactionnel, madame la rapporteure. Néanmoins, pour la première fois, nous sommes d'accord. L'emploi du présent donne à la confirmation une portée impérative, qui nous dérange. En écrivant : « peut confirmer », on laisse la faculté à la personne de le faire ou pas.

La commission adopte les amendements identiques.

En conséquence, l'amendement AS450 tombe.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS208 de Mme Marine Hamelet.

Amendement AS459 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement a pour objet de restreindre le dispositif à la toute fin de vie. Le délai de trois mois avant une nouvelle évaluation par le médecin est incompatible avec la situation d'une personne en train de mourir. Il ouvre la possibilité d'un geste létal alors que l'état médical peut encore évoluer.

Il est donc proposé de ramener le délai à un mois afin de viser les seules situations de fin de vie imminente. Pour un acte aussi grave, le critère de la temporalité doit être exigeant et protecteur.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Le délai de trois mois est une bonne conciliation entre le délai de réflexion laissé au demandeur et les éventuelles évolutions de son état.

Par ailleurs, je m'étonne que vous souhaitiez réduire le délai de confirmation alors que vous souhaitiez étendre le délai de réflexion afin de laisser plus de temps à la personne.

En tout état de cause, en vertu de l'article 10, le médecin peut mettre fin à la procédure si les conditions prévues à l'article 2 « cessent d'être remplies » postérieurement à sa décision.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS160 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 AS544 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). L'amendement vise à préciser qu'en l'absence de confirmation à l'issue du délai de trois mois, il est mis fin à la procédure. En effet, les circonstances et les conditions peuvent ensuite changer – je pense notamment au caractère libre et éclairé du consentement.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Votre amendement me semble superflu. En effet, l'alinéa est très clair : il revient au médecin de réévaluer le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté quand la confirmation intervient après trois mois ; pour ce faire, il peut mettre une nouvelle fois en œuvre la procédure prévue à l'article 6. Par ailleurs, nous avons amélioré et clarifié l'alinéa au cours de la première lecture.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Votre amendement risque de produire l'effet inverse de celui que vous recherchez en précipitant le recours à l'aide à mourir.

S'il est mis fin à la procédure au terme des trois mois, la personne sera obligée de recommencer tout le processus. Le raccourcissement du délai pourrait pousser à agir plus vite que ce qu'elles auraient voulu les personnes qui avaient décidé de prendre leur temps et de recourir à l'aide à mourir au moment qu'elles jugeaient le plus opportun.

M. Thibault Bazin (DR). Je pensais qu'au terme des trois mois, le médecin devait reprendre la procédure en suivant les mêmes étapes. Cela ne semble pas être le cas. Il faut lever cette ambiguïté.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle rejette l'amendement AS642 de M. Christophe Bentz.

Amendement AS428 de Mme Christine Loir

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). En l'état du texte, lorsque la demande n'est pas confirmée dans un délai de trois mois, la concertation interprofessionnelle préalable à la décision d'aide à mourir peut ne pas être renouvelée, sans que les critères guidant une telle décision soient clairement définis.

L'amendement ne remet pas en cause l'appréciation médicale. Il précise que la décision de ne pas réunir de nouveau le collège doit être fondée sur l'évolution, qui peut être

significative, de la situation médicale de la personne concernée, et non sur des considérations de délai ou de convenance personnelle.

Cette précision prémunit contre les automatismes procéduraux et rappelle que l'évaluation doit reposer sur des faits médicaux actualisés. Pour un acte si grave et irréversible, on ne peut pas se contenter de décisions figées ou reconduites par défaut. La prudence exige une appréciation dynamique, au cas par cas.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Au-delà des éléments de réponse que j'ai déjà donnés, il est évident que les mots « si besoin » font référence à la situation médicale de la personne constatée par le médecin. Votre amendement me semble donc superflu.

La commission rejette l'amendement.

L'amendement AS342 de M. Matthias Renault est retiré.

Amendement AS247 Mme Justine Gruet

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

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

Amendement AS248 Mme Justine Gruet

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 AS643 de M. Christophe Bentz.

Amendement AS343 de M. Matthias Renault

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

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

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS683 de Mme Audrey Abadie-Amiel.

Amendement AS488 de Mme Danielle Simonnet

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). L'amendement ouvre la possibilité qu'un tiers administre la substance létale, à la place de la personne demanduse de l'aide à mourir. Contrairement à la première lecture, il n'est pas question d'un proche mais d'un personnel médical.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. L'équilibre de la proposition de loi est fondé sur l'autonomie de la personne désirant mourir. L'auto-administration de la substance létale en est l'une des manifestations qu'il convient de préserver.

Il est important de rappeler aussi que quel que soit le mode d'administration retenu, le malade sera accompagné jusqu'au bout. Le patient ne sera jamais laissé seul jusqu'au geste ultime.

Il est nécessaire de conserver l'équilibre qui a été trouvé en première lecture.

Avis défavorable.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Je suis très déçue par votre avis. À ce moment-là, on peut avoir envie de faire d'autres gestes que de s'administrer la substance létale. Le fait de demander à un médecin de le faire à sa place, alors que toutes les étapes précédentes ont été franchies – la volonté notamment a été vérifiée de mille et une manières jusqu'au dernier moment – est aussi un moyen de rendre le départ plus léger. C'est important.

M. Nicolas Turquois (Dem). Indépendamment du fond, la forme pose problème. La rédaction proposée introduit une redondance susceptible de créer un doute.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS429 de Mme Christine Loir

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement ne remet pas en cause la compétence ni l'engagement des infirmiers. Au contraire, il témoigne d'un profond respect pour leur métier.

Depuis des années, et plus encore depuis la crise du covid, les infirmiers voient leurs missions élargies et leurs responsabilités accrues, sans que les moyens ou la reconnaissance suivent toujours. Ils sont en première ligne du soin, de l'accompagnement, de la relation humaine.

En autorisant les infirmiers à administrer une substance létale, on leur fait porter une charge morale et psychologique considérable – cela n'a rien de comparable avec un acte de soins classique. On risque aussi de banaliser un geste qui ne doit jamais l'être et d'accentuer la crise des vocations dans une profession déjà fragilisée.

