

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Examen, en nouvelle lecture, de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, en deuxième lecture, relative au droit à l'aide à mourir (n° 2773) (M. Philippe Vigier, rapporteur général ; Mme Brigitte Liso, Mme Audrey Abadie-Amiel, M. Stéphane Delautrette et Mme Élise Leboucher, rapporteurs) 2
- Présences en réunion 53

Lundi

8 juin 2026

Séance de 16 heures

Compte rendu n° 84

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de
M. Nicolas Turquois,
*vice-président, puis de
M. Frédéric Valletoux,
président***



La réunion commence à seize heures cinq.

(Présidence de M. Frédéric Valletoux, président)

La commission des affaires sociales procède à l'examen, en nouvelle lecture, de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, en deuxième lecture, relative au droit à l'aide à mourir (n° 2773) (M. Philippe Vigier, rapporteur général ; Mme Brigitte Liso, Mme Audrey Abadie-Amiel, M. Stéphane Delautrette et Mme Élise Leboucher, rapporteurs).

M. Nicolas Turquois, président. Réunie mardi dernier, la commission mixte paritaire chargée d'élaborer un texte sur les dispositions restant en discussion de la proposition relative au droit à l'aide à mourir n'a pas pu parvenir à un accord. La nouvelle lecture aura donc lieu en séance publique à compter du lundi 22 juin. Nous débutons en commission l'examen du texte et des amendements sur les vingt et un articles restant en discussion.

Ce texte est très attendu par nombre de nos concitoyens qui y sont favorables, mais il suscite également l'inquiétude de nombreux autres. Je vous invite donc, comme cela a été le cas lors des précédentes lectures, à faire preuve d'un grand respect les uns envers les autres ainsi qu'envers le sujet.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Alors que nous entamons la troisième – la sixième si l'on compte les examens en séance – lecture de ce texte, je forme le vœu que ces échanges soient aussi respectueux qu'ils l'ont été lors des précédentes lectures. Surtout, évitons de tenir des propos mensongers et inexacts qui effraieraient les gens inutilement.

La définition donnée par ce texte est précise, les critères prévus sont cumulatifs ; aucun d'entre eux ne peut s'appliquer de manière isolée. La procédure est claire et peut à tout moment être interrompue à la demande de la personne concernée. Il s'agit non pas d'une obligation mais d'une possibilité offerte au demandeur, tout comme aux soignants qui bénéficient d'une clause de conscience. Ainsi, ce texte crée un droit nouveau très encadré.

Quelque 691 amendements ont été déposés, dont presque la moitié par trois députés, qui ont parfois eu le verbe haut, tandis que certains groupes politiques ont fait de l'obstruction. Certains amendements ne laissent pas d'interroger quant à leur contenu ; il conviendrait de ne déposer que des amendements en lien direct avec le texte et répondant aux besoins.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Je souhaite la bienvenue à notre nouveau rapporteur général, Philippe Vigier, tout en ayant une pensée pour Olivier Falorni, qui nous a emmenés jusqu'ici et, sans aucun doute, nous écoute. Je suis convaincue que cette nouvelle lecture se déroulera aussi bien que les précédentes ; il n'y a aucune raison qu'il en soit autrement. Les amendements étant pour la plupart identiques à ceux qui ont été déposés lors des précédentes lectures, vous ne serez pas surpris que nos réponses soient peu ou prou les mêmes.

M. Philippe Vigier, rapporteur général de la proposition de loi. Je suis particulièrement honoré et heureux d'être le rapporteur général de ce texte et de poursuivre les travaux conduits depuis six ans par Olivier Falorni, dont j'ai été l'un des compagnons de route depuis le début.

Je vous salue toutes et tous, sur tous les bancs. Je serai respectueux des positions des uns et des autres. Nous examinerons des amendements lors de ce débat ; amender est un droit des parlementaires, je tiens à le rappeler. Je souhaite que la dignité préside à nos échanges et que nous puissions avancer en toute sérénité.

Mme Annie Vidal (EPR). Certains d'entre nous ont déposé des amendements qui s'apparentent à ceux déposés lors des précédentes lectures. Certes, nous examinons ce texte en troisième lecture, mais il a été rejeté à deux reprises par le Sénat et nous n'avons pas été entendus lors des deux premières lectures. Il est donc logique que nous revenions sur des sujets qui, pour nous, restent en discussion.