L'amendement vise donc à poser une limite claire, non pas par défiance, mais par souci de protéger les infirmiers et de préserver le sens de leur mission. Sinon on accepte de demander toujours plus à ceux qui tiennent déjà notre système de santé à bout de bras.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Les infirmiers comme les médecins bénéficieront d'une clause de conscience. Je ne vois pas pourquoi ceux qui le souhaitent seraient empêchés d'accomplir le geste nécessaire dans le cadre de l'aide à mourir.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS196 de Mme Annie Vidal et AS430 de Mme Christine Loir

Mme Annie Vidal (EPR). Il s'agit de remplacer le terme « accompagner » par celui d'« assister ». Dans la période de fin de vie, l'accompagnement renvoie davantage aux soins palliatifs. Il vise à offrir à la personne concernée un soutien social et humain complémentaire aux soins et traitements.

En revanche, le terme « assister » correspond davantage au rôle de l'infirmier dans la procédure prévue par cette proposition de loi : il se tient aux côtés du patient pour le seconder.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement AS430 est défendu.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Il n'est pas possible de réduire le rôle du médecin ou de l'infirmier à une assistance technique. En effet, il est chargé de vérifier que la personne confirme qu'elle veut procéder à l'administration ; il assure la surveillance de l'administration, la prépare ou l'administre le cas échéant.

L'emploi du verbe « accompagner » tout au long du texte me semble ainsi caractériser le rôle du médecin ou de l'infirmier, rôle qu'il peut aussi jouer auprès des proches.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS155 de Mme Marie-France Lorho

M. Christophe Bentz (RN). Nous sommes très opposés à tout recours à la téléconsultation tout au long de la procédure de l'aide à mourir. L'amendement vise donc à l'interdire.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. L'article 5 proscrit l'utilisation de la téléconsultation pour présenter ou confirmer une demande. De même, les sociétés de téléconsultation ne peuvent intervenir dans la procédure. Enfin, nous avons suffisamment encadré l'utilisation de la téléconsultation pour que votre amendement ne soit pas nécessaire.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS431 de Mme Christine Loir

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement tend à poser un principe simple mais fondamental : nul ne doit être contraint de prendre part à un acte qui heurte sa conscience.

La préparation de substances létales n'est pas un acte pharmaceutique ordinaire. Elle engage directement la responsabilité morale et éthique du pharmacien. Or, en l'état du texte, rien ne garantit le volontariat de ces professionnels. Ce flou est préoccupant car il risque de créer pour eux des obligations implicites, voire des pressions.

L'introduction de la notion de volontariat ne bloque pas le dispositif. Elle permet de consacrer la liberté de conscience de tous les professionnels de santé impliqués. Elle protège aussi le dispositif dans la mesure où la contrainte est un facteur de fragilité.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Le texte ne prévoit pas de clause de conscience pour les pharmaciens, considérant qu'ils n'interviennent pas directement dans l'aide à mourir, c'est-à-dire la conduite de la procédure et l'accompagnement de la personne.

Je rappelle que lors de son audition, l'Ordre des pharmaciens n'a pas réclamé de clause de conscience. Par ailleurs, je ne suis pas favorable au principe de volontariat pour les pharmaciens.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS684 de Mme Audrey Abadie-Amiel

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Afin d'éviter toute rupture dans la communication entre les acteurs, le médecin ou l'infirmier est informé de l'envoi de la prescription à la pharmacie mais également de l'établissement choisi.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). La rédaction laisse penser que le médecin en charge de la procédure va désigner un autre médecin que lui pour accompagner la personne. Je ne pense pas que telle soit votre intention.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Nous retirons l'amendement pour le retravailler.

L'amendement est retiré.

Amendement AS251 Mme Justine Gruet

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

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

Puis elle adopte l'article 6 modifié.

Article 7 : Détermination de la date d'administration de la substance létale et droits de la personne

Amendements de suppression AS56 de M. Patrick Hetzel et AS320 de M. Thibault Bazin

M. Patrick Hetzel (DR). L'article 7 pose plusieurs problèmes. Le premier concerne les modalités de fixation d'une date pour l'administration de la substance létale.

Ensuite, l'alinéa 5 autorise la présence des proches lors du suicide assisté. Une étude menée en Suisse montre que c'est une source de traumatismes. Il faut donc être très prudent en la matière. L'article 7 mérite un travail plus approfondi.

M. Thibault Bazin (DR). Les alinéas 2, 4 et 5 appellent de ma part des questions.

S'agissant de la date, on sait que la demande peut fluctuer d'un jour à l'autre. Le fait de fixer une date ne peut-il pas priver la personne de la liberté de changer d'avis ?

En ce qui concerne le lieu, le choix est-il suffisamment encadré ? En première lecture, les voies et espaces publics ont été exclus, mais qu'en est-il pour certains lieux symboliques ?

Enfin, on doit s'interroger sur l'impact de l'acte pour les personnes qui y assistent sachant qu'elles continuent de vivre ensuite. Leur présence ne risque-t-elle pas de provoquer chez elles des dépressions et des stress post-traumatiques qu'il convient de prévenir ? Un décès est toujours traumatisant, même dans des circonstances normales.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. L'article 7 détermine les modalités selon lesquelles la personne ayant recours à l'aide à mourir choisit la date, le lieu et les personnes qui l'entoureront. Cet article est fondamental pour rendre effectif le droit à l'aide à mourir. On peut effectivement débattre de certains points que vous évoquez, mais il n'est pas envisageable de le supprimer.

Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette successivement les amendements AS460 de Mme Sandrine Dogor-Such et AS195 de Mme Annie Vidal.