Chapitre I^{er} Définition

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

Amendements de suppression AS1 de M. Thibault Bazin et AS568 de M. Christophe Bentz

M. Patrick Hetzel (DR). Je tiens à rassurer Mme Dubré-Chirat : cet amendement AS1 est en lien direct avec le texte comme, du reste, tous les amendements que nous examinerons. À défaut, ils auraient été déclarés irrecevables. La question ne se pose donc pas.

Notre amendement vise à supprimer cet article pour une raison simple : nous considérons que ce qui est prévu par ce texte, à savoir l'euthanasie et le suicide assisté, ne relève pas du soin. C'est la raison pour laquelle ce dispositif ne doit pas être codifié.

Les nombreuses alertes que nous avons lancées n'ont pas été prises en compte. Il est donc légitime que nous revenions sur ces sujets, tant ils continuent de susciter une profonde inquiétude.

M. Christophe Bentz (RN). Lors des précédentes lectures, nous n'avions pas réussi à convaincre Olivier Falorni qu'il ne fallait pas voter ce texte. Nous essaierons donc d'emporter votre adhésion, monsieur Vigier, au moyen des nombreux amendements que nous avons déposés.

Ce texte n'est pas cohérent avec la loi du 26 mai 2026 relative aux soins palliatifs que nous avons tous votée à l'unanimité, tant à l'Assemblée qu'au Sénat. Laissons sa chance à une loi qui fait également l'unanimité dans l'opinion publique – 99 % des Français y sont favorables. Nous ne pouvons pas, d'un côté, voter un texte consacré aux soins palliatifs – lesquels consistent en un accompagnement de la personne jusqu'à la fin de sa vie – et, de l'autre, adopter un autre texte de nature profondément différente, et même antagoniste. C'est la raison pour laquelle nous avons déposé un amendement de suppression de l'article 1^{er} de la mal nommée proposition de loi relative à l'aide à mourir.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Vous contestez le choix d'inscrire l'aide à mourir dans le code de la santé publique, alors que celle-ci relève bien du domaine de la santé : seules les personnes malades pourront y avoir accès et des professionnels de santé interviendront à chaque étape de la procédure.

Par ailleurs, le code de la santé publique ne traite pas uniquement de soins, s'il fallait encore le démontrer.

Enfin, codifier ces dispositions améliorera l'accessibilité et l'intelligibilité de la loi pour les personnes qui souhaiteraient y avoir recours.

Avis défavorable.

M. Christophe Bentz (RN). Vous venez d'établir un lien entre ce texte relatif à ce que vous appelez l'« aide à mourir » et les professionnels de santé. Nous utiliserons donc d'autres arguments pour tenter de vous convaincre et de comprendre ce qui vous pousse à défendre cette proposition de loi.

Un professionnel de santé peut-il accepter que la mort provoquée fasse partie de sa mission ? Par ailleurs, puisque nous ne nous accordons pas sur les termes, nous aurons encore un débat sémantique. Vous avez dit que ce texte était relatif à l'aide à mourir. Nous pouvons être d'accord sur le principe de l'aide à mourir qui, sémantiquement, s'entend comme l'accompagnement jusqu'à la fin de la vie. C'est précisément l'objet de la loi relative aux soins palliatifs que nous avons votée. Nous ne vous accusons pas de mentir, nous disons simplement que les termes ne reflètent pas la vérité. Cette expression est fautive car l'aide à mourir se rapporte en réalité aux soins palliatifs. Or le texte autorise l'administration d'une substance létale, soit une provocation intentionnelle de la mort, ce qui n'a rien à voir. Dès lors, la confusion est totale.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS572 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Je poursuis ce débat sémantique, monsieur le rapporteur général, car je sens que nous commençons à vous convaincre ! Pied à pied, amendement après amendement, nous développerons des arguments pour vous démontrer à quel point ce texte, qui autorise la provocation de la mort, est par nature dangereux. Il légaliserait le suicide, bien que celui-ci soit encadré juridiquement.

Je propose donc de supprimer les mots « et fin » du titre du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de sorte que soient pleinement traduites la volonté de soigner, qui est la vocation du soignant et de la société, et la nécessité de défendre la vie humaine.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Par cet amendement d'appel, vous proposez de mentionner la « volonté de vie ». Or la référence à la fin de vie est tout à fait légitime compte tenu de l'objet même de ce texte qui s'adresse à des personnes dont le pronostic vital est engagé.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Ce texte ne concerne pas uniquement les personnes en fin de vie. Vous parlez de « pronostic vital engagé » alors que le texte vise « une affection grave et incurable [...] qui engage le pronostic vital ». Ce n'est donc pas la même chose.