Amendement AS132 de Mme Karen Erodi

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). La souveraineté du patient sur son propre départ ne doit pas être soumise aux contraintes d'un planning administratif. Le texte actuel reste flou sur le moment précis du dernier souffle. En ne prévoyant que la date, on risque d'enfermer les patients dans une attente longue et angoissante, transformant leur ultime journée en un compte à rebours incertain. Une personne en fin de vie n'est pas un usager que l'on traite entre deux rendez-vous. Elle est une personne avec des droits, une dignité, et elle doit pouvoir organiser ses adieux en toute quiétude. Convenir de l'heure en concertation avec les soignants, c'est respecter le libre arbitre jusqu'au bout ; connaître l'instant, c'est permettre aux proches de se préparer, d'éviter que la mort soit une fatalité subie, un ultime au revoir manqué. Collègues, replaçons le choix souverain de l'être humain au cœur de cette loi.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Vous souhaitez déterminer en avance l'heure, en plus de la date. Il est évident que la personne et le professionnel de santé conviendront d'un moment précis, comme pour n'importe quel rendez-vous, sans qu'il soit nécessaire de le préciser dans la loi. Au contraire, la formulation « si elle le souhaite » laisse penser qu'il pourrait en être autrement. Ce n'est sans doute pas l'objectif visé.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS254 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement était censé assurer la coordination avec l'article 6 dans l'hypothèse où le contrôle *a priori* aurait été adopté. Son rejet témoigne de la teneur de nos débats. Depuis ce matin, nous ne sommes pas parvenus à engager une véritable réflexion éthique sur les enjeux de ce texte. Vous avez beau dire que c'est la troisième lecture, je répète qu'il n'y a pas de consensus, pas de quasi-unanimité, et que nous devons nous interroger vis-à-vis des professionnels de santé qui seront impliqués dans l'application de ce droit nouveau. Nous devons poser le cadre le plus sécurisant et le plus protecteur possible pour les personnes vulnérables. Nous ne comprenons pas qu'il n'y ait pas de contrôle *a priori* alors que celui-ci existe déjà pour d'autres démarches, comme l'hospitalisation sans consentement ou la mise sous protection juridique.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. L'amendement est satisfait par la procédure déterminée dans le texte. Le choix de la date par la personne ne peut être effectué qu'avec le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner. Or la désignation de ce médecin ou infirmier

n'intervient qu'après qu'un premier médecin a validé la demande d'aide à mourir et après que la personne a confirmé sa volonté de recourir à la procédure. Les craintes que vous exprimez dans l'exposé sommaire sont donc infondées.

Mme Annie Vidal (EPR). J'entends vos arguments, monsieur le rapporteur, mais ce n'est pas parce qu'il y a des étapes dans la procédure qu'il y a un contrôle *a priori*, c'est-à-dire une validation de l'acte dans son ensemble. Cela me semble primordial pour sécuriser la procédure. Nous devrions avoir un débat de fond sur le contrôle *a priori*. Si nous ne pouvons pas l'avoir ici, j'espère que nous l'aurons en séance. En attendant, je soutiendrai l'amendement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS163 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 AS58 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Le code de la santé publique prévoit déjà un cas dans lequel l'avis d'un juge est requis avant l'intervention pour s'assurer que la décision de la personne est libre et éclairée : il s'agit du don d'organe de son vivant, plus particulièrement dans le cas d'un don intrafamilial. On peut donc envisager que le médecin, s'il a un doute sur le caractère libre et éclairé de la décision du patient, fasse un signalement au juge, lequel disposera d'un délai extrêmement court pour prendre sa décision, comme c'est le cas pour le don d'organes. Nous proposons, non pas de créer, mais de transposer une garantie qui existe déjà dans la loi pour protéger les personnes.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous avons déjà eu ce débat en première lecture. Je le répète, il s'agit ici d'une évaluation purement médicale, et non judiciaire, comme vous le souhaitez. Le texte est clair : « si la date retenue est postérieure de plus de trois mois à la notification de la décision [...], le médecin [...] évalue à nouveau, à l'approche de cette date, le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté de la personne » selon les modalités prévues au IV de l'article 6. En cas de doute, il recourra à la procédure collégiale définie au II du même article.

Avis défavorable.

M. Jean-François Rousset (EPR). Admettons que l'on accepte l'évaluation par un juge. Si celui-ci décide que la procédure n'a pas été respectée et s'oppose à la réalisation de l'acte alors que l'indication médicale humaine est reconnue, quelle situation va-t-on créer pour ce malade qui attend une solution médicale ? Le juge ne se prononcera jamais sur la décision médicale ni sur l'opportunité du geste. Nous risquons donc de nous retrouver avec un malade qui a besoin d'être assisté dans sa fin de vie et avec un juge qui, parce qu'il fait son métier, refuse que l'acte soit réalisé en raison d'un défaut de procédure.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS568 de M. Julien Odoul

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

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

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS691 de M. Stéphane Delautrette.

Amendement AS299 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement vise à limiter les lieux dans lesquels l'aide à mourir peut être pratiquée, non par volonté de restreindre l'accès à ce dispositif, mais pour interdire sa réalisation dans l'ensemble des établissements recevant du public, à l'exception des hôpitaux et des établissements médico-sociaux. La rédaction actuelle est particulièrement large. Elle est susceptible d'englober de nombreux établissements ouverts au public tels que les hôtels, les restaurants, les lieux culturels, les établissements scolaires, les commerces et les lieux de culte qui, à mon sens, ne sont ni adaptés ni légitimes pour accueillir un acte aussi grave et singulier. Cela constitue un risque d'atteinte à l'ordre public, de banalisation de l'acte et d'exposition involontaire à des tiers. Il est important de résERVER ce droit nouveau à des lieux spécifiquement habilités à en garantir les conditions éthiques, médicales et humaines.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous sommes tous d'accord pour dire que tous les lieux ne se prêtent pas à l'aide à mourir et personne n'aurait l'idée de la pratiquer dans un restaurant scolaire, une salle de classe ou une cour d'école. Néanmoins, il faut être prudent : si nous faisons figurer une telle énumération dans le texte, nous risquons d'arriver à un niveau de précision qui n'aura plus de sens. C'est le rôle du médecin ou de l'infirmier qui accompagne la personne que de déterminer si le lieu qu'elle propose est adapté pour pratiquer l'acte. Je rappelle que nous parlons de personnes en fin de vie qui, pour la plupart, privilégieront le lieu où est délivré le soin ou leur domicile.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Ce que vous dites est ahurissant, monsieur le rapporteur. Vous donnez un rôle bien important au médecin en lui permettant de déterminer si le lieu est approprié ou non ! Je pense, moi, que c'est notre rôle de législateur que de poser un cadre. Je ne demande rien d'exceptionnel. Je souhaite seulement que l'acte ne puisse pas être réalisé dans les établissements recevant du public qui n'ont pas vocation à accompagner des patients, quels qu'ils soient. La rédaction actuelle est trop évasive et ne donne pas aux médecins les moyens de répondre aux demandes des patients tout en respectant les conditions de bonne mise en œuvre de ce nouveau droit.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS133 de M. Patrick Hetzel et AS376 de Mme Marie-France Lorho

M. Patrick Hetzel (DR). À travers cet amendement, je voudrais à nouveau aborder la question sensible de la liberté de conscience collective de certains établissements. Vous avez dit, monsieur le rapporteur général, que les murs n'avaient pas de conscience, mais la question peut tout de même se poser au regard du caractère propre de certains établissements, notamment pour les établissements confessionnels. Elle peut aussi se poser au regard de l'harmonie d'une communauté de résidents qui peuvent être attachés à une certaine bienveillance par rapport à la vie. Que va-t-il se passer pour ces établissements ? Certains

d'entre eux nous ont dit très clairement que la loi était totalement antinomique avec leur vision et qu'ils souhaitaient continuer à pratiquer comme avant. La question est donc tout sauf anodine car le respect du caractère propre des établissements est reconnu aussi bien par les règles du droit européen que par celles du droit international.

M. Christophe Bentz (RN). Nous avons été saisis par plusieurs organisations qui s'inquiètent légitimement des conséquences du texte. De nombreux établissements privés, qu'ils soient confessionnels ou non, prennent en charge et accompagnent des patients. Si ces amendements n'étaient pas adoptés, concrètement, ces structures fermeront, et cela agravera la situation problématique de l'accès aux soins.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Monsieur Bentz, vous êtes souvent rigoureux, mais l'argument selon lequel les établissements fermeraient en l'absence de clause de conscience collective ne tient pas une seconde. Les murs n'ont pas de conscience, mais chaque être humain en a une. En introduisant la notion de clause de conscience collective, vous changez la définition même de la clause de conscience, qui est individuelle. Le texte n'empêche en aucun cas un établissement dont tout le personnel aurait fait valoir sa clause de conscience individuelle de ne pas pratiquer l'aide à mourir. Dans un établissement où l'harmonie dont vous parlez existe de manière évidente, chaque membre du personnel de l'établissement fera valoir sa clause de conscience personnelle. Je m'oppose fondamentalement à l'idée d'une clause de conscience collective. Elle n'a pas de sens et je ne vois pas pourquoi son absence entraînerait la fermeture de l'établissement.

M. le président Frédéric Valletoux. On imagine la brèche que cela ouvrirait. Ce genre de débat peut aller très loin.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Comme l'a très bien dit M. le rapporteur général, la clause de conscience est absolument individuelle. Un établissement est une structure juridique et administrative qui, par essence, ne peut avoir de conscience. La clause de conscience collective ouvrirait une brèche dans notre droit qui risque de nous emmener dans des contrées bien trop dangereuses.

Mme Justine Gruet (DR). Les murs n'ont peut-être pas de conscience, mais on ne demande pas aux murs de soigner. Or la promesse de soin est construite en équipe. Le soin n'est pas un problème individuel ; chaque professionnel est impliqué, à son échelle, dans la prise en charge globale du patient. Vous dites que le problème ne se posera pas car chaque personne pourra faire valoir sa clause de conscience au sein de l'établissement, mais vous permettez dans le même temps l'intervention de personnes extérieures à l'établissement, y compris quand le projet global de celui-ci indique que l'euthanasie est contraire à l'éthique du travail en équipe et à son projet de soins. Le respect va dans les deux sens : si un établissement est opposé à l'euthanasie dans ses murs parce qu'elle est contraire au projet global de l'équipe, ceux qui feront le choix de cet établissement sauront qu'ils ne pourront pas y avoir recours.

Mme Annie Vidal (EPR). Certes, les murs n'ont pas de conscience, mais les établissements ont un projet d'établissement et un projet de soins infirmiers. Nous savons que certains actes peuvent heurter ces projets.

Au-delà de l'amendement, je remarque que de nombreuses questions se posent encore autour du texte. Cela interroge sa cohérence et sa solidité. Je remarque aussi qu'il n'est possible d'ouvrir aucun débat. On ne peut que le regretter. Si la rédaction était aussi

cohérente, aussi solide et aussi sécurisée que vous le dites, monsieur le rapporteur général, nous ne tenterions pas d'ouvrir ces débats de fond qui me semblent nécessaires à l'équilibre du texte.

M. René Pilato (LFI-NFP). Notre collègue Hetzel parle de liberté de conscience collective. Ce concept est en totale contradiction avec la loi de 1905 qui garantit la liberté de conscience individuelle. Ce n'est pas une brèche que vous ouvrez, c'est un gouffre : en disant que les convictions collectives sont supérieures, vous remettez en cause le fait que chacun d'entre nous puisse avoir des convictions personnelles. C'est plus que dangereux ; il faut vous reprendre.

M. Christophe Bentz (RN). Chacun ici peut comprendre qu'un droit nouveau comme la pratique du suicide assisté ou délégué peut choquer un certain nombre de personnes qui travaillent pour des établissements de soins et heurter la sensibilité du personnel soignant, son éthique personnelle et collective. Ouvre-t-on une brèche ? Je ne le sais pas, mais nous assumons de vouloir limiter le nombre de lieux où sera pratiqué le suicide assisté ou délégué pour sanctuariser ces établissements dans le cas malheureux où cette loi serait votée.

M. Jean-François Rousset (EPR). Je suis assez âgé pour avoir connu l'époque où beaucoup d'établissements dans lesquels on pratiquait la chirurgie étaient tenus par des congrégations de religieuses. Ils pouvaient comporter aussi des services de gynécologie. Quand le problème des interruptions volontaires de grossesse (IVG) est apparu, les dirigeants de ces structures ont demandé aux chirurgiens s'ils voulaient pratiquer des IVG ; ceux qui ne le souhaitaient pas ont fait jouer leur clause de conscience. Cela n'a posé aucune difficulté. La chirurgie gynécologique était parfois la spécialité phare de l'établissement, mais il y a eu des discussions qui ont mené à des accords. Il n'y a pas eu de révolution.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je trouve ces amendements particulièrement insidieux et malsains. Ils visent à remettre en question l'application de ce droit nouveau en faisant peser une pression collective sur les individus. Or, dans un collectif, ce sont les plus actifs qui s'imposent. Comme l'a dit notre collègue Pilato, cela heurte le droit à la conscience individuelle. J'y suis fortement opposé.

M. Aurélien Rousseau (SOC). L'exposé sommaire des amendements est assez spacieux en droit. La Cour européenne des droits de l'homme s'est déjà prononcée sur le sujet, notamment dans le cas des établissements d'enseignement en Italie. Si l'on pousse jusqu'au bout le parallèle avec l'enseignement, il faudrait des établissements de santé non conventionnés ; cela n'existe pas, cela ne fonctionnerait pas. En outre, par symétrie, les amendements impliquent que la dynamique collective pourrait peser sur la conscience individuelle de chacun des soignants dans un établissement public. C'est un renversement de la logique actuelle, dans laquelle la déontologie des professionnels de santé repose sur le choix et la conscience individuelle des personnes. La brèche est là. Quand on voit les dérives qui existent dans l'enseignement privé, je ne crois pas que l'on veuille d'un système de santé dans lequel les règles et les lignes seraient fixées par une conscience d'établissement. Heureusement que les établissements de santé sont ouverts sur l'extérieur et sur la conscience de la République !