Par ailleurs, l'article 4 vise deux catégories de personnes pouvant prétendre à l'aide à mourir : d'un côté, celles dont le pronostic vital est engagé à court terme et qui sont, par conséquent, en fin de vie ; de l'autre, celles atteintes d'une affection en phase avancée, soit

potentiellement 1 million de personnes éligibles. Or, reconnaissez-le : il ne s'agit pas là de patients en fin de vie.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). La fin de vie, qui peut concerner chacun à tout âge, est clairement définie par le texte au moyen de critères cumulatifs.

Par ailleurs, dans le cadre des soins palliatifs, la sédation profonde consiste à accompagner les patients par l'arrêt de l'hydratation et de l'alimentation. C'est un processus qui prend un certain temps, et ce n'est pas une situation confortable : on ne regarde pas les patients mourir tranquillement.

Arrêtons de nous cacher derrière notre petit doigt en refusant d'admettre la réalité de la fin de vie. Vous invoquez un critère de manière isolée ; je vous invite à faire preuve d'honnêteté en prenant en compte toutes les dispositions de ce texte.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS570, AS574 et AS573 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). L'article 1^{er} vise à modifier le code de la santé publique. À cet égard, l'amendement AS570 renvoie précisément à la dimension publique puisqu'il tend à intégrer le principe de « solidarité envers les personnes » dans le titre du chapitre. En effet, la notion de santé implique intrinsèquement la dispense de soins, et non la provocation de la mort, qui n'est en rien un acte de soin.

Par ailleurs, l'amendement AS574 vise à préciser que la fin de vie doit faire l'objet d'un accompagnement.

Enfin, l'amendement AS573 rappelle que la vocation ainsi que le devoir de la société sont de soigner jusqu'à la fin.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Ces trois amendements visent à modifier l'intitulé du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la santé publique.

Chacun d'entre nous est attaché à l'exigence de solidarité envers les personnes en fin de vie. Cependant, reconnaissez-le, ces amendements ont simplement pour objet de marquer votre refus de l'aide à mourir dans sa globalité et d'opposer celle-ci aux différentes formes d'accompagnement des malades. Or rien, dans cette proposition de loi, ne remet en cause le droit de toute personne à recevoir les traitements et les soins les plus appropriés à sa situation. Il s'agit plutôt de leur ouvrir un droit supplémentaire. Je suis donc défavorable à ces amendements.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS5 de M. Patrick Hetzel, AS571 et AS569 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

M. Patrick Hetzel (DR). Cette proposition de loi crée une rupture en ce qu'elle modifie l'éthique du soin. Par souci de clarté terminologique, il convient de nommer les choses plutôt que de recourir à l'euphémisme de l'accompagnement de la fin de vie. Nous savons qu'il y a là un point de désaccord : nous légiférons en réalité sur le suicide assisté et l'euthanasie. Dès lors, ces termes doivent être clairement mentionnés dans le texte.

M. Christophe Bentz (RN). Depuis des siècles, la France a pour tradition de prodiguer des soins à la personne jusqu'à sa mort naturelle. Or le texte ouvre la possibilité d'administrer une substance létale : cela ne sera jamais une mort naturelle.

La France a également pour tradition de prodiguer des soins aux personnes les plus vulnérables. Tel est l'objet de l'amendement AS571, qui vise à inscrire ce principe dans la loi, car il est du devoir et de l'honneur de la France de soigner les personnes fragiles.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Monsieur Hetzel, vous proposez de supprimer la référence à la fin de vie ; j'y suis défavorable. C'est une question de terminologie ; je vous propose de revenir sur ce sujet lors de l'examen de l'article 2.

Monsieur Bentz, vos amendements traduisent votre refus de l'aide à mourir, que vous opposez de nouveau aux autres formes d'accompagnement de la fin de vie. Il s'agit, là encore, d'une question de terminologie.

Avis défavorable sur ces trois amendements.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Monsieur Bentz, je suis convaincu par l'équilibre de ce texte. Vous avez évoqué la « mort naturelle ». Or la sédation profonde et continue ne conduit pas à une mort naturelle dans la mesure où l'arrêt des apports hydriques et nutritionnels entraîne la cessation des fonctions organiques. Il s'agit donc d'une mort provoquée du fait de cette privation – les médecins le savent parfaitement.

N'entrons cependant pas dans un débat sémantique : il s'agit non pas d'un droit en moins mais d'un droit en plus. Vous connaissez le protocole sur lequel nous reviendrons : la possibilité de bénéficier de soins palliatifs est inscrite dans le texte que nous examinons. N'opposons pas ces deux démarches. Il s'agit de réserver un certain nombre de cas pour lesquels l'aide à mourir sera ouverte à celles et ceux qui en feront la demande.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement de M. Hetzel est intéressant en ce qu'il distingue deux gestes différents du point de vue éthique : le suicide assisté et l'euthanasie, selon que l'injection est réalisée par la personne elle-même ou par autrui.

Lors des précédentes lectures, je n'ai pas compris les raisons pour lesquelles vous refusiez d'opérer cette distinction. Un simple amendement peut profondément modifier la portée éthique du texte : il suffit de supprimer les mots « elle se l'administre » pour écarter le suicide assisté.

Par ailleurs, cessez d'assimiler l'aide à mourir à la sédation profonde et continue jusqu'au décès. Dans ce cadre, le pronostic vital est engagé à court terme ; la personne est bien en fin de vie. C'est fondamentalement différent.

J'essaie d'aborder les dispositions du texte de manière factuelle. Selon la définition retenue de l'engagement du pronostic vital, certaines personnes pourraient avoir encore plusieurs mois – voire davantage – à vivre. Si vous souhaitez que ces personnes bénéficient de l'aide à mourir, assumez-le. J'aurai l'occasion de revenir sur le délai de réflexion applicable dans de telles situations. Quoi qu'il en soit, la comparaison avec la sédation profonde et continue n'a pas lieu d'être dès lors que l'intention qui préside à ces actes n'est pas la même.

M. Jean-François Rousset (EPR). Il faut que nous nous accordions sur l'essentiel de ces deux textes. Nous débattons de personnes dont la situation nécessite un accompagnement par la société et les professionnels de santé pour leur permettre de mourir dans de bonnes conditions. Quels que soient les cas, ce sont des soignants qui mettent en œuvre la décision, et les conditions d'accès aux soins palliatifs ou à l'aide à mourir sont très précisément définies par les textes.

Sans entrer dans des détails sordides, rappelons que dans le cadre des soins palliatifs, on administre des substances létales, dont l'augmentation du volume ou du débit entraîne, à terme, la mort. Dès lors, il ne s'agit plus de sédation. Ce sont d'ailleurs les mêmes produits que ceux utilisés dans le cadre de l'aide à mourir. C'est pourquoi ils doivent être administrés par des personnes qualifiées, à savoir des soignants, dont la protection doit être garantie, notamment par la clause de conscience.

Si vous continuez à fracturer le débat comme vous le faites, nous rappellerons quelle a été notre attitude lors du débat sur le texte relatif aux soins palliatifs. Je n'ai jamais affirmé que les soins palliatifs pouvaient être assimilés à l'aide à mourir, notamment par respect pour ceux qui ne pensent pas comme nous. Je vous demande de faire preuve du même respect à notre égard.

M. Christophe Bentz (RN). Oui, madame la rapporteure, depuis quatre ans je cherche sans cesse à opposer les deux textes. En réalité, je ne cherche même pas à les opposer : ils s'opposent par leur nature même. L'un est consacré à l'accompagnement de la vie par le soin, l'autre autorise la provocation intentionnelle de la mort. Vous avez le droit d'être favorable à ce texte, mais reconnaissez que tel est son objet. Du reste, le reconnaître revient à prendre acte de cette opposition, que vous le vouliez ou non.

Monsieur le rapporteur général, l'équilibre trouvé il y a dix ans autour de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès a été arraché dans la douleur. Un nouvel équilibre ne saurait être établi dans ce texte, puisque celui-ci a déjà été consacré dans la loi de 2016, puis renforcé par la loi relative aux soins palliatifs promulguée il y a quinze jours.

M. Patrick Hetzel (DR). Monsieur Rousset, vous soutenez qu'il existerait un continuum entre la sédation profonde et continue et l'aide à mourir. C'est précisément ce que nous contestons depuis le début : nous considérons que la sédation profonde et continue est distincte de ce que prévoit ce texte. Du reste, si vous proposez de légiférer, c'est bien parce que vous souhaitez aller au-delà de la sédation profonde et continue.