M. Patrick Hetzel (DR). Il faut rester mesuré dans la comparaison avec l'enseignement. En France, il existe un enseignement public, un enseignement privé sous contrat et un enseignement privé hors contrat ; les établissements privés sous contrat doivent respecter des règles, mais on ne peut pas nier leur caractère propre. Je suis d'accord pour dire

que le terme de liberté de conscience collective n'est pas approprié. Mais le projet de l'établissement relève de son caractère propre. Notre but est de protéger le caractère propre des établissements qui participent au service public hospitalier, notamment en contribuant à assurer les soins palliatifs.

M. Yannick Neuder (DR). Les établissements où l'aide active à mourir sera pratiquée devront-ils demander l'autorisation de l'agence régionale de santé (ARS), comme c'est le cas pour d'autres activités ? Si oui, ces établissements se verront-ils délivrer une certification ? Il me semble que le sujet n'a pas été abordé.

M. Eddy Casterman (RN). Il existe un fondement juridique à cette clause de conscience collective. Il se trouve à l'article L. 2212-8 du code de santé publique. M. Rousset a rappelé que la question s'était posée dans le cas des IVG. C'est cet article qui permet à un établissement de santé privé de refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux. Par souci de parallélisme juridique, l'amendement applique cette clause de conscience collective à l'euthanasie.

M. le président Frédéric Valletoux. Je remercie les orateurs qui se sont exprimés. Le sujet méritait qu'un débat ait lieu et que les arguments de chacun soient échangés.

La commission rejette les amendements.

Amendements AS391 et AS393 de M. Eddy Casterman

M. Eddy Casterman (RN). Le premier amendement pose une limite essentielle qui est à la fois éthique, médicale et symbolique. Les unités de soins palliatifs ont une mission claire, précieuse et profondément humaine, celle d'accompagner, de soulager et d'apaiser. Elles sont nées d'une conviction forte : on ne peut pas toujours guérir, mais on peut toujours prendre soin. Leur raison d'être est de combattre la douleur, la détresse, la solitude, jamais de provoquer délibérément la mort. Autoriser l'euthanasie ou le suicide assisté dans ces unités reviendrait à brouiller radicalement ces repères. Ce serait transformer un lieu identifié par les patients et leur famille comme un espace de protection, de réconfort et de confiance en un lieu où l'on pourrait aussi donner la mort. Cette confusion n'est pas théorique. Elle affecterait la relation de soin, la confiance envers les équipes et le sens même de l'engagement des soignants en soins palliatifs. Il s'agit de préserver la cohérence d'un modèle de soin fondé sur le soulagement sans intention de hâter la mort. Protéger les soins palliatifs, c'est protéger un refuge. Ne leur demandons pas autre chose que ce pour quoi ils existent, c'est-à-dire être un lieu pour vivre jusqu'au bout, accompagné et soulagé.

Le second amendement, lui, ne traite pas seulement d'un lieu, mais d'une limite que nous devons refuser de franchir, celle de la monétisation de la mort elle-même. Une chambre funéraire est un espace dédié à l'accueil d'un défunt, au soutien de ses proches et au temps du deuil. Y autoriser la pratique de l'euthanasie ou du suicide assisté n'est pas un simple ajustement logistique, c'est faire entrer l'acte de donner la mort dans une chaîne de prestations commerciales. Demain, que paiera-t-on dans une chambre funéraire ? Un lieu, un créneau, un accompagnement, une offre ? Le risque est évident : transformer un moment de gravité absolue en service intégré au parcours funéraire. Cette confusion entre soins, décision médicale et activité marchande est éthiquement dangereuse. Elle banalise l'acte et brouille les repères collectifs entre ce qui relève d'une part de l'accompagnement et d'autre part du commerce. Le législateur a aussi un rôle symbolique. Il doit dire que certains espaces ne peuvent pas devenir les supports d'une économie de la mort provoquée. La chambre funéraire

doit rester un lieu de respect pour les personnes décédées, pas l'antichambre d'un acte facturé. Cet amendement protège une frontière essentielle, celle qui sépare la dignité du défunt de toute logique marchande liée à l'acte de mourir.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Par l'amendement AS391, vous souhaitez interdire l'administration de la substance létale dans les services de soins palliatifs. Pourtant, chaque jour, des personnes meurent dans ces services – plus de la moitié des décès en France surviennent en structure hospitalière.

Je ne vois donc aucune raison pour laquelle l'aide à mourir ne pourrait pas être pratiquée dans ces services, dès lors que les soignants ne font pas jouer leur clause de conscience et souhaitent accompagner une personne demandeuse.

Plutôt que de nous concentrer sur les professionnels de santé, pensons à la personne qui satisferait les conditions restrictives fixées à l'article 2, serait hospitalisée en unité de soins palliatifs et demanderait l'aide à mourir. Lui demanderez-vous de quitter l'unité de soins palliatifs, alors qu'elle est en fin de vie et en souffrance ?

Avis défavorable.

Quant à l'amendement AS393, je peine à comprendre l'intention. Nous l'avons déjà précisé, la substance létale ne pourra pas être administrée sur les « voies et espaces publics ». Nous n'allons pas énumérer dans la loi l'ensemble des lieux où son administration sera interdite.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Monsieur le rapporteur, vous nous dites que puisque des personnes meurent tous les jours en soins palliatifs, on doit pouvoir y utiliser l'aide active à mourir. Pourtant, la différence est nette entre les soins palliatifs, qui sont des soins, et l'euthanasie, qui n'en est pas un – même si elle sera intégrée au code de la santé publique. L'intentionnalité est différente, les produits injectés sont différents et l'engagement du pronostic vital est différent.

Oui, bien sûr, ceux qui ont la chance d'être accompagnés dans une unité de soins palliatifs y meurent, mais cela ne justifie pas d'autoriser l'aide à mourir dans ces espaces. Ils sont dédiés à un accompagnement qualitatif et à des soins dont la temporalité diffère de celle de l'aide à mourir.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Les soins palliatifs ne sont pas un cahier de recettes pour connaître une bonne mort, mais une philosophie, qui place la relation humaine et le regard de l'autre au cœur du soin. Les personnels ne seraient pas ravis que l'on puisse recourir à l'aide à mourir dans leur établissement.