Ce texte nous interpelle en ce qu'il crée une offre et, par voie de conséquence, une demande. Or cette demande exercera une pression de plus en plus forte sur nombre de nos concitoyens, notamment les plus vulnérables.

Par ailleurs, il ne vise pas seulement les personnes dont le pronostic vital est engagé à court terme : la cible est beaucoup plus large. À court terme, ce texte pourrait concerner jusqu'à 20 000 personnes par an.

M. Yannick Monnet (GDR). Je ne suis d'accord qu'avec le début des propos de M. Hetzel. Monsieur Bentz, il faut lire l'énoncé jusqu'au bout, sans quoi on en arrive à l'idée que l'on veut administrer la mort, ce qui n'est absolument pas le cas. La démarche vient d'une demande et s'exerce dans des conditions particulières.

Madame Gruet, nous utiliserions ces mots s'ils n'étaient pas autant chargés d'histoire. Si l'on mentionnait le « suicide assisté » dans le texte, que deviendrait alors la prévention du suicide, notamment chez les adolescents ? Cela créerait une confusion. Quant au mot « euthanasie », je ne vous rappellerai pas l'histoire, que vous connaissez aussi bien que moi. Nous ne cherchons pas à tromper les gens puisque nous décrivons les actes qui seraient réalisés.

Il y a là un point de vigilance : comment faire en sorte que l'aide à mourir ne soit pas une alternative aux soins palliatifs et n'exerce pas une pression sur les gens qui souffrent ? Cette question ne doit pas être débattue lors de l'examen de l'article 1^{er}, mais lorsque nous aborderons les conditions d'accès.

La question de fond est de savoir si nous sommes prêts à ce que l'État réponde favorablement à une demande de mort soumise à des conditions particulières. C'est sur ce point que nous divergeons ; c'est donc le débat démocratique qui le tranchera.

M. René Pilato (LFI-NFP). Nos débats sur ce texte ont repris depuis à peine une demi-heure que nous retombons déjà dans les mêmes discussions. Ce n'est pas grave : les personnes qui nous écoutent ont besoin d'être éclairées.

Monsieur Hetzel, vous devriez pourtant être satisfait : il y a désormais deux textes distincts. Lorsqu'il n'y en avait qu'un, vous vous êtes amusés, à l'envi, à confondre les soins palliatifs et le droit à l'aide à mourir.

Par ailleurs, madame Gruet, lorsque vous n'évoquez que le pronostic vital à court terme, vous mentez. Il ne s'agit là que d'un demi-critère parmi les cinq critères cumulatifs requis. Or ce sont précisément les mensonges par omission qui ont nourri les tensions entre les personnes qui travaillent sur ce texte depuis de nombreuses années. Un patient ne peut bénéficier de l'aide à mourir qu'à la condition de remplir cinq critères.

Vous oubliez aussi de mentionner les souffrances insupportables et réfractaires. À un moment, cette personne, contrairement à ce que vous souhaiteriez, a le droit de ne plus vouloir souffrir car elle sait qu'elle va mourir. Or vous l'occultez chaque fois que vous énoncez un demi-critère. Nous vous le répéterons une ou deux fois, puis nous vous laisserons dérouler vos trois cents amendements répétitifs sans vous interrompre. Ainsi, vous vous ferez plaisir.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Le fait que vous parliez de ce nouveau droit en termes d'offre et de demande illustre bien notre divergence quant au fond. Pour nous, il s'agit en effet d'un droit humain fondamental.

Je souhaite souligner l'indécence de vos amendements relatifs au suicide assisté et à l'euthanasie, alors que nous en sommes à la sixième lecture de ce texte, que nous avons déjà eu de nombreux débats sur ce sujet et que nous vous avons, à plusieurs reprises, appelés au respect des familles des personnes qui se sont suicidées. J'ai une pensée pour toutes les familles brisées et traumatisées par ces drames, ainsi que pour tous les professionnels et les bénévoles qui luttent activement contre le suicide. Votre insistance est indécente.

Je ne poursuivrai pas davantage ce débat. Pour ce qui concerne mon groupe, nous voterons contre vos amendements. Au stade de la sixième lecture, tout cela n'est pas à la hauteur du débat.