Par ailleurs, vous savez bien que dans les pays où l'euthanasie ou le suicide assisté ont été légalisés, la Belgique, par exemple, des injections ont fini par avoir lieu dans des chambres funéraires. Il faut préciser que c'est interdit dans la loi, par mesure de sécurité.

M. René Pilato (LFI-NFP). On l'oublie, mais les soins palliatifs comme l'aide à mourir relèvent tous deux de la fin de vie, qui est une globalité. Imaginons qu'un patient qui bénéficierait de soins palliatifs mais subirait des effets secondaires insupportables demande en

pleine conscience à bénéficier de l'aide à mourir. Nous n'allons pas le déménager ! Et le personnel des unités de soins palliatifs dispose de la liberté de conscience.

Je rappelle qu'au tout début de l'examen du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie en commission spéciale, en 2024, seuls 4 % du personnel soignant – des médecins, en particulier – étaient d'accord pour accomplir le geste létal. Désormais, parce que nous avons élaboré un texte équilibré, solide, ce taux est de 30 %. Les mentalités évoluent.

Mme Agnès Pannier-Runacher (EPR). Ce sont exactement les mêmes molécules qui sont utilisées pour la sédation profonde et pour l'aide active à mourir. Vous faites comme si c'étaient deux choses radicalement différentes, alors que la différence est la même qu'entre gris clair et gris foncé. Cette dichotomie est une hypocrisie.

C'est l'éléphant dans la pièce : nous savons tous que depuis des dizaines d'années, une forme d'aide active à mourir existe dans les services hospitaliers. Pendant plusieurs années, j'ai été membre de l'équipe de direction du plus grand hôpital français, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Certains patients peuvent déjà demander à mourir, uniquement parce qu'ils disposent d'un certain capital social et culturel – ils suggèrent par exemple élégamment au personnel soignant que « ce serait bien d'augmenter un peu la dose ». Les autres, qui n'ont pas cette aisance, n'osent pas, malgré leur souffrance. La situation actuelle est choquante, car elle prive les plus précaires d'une aide qui existe déjà. Essayons donc de répondre à la réalité des besoins des Français.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS300 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Le présent amendement vise à interdire « toute activité privée lucrative visant à organiser de manière régulière la pratique de l'aide à mourir dans un lieu déterminé ». Au Québec, par exemple, des entreprises du secteur funéraire ou des structures privées ont intégré des services d'aide à mourir dans leur offre et ce n'est pas une affabulation.

Nous devons nous en prémunir, pour protéger les personnes les plus vulnérables, préserver la dignité de la fin de vie et prévenir toute banalisation ou instrumentalisation économique de l'aide à mourir. Il faut l'affirmer clairement : l'aide à mourir ne saurait s'inscrire dans une logique marchande. Elle ne doit s'inscrire que dans un cadre de santé, sous responsabilité médicale, avec une exigence éthique.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Tel qu'il est rédigé, votre amendement exclurait les établissements de santé privés à but lucratif de la procédure d'aide à mourir. Cela risque de créer une inégalité dans l'accès aux services de santé.

Avis défavorable.

Mme Annie Vidal (EPR). Je ne suis pas d'accord. L'amendement ne vise à interdire la pratique de l'aide à mourir dans un cadre privé lucratif que si celle-ci est organisée « de manière régulière » – et à juste titre, car ce serait dommageable. Ainsi, il ne vise que les établissements qui feraient un business de l'aide à mourir, mais pas les établissements qui délivrent des soins, qu'ils soient privés, publics ou associatifs.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS301 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Je suis surprise que vous ne définissiez pas mieux les lieux où l'euthanasie pourra être pratiquée, alors que cet acte demande l'intimité et le respect. Le présent amendement prévoit que la liste de ces lieux sera précisée par décret, afin de se prémunir des dérives.

Même si c'est la troisième fois que nous examinons ce texte, cette lecture est importante et les dangers que nous pointons ne me semblent pas irréalistes. Nous voulons simplement encadrer les choses.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous avons déjà eu ce débat.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

L'amendement AS462 de Mme Sandrine Dogor-Such est retiré.

La commission adopte l'amendement rédactionnel AS692 de M. Stéphane Delautrette.

Amendement AS314 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Je propose que la présence d'un témoin neutre soit obligatoire lors de l'administration de la substance létale, car c'est une garantie essentielle de transparence et de sécurité juridique.

Ce témoin extérieur à la sphère familiale et sans intérêt personnel à l'acte permettra d'attester l'absence de pressions, le respect de la volonté du patient et le bon déroulement de la procédure. Sa présence protégera le patient concerné, mais aussi le professionnel de santé, tout en renforçant la confiance dans le dispositif et la traçabilité d'un acte d'une gravité exceptionnelle.

En outre, au cas où un patient souhaiterait interrompre la procédure, nous serions certains que son souhait est respecté, si un témoin était présent.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. En première lecture, nous avons déjà précisé à l'article 9 que le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne « veille à ce qu'elle ne subisse aucune pression » de la part de ses proches. La procédure est strictement délimitée, pour garantir à tout moment le respect des droits de la personne.

Votre position est assez incohérente : dans d'autres amendements, vous soulignez les risques psychologiques de la procédure pour les témoins. Pourquoi alors en multiplier le nombre ?

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Avec cet amendement, je ne vise pas les pressions familiales extérieures, mais les cas où un patient vulnérable souhaiterait renoncer à la procédure au dernier moment. Comment s'assurer que sa volonté est respectée ?

Par ailleurs, j'avais déposé un amendement, qui a été jugé irrecevable, afin qu'un suivi psychologique soit obligatoire pour les mineurs présents lors de l'injection. De fait, ceux qui assisteront à l'injection doivent faire l'objet d'une attention particulière.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Vous le savez, ces points seront examinés à l'article 8 – pardon, à l'article 10.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS14 de M. Fabien Di Filippo

Mme Sylvie Bonnet (DR). Nous proposons d'interdire aux proches de contribuer matériellement à l'administration de la substance létale. Aucun pays ne fait porter cette responsabilité aux proches ; les conséquences psychologiques d'un tel acte, notamment en matière de culpabilité, sont inconnues. Un accompagnement psychologique obligatoire devrait au moins être prévu pour ces situations, or ce n'est pas le cas ici.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Je vous invite à relire l'article 2, qui est très clair : seuls pourront administrer la substance létale le patient lui-même, ou, lorsqu'il n'est pas en mesure d'y procéder, le médecin ou l'infirmier qui l'accompagne. Ainsi, un proche ne pourra en aucun cas administrer la substance.

Votre amendement est satisfait ; demande de retrait. À défaut, avis défavorable.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). L'article 7 prévoit en outre que, « si nécessaire », le médecin ou l'infirmier orienteront les proches « vers les dispositifs d'accompagnement psychologique existants ». Au passage, l'amendement rédactionnel que nous venons d'adopter, qui supprimait ce mot d'« existants », aurait aussi dû remplacer « les » par « des ».

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Ce sera l'objet d'un autre amendement rédactionnel...

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS255 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Non, monsieur le rapporteur, la présence des proches du patient n'est pas évoquée à l'article 8. Celui-ci porte sur le circuit de préparation et de délivrance de la substance létale.

C'est bien le présent article qui dispose que « la personne peut être entourée par les personnes de son choix pendant l'administration de la substance létale ». Je suggère de le compléter ainsi : « le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne propose, sauf opposition expresse de celle-ci, un entretien d'information aux proches présents, portant sur le déroulement de l'administration de la substance létale et sur les dispositifs d'accompagnement existants ». Nous protégerons ainsi les proches concernés d'un choc post-traumatique, à l'issue de l'injection.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Comme je l'ai déjà indiqué, le texte prévoit que le médecin ou l'infirmier « informe les proches et les oriente, si nécessaire, vers les dispositifs d'accompagnement psychologique ».

Les choses se passeront comme pour toutes les maladies : le médecin répond aux questions du patient, mais aussi de ses proches, de son entourage familial et leur apporte une assistance, y compris psychologique. Vous savez bien ce qu'est la relation médicale !

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

L'amendement est retiré.

Amendement AS435 de Mme Christine Loir

M. Christophe Bentz (RN). En 2024, lors de la première lecture de ce qui était alors un projet de loi, nous avions auditionné des représentants des cultes – l'islam, le judaïsme, le christianisme, notamment. Tous étaient opposés à ce texte.

Le présent amendement tend à préciser que le patient pourra bénéficier d'un accompagnement spirituel, s'il le souhaite. Cette question risque d'être oubliée, alors qu'elle est essentielle, pour certains.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Rien ne s'oppose, dans le texte, à ce que la personne, si elle le souhaite, bénéficie d'un accompagnement spirituel pendant sa réflexion. Je ne comprends pas pourquoi vous voulez inscrire cette possibilité dans la loi.

De même, la personne pourra choisir les personnes qui l'entoureront au dernier moment. Rien ne l'empêche donc de demander la présence d'un religieux lors de l'administration de la substance.

En outre, le rôle de l'équipe médicale n'est pas de veiller à ce que la personne bénéficie d'un tel accompagnement. Ce n'est tout simplement pas sa responsabilité.

M. Christophe Bentz (RN). C'est vrai, rien, dans le texte, n'empêche cet accompagnement spirituel et ce qui n'est pas interdit est réputé être autorisé.

Mais pourquoi se priver d'une telle précision, qui garantirait le droit à un accompagnement spirituel des personnes en fin de vie ?

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 7 modifié.

Article 8 : Circuit de préparation et de délivrance de la substance létale

Amendement AS59 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Tel qu'il est rédigé, l'article 8 traite les pharmaciens comme de simples prestataires de services, des exécutants, alors que, aux termes du code de la santé publique, ils sont bien autre chose et devraient bénéficier d'une clause de conscience.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Avis défavorable.

La suppression de cet article créerait un vide juridique et fragiliserait le circuit du médicament. Cela irait contre votre intention.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS108 de M. Patrick Hetzel et AS334 de M. Thibault Bazin (discussion commune)

M. Patrick Hetzel (DR). Cet amendement de réécriture globale de l'article vise à clarifier le cadre relatif aux moyens thérapeutiques mobilisables dans l'accompagnement de la fin de vie. Il confierait aux ARS une responsabilité d'organisation territoriale.

En tout cas, il ne faut pas traiter les pharmaciens comme de simples exécutants.

M. Thibault Bazin (DR). Mon amendement tend également à réécrire l'article. Il ne remet pas en cause votre projet, mais vise simplement à sécuriser l'accès aux traitements et dispositifs nécessaires au soulagement de la douleur et de la souffrance, y compris lorsqu'ils sont susceptibles d'altérer la conscience, en précisant que ces traitements seront « mis en œuvre conformément aux données acquises de la science, aux recommandations de bonnes pratiques et aux référentiels nationaux ».

L'amendement tend ainsi à préciser les conditions de prescription, de préparation et d'administration de ces moyens, afin de garantir la qualité et la sécurité des soins, mais aussi la continuité de la prise en charge, dans le respect de la volonté de la personne.

Afin de réduire les inégalités d'accès aux soins palliatifs et aux dispositifs de soulagement de la douleur, les ARS assureront une mission d'organisation territoriale. Ce point, que vous n'avez pas prévu, me semble essentiel. Pendant la crise de la covid, par exemple, les antalgiques n'étaient pas forcément accessibles. Nos politiques publiques doivent être améliorées en la matière.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Ces deux amendements visent en réalité à rétablir la rédaction adoptée par les sénateurs en commission, avant que le Sénat ne rejette la proposition de loi en séance publique – vous oubliez d'ailleurs de préciser cette origine.

Or cette rédaction supprime toute la procédure de l'aide à mourir, et introduit plusieurs dispositions dépourvues de caractère normatif, relatives aux soins palliatifs et à la sédation profonde et continue.

Ainsi, vos amendements supprimeraient le circuit de préparation et de délivrance de la substance létale, éliminant en pratique l'accès à l'aide à mourir.

Par ailleurs, l'amendement AS334 comporte une incohérence de rédaction, puisqu'il prévoit que seules les pharmacies à usage intérieur et les pharmacies d'officine volontaires pourront manipuler et délivrer la substance létale, tout en supprimant tout le circuit de préparation et de délivrance de cette substance.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (DR). Monsieur le rapporteur, vous vous êtes inspiré de certaines rédactions adoptées par la commission des affaires sociales du Sénat, parce

qu'elles étaient meilleures que les nôtres. Il m'a semblé que pour cette rédaction de l'article 8, c'était également le cas, notamment parce qu'elle inclut les ARS.