Mme Annie Vidal (EPR). N'oublions pas qu'avant ces débats relatifs au suicide assisté et à l'euthanasie, nous avons eu de longs échanges sur l'aide active à mourir. De son côté, le Sénat avait proposé l'expression « aide médicale à mourir ». D'ailleurs, il était précisément question d'aide active à mourir dans tous les rapports qui ont été publiés avant l'examen cette proposition de loi – notamment celui du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.

Si nous avons été entendus en première lecture sur cette dénomination, nous aurions évité bien des amendements en deuxième et en troisième lectures. Il est regrettable que, sur un sujet aussi important, nous n'ayons pas été écoutés.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS575 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Cet amendement anti-dérive devrait rassurer tout le monde.

Les critères d'accès sont par nature susceptibles d'évoluer, dans la mesure où la loi elle-même évolue. C'est la raison pour laquelle il faut graver dans le marbre que l'aide à mourir ne bénéficie qu'aux personnes en phase terminale. Certes, les critères d'accès relèvent de l'article 4 ; toutefois le fait de préciser ce point à l'article 1^{er} permet de fixer cette condition afin d'éviter qu'elle n'évolue.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Votre amendement est satisfait : parmi les critères d'accès figure la mention « ou en phase terminale ».

Pour la bonne organisation et la clarté des débats, lorsque nous examinons un article, tenons-nous-en à son contenu, sans déborder sur les autres articles. J'y veillerai afin d'éviter les redondances et de gagner en efficacité. Cela nous permettra en outre d'avoir des échanges plus approfondis sur d'autres points.

Avis défavorable.

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Justine Gruet a indiqué que la fin de vie pouvait intervenir dans un délai de plusieurs mois. Pour rappel, lorsque la personne demande l'aide à mourir, celle-ci ne s'applique pas forcément dans les jours qui suivent. En fonction du stade d'évolution de sa maladie, dont elle sait qu'elle mourra, la personne peut décider que l'acte interviendra dans trois ou six mois, par exemple. Cette dimension temporelle doit être prise en compte. Il ne faut pas faire croire à ceux qui nous écoutent qu'une fois la demande formulée, l'aide à mourir serait systématiquement mise en œuvre dans la semaine ou les quinze jours qui suivent.

Mme Justine Gruet (DR). En tant que législateur, il me revient de poser un cadre. Dans le dispositif proposé, la décision sur la demande d'aide à mourir est notifiée dans les quinze jours – elle peut même l'être dans la demi-heure – et l'acte peut être réalisé après un délai de réflexion de quarante-huit heures. Cela signifie que, pour une personne à qui il reste six mois ou un an à vivre, les délais peuvent être très contraints. Il convient toutefois de l'assumer, puisque telle est la rédaction du texte.

Lorsque la personne est en fin de vie, on peut concevoir que les délais soient contraints et les discussions brèves. Néanmoins, lorsque le pronostic vital est engagé à plus long terme, et compte tenu de la fluctuation de la volonté de recourir à l'aide à mourir dans de telles situations, il importe de prévoir des délais plus adaptés au temps de réflexion nécessaire.

Monsieur Monnet, vous utilisez les mêmes arguments d'autorité que M. Falorni, ce qui donne l'impression qu'il siège encore parmi nous. J'en profite d'ailleurs pour saluer son engagement sur ce texte. J'en viens à un argument que j'aurais préféré ne pas avoir à utiliser : le terme *Sterbehilfe*, qui veut dire « aide à mourir », était employé en 1940. Cette formule ne correspond pas davantage à la réalité que vous souhaitez définir. D'une part, elle est aussi salie par l'histoire ; d'autre part, elle ne permet pas de distinguer l'auto-administration de la substance de l'injection réalisée par un tiers.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Avant d'élargir les possibilités de recourir à la mort provoquée, ne faudrait-il pas s'interroger sur l'état de notre système de soins ? De nombreuses structures spécialisées peinent à fonctionner – fermeture de lits, départ de médecins, équipes sous tension – et dans certains territoires, l'accès aux soins est difficile. Dans ces conditions, comment s'assurer que la demande d'euthanasie découle d'un choix libre et non pas d'un sentiment d'abandon devant l'absence d'alternative ? La véritable urgence n'est-elle pas de permettre à chaque Français d'accéder à des soins de qualité ? Avant d'établir un droit à provoquer la mort, créons les conditions pour rendre effectif un droit à être soulagé, accompagné et entouré jusqu'au terme de sa vie.