Ne caricaturez donc pas nos amendements en prétendant qu'ils suppriment l'aide à mourir, alors qu'ils ne concernent que la préparation et la délivrance de la substance létale.

M. Yannick Monnet (GDR). À l'Assemblée, nous avons eu l'intelligence d'entrer dans le débat, de débattre. Les sénateurs, eux, ont eu peur de le faire et ont massacré le texte. Je ne suis donc pas sûr que leur version vaille d'être reprise.

La commission rejette successivement les deux amendements.

Amendement AS693 de M. Stéphane Delautrette

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. En l'état, le texte ne précise pas que la date d'administration létale devra être communiquée à la pharmacie à usage intérieur. Or il faut bien que le pharmacien de la pharmacie à usage intérieur connaisse cette date, pour que la substance létale soit préparée et transmise à la pharmacie d'officine dans les délais. Cet amendement vise à remédier au problème.

Mme Justine Gruet (DR). Je suis d'accord avec vous, cette précision est nécessaire.

Toutefois, je trouve votre capacité de discernement sélective. Vous avez refusé nos nombreux amendements visant à préciser le texte, au motif que ce qui n'est pas explicitement interdit est autorisé. On aurait envie de vous répondre la même chose sur cet amendement – après tout, en l'état, le texte n'interdit pas au médecin ou à l'infirmier de communiquer la date prévue de l'injection.

Votre avis sur l'opportunité d'apporter des précisions n'est pas forcément juste.

La commission adopte l'amendement.

Amendements identiques AS186 de Mme Annie Vidal et AS436 de Mme Christine Loir

M. Thibault Bazin (DR). L'amendement AS186 est défendu.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). En l'état, l'article 8 mentionne « le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne », pour désigner le professionnel de santé chargé de la désignation de la pharmacie, de la réception de la préparation et de son administration dans les conditions prévues par la loi.

Dans un souci de cohérence et de rigueur juridique, l'amendement AS436 vise à substituer au mot « accompagner » celui d'« assister ». L'accompagnement renvoie à une prise en charge globale, continue, à une relation. Or ce dont il est question ici n'est pas un accompagnement au sens médical ou humain, mais une assistance, dont le cadre est strictement limité et qui a une valeur technique et procédurale.

Maintenir le mot « accompagner » reviendrait à brouiller les frontières entre le soin, l'accompagnement palliatif et un acte qui conduit à la mort, mais aussi à exposer les professionnels à des interprétations extensives de leurs obligations et de leurs responsabilités. Il faut clarifier les rôles.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Le rôle du professionnel de santé est bien plus large que celui que vous décrivez : il est chargé de vérifier que la personne confirme sa volonté de procéder à l'administration du produit ; il surveille l'administration après l'avoir préparée, le cas échéant ; il répond aux questions de la personne concernée.

Tout au long du texte, le terme « accompagner » semble bien caractériser le rôle du professionnel de santé, qui ne se limite pas à une assistance passive durant le processus.

Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Puis, suivant l'avis du rapporteur, elle rejette l'amendement AS80 de M. Patrick Hetzel

Amendement AS551 de M. Julien Odoul

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

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

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS694 de M. Stéphane Delautrette.

Amendement AS100 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement vise à se prémunir contre tout risque de conflit d'intérêts entre le médecin prescripteur et la pharmacie d'officine. En effet, un conflit d'intérêts peut survenir lors de la délivrance de la préparation magistrale par le pharmacien si celui-ci identifie un parent, un allié ou un conjoint grâce au nom figurant sur l'ordonnance.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. La pharmacie d'officine n'est pas désignée par le médecin prescripteur, mais par le médecin ou l'infirmier chargés d'accompagner la personne, en accord avec celle-ci. Par conséquent, je peine à comprendre l'intérêt de votre amendement.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS60 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). L'amendement vise à prévoir une clause de conscience pour les pharmaciens qui considèrent la délivrance d'une préparation létale comme contrevenant à leur éthique professionnelle.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous avons eu ce débat à plusieurs reprises. Il n'est pas prévu de clause de conscience pour les pharmaciens, qui n'interviennent pas directement dans l'aide à mourir, mais participent à la conduite de la procédure.

Je rappelle l'avis du Conseil d'État de 2024 : « *les missions de réalisation de la préparation magistrale létale et de délivrance de la substance létale, qui interviennent après*

la prise de décision et avant la mise en œuvre de l'administration de la substance létale, ne concourent pas de manière suffisamment directe à l'aide à mourir pour risquer de porter atteinte à la liberté de conscience des pharmaciens et des personnes qui travaillent auprès d'eux. »

Pour toutes ces raisons, avis défavorable.

M. Patrick Hetzel (DR). Souffrez que l'on puisse avoir un point de vue divergent de celui du Conseil d'État.

J'ai discuté avec de nombreux pharmaciens et tous ne sont pas d'accord. Il serait judicieux de leur octroyer une plus grande liberté d'action. Si l'on veut rassurer certains professionnels, prévoir une clause de conscience a du sens.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 8 modifié.

La réunion s'achève à minuit.

Présences en réunion

Présents. – Mme Audrey Abadie-Amiel, Mme Ségolène Amiot, Mme Anchya Bamana, M. Thibault Bazin, M. Christophe Bentz, Mme Sylvie Bonnet, M. Eddy Casterman, Mme Josiane Corneloup, M. Stéphane Delautrette, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Karen Erodi, M. Olivier Falorni, M. Thierry Frappé, Mme Martine Froger, Mme Camille Galliard-Minier, Mme Océane Godard, Mme Justine Gruet, Mme Marine Hamelet, M. Patrick Hetzel, M. Michel Lauzzana, M. Jérôme Legavre, Mme Brigitte Liso, M. Yannick Monnet, M. Serge Muller, M. Yannick Neuder, Mme Sandrine Nosbé, Mme Agnès Pannier-Runacher, M. Sébastien Peytavie, M. René Pilato, Mme Christine Pirès Beaune, Mme Lisette Pollet, Mme Sandrine Rousseau, M. Aurélien Rousseau, M. Jean-François Rousset, Mme Eva Sas, M. Arnaud Simion, M. Nicolas Turquois, M. Frédéric Valletoux, Mme Annie Vidal

Excusés. – M. Karim Ben Cheikh, M. Paul Christophe, Mme Stella Dupont, M. Gaëtan Dussausaye, Mme Karine Lebon, M. Éric Michoux, Mme Mathilde Panot