La commission rejette l'amendement.

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

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

Amendements de suppression AS2 de M. Christophe Bentz, AS3 de M. Thibault Bazin, AS7 de M. Patrick Hetzel et AS672 de Mme Annie Vidal

M. Christophe Bentz (RN). Je suis attaché au droit à l'aide à mourir mais dans le cadre d'un accompagnement, et nous considérons que sa véritable place aurait été dans la proposition de loi relative aux soins palliatifs.

Nous proposons de supprimer l'article 2, cœur nucléaire du texte, car les termes retenus ne sont pas les bons, chose que nous ne parvenons pas à vous faire avouer : il ne s'agit pas d'une aide à mourir mais d'un suicide assisté ou délégué.

Mme Justine Gruet (DR). Dans tous les pays où le suicide assisté et l'euthanasie ont été légalisés, le développement des soins palliatifs a été entravé. La France ferait-elle exception à l'heure où la dégradation de nos finances publiques contraint nos investissements médicaux ? Ne risque-t-on pas d'acter une rupture anthropologique majeure en reconnaissant dans la loi que certaines vies valent plus d'autres ? Que deviendrait alors notre conception de la valeur de la vie ?

M. Patrick Hetzel (DR). L'intégration dans le code de la santé publique de l'aide à mourir est en contradiction avec les dispositions qu'il contient. Aucun pays étranger n'a fait ce choix, par respect des professionnels de santé. Il y a quelque chose d'indécent à leur imposer certains actes. Pourquoi les soumettre à une telle pression ?

Par ailleurs, le Conseil d'État, dans son avis de 2024, exigeait que le Gouvernement clarifie les termes et évoquait un risque d'euphémisation. J'ajoute qu'il a employé treize fois le terme d'« euthanasie » et dix fois celui de « suicide assisté » : considérez-vous cela comme indécent, madame Rousseau ?

Mme Annie Vidal (EPR). L'article 2 autorise l'administration d'une substance létale par un tiers soignant et institue une irresponsabilité pénale pour les participants. En franchissant la ligne qui sépare le laisser mourir du faire mourir, il transgresse l'interdit fondateur de donner la mort, interdit qui n'est pas une survivance archaïque mais le socle sur lequel repose la confiance du patient à l'égard du soignant et plus largement la protection de toute personne vulnérable contre les pressions, même bienveillantes, visant à abréger sa vie.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Supprimer l'article 2 nous priverait du débat sur les questions sémantiques qui semblent tant vous tenir à cœur.

Monsieur Bentz, je ne comprends pas votre volonté d'opposer l'aide à mourir aux soins palliatifs. Nous avons consacré à ces derniers une loi spécifique. Elle a été votée, et même promulguée : le débat est clos.

Monsieur Hetzel, contrairement à ce qu'indique l'exposé sommaire de votre amendement, les professionnels n'auront pas à proposer aux malades de recourir à l'aide à mourir. Seul le patient peut faire une demande en ce sens. Je vous renvoie aux cinq conditions posées à l'article 4.

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

Je serai défavorable à l'ensemble de ces amendements qui vident le texte de sa substance.

M. Jean-François Rousset (EPR). Revenons sur les définitions. Un soin palliatif vient pallier un symptôme : quand le patient ne peut plus manger, il s'agit pour le personnel soignant de lui poser une sonde gastrique ; quand ses souffrances sont intolérables, impossibles à calmer par les moyens habituels, il s'agit de lui administrer des substances qui, par leur débit et leur volume, entraînent progressivement la mort.

Monsieur Hetzel, la pression que vous évoquez, les médecins la subissent depuis leur troisième année d'études : ils sont habitués à accompagner les patients, à domicile, à l'hôpital. Avant même la création des unités de soins palliatifs, généralistes et spécialistes ont su aider leurs patients en proie à des douleurs insoutenables. Beaucoup de progrès ont déjà été faits. Poursuivons dans cette voie et aidons les gens à mourir dans des conditions normales.

M. Nicolas Turquois, président. Comme nous abordons la discussion de l'article 2, je vais donner la parole aux six collègues qui me l'ont demandée. Ensuite, j'appliquerai la règle « un pour, un contre ».

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Chers collègues, voilà que vous vous faites les grands défenseurs de la politique de santé publique. Pourquoi, lors du débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, n'avez-vous pas demandé que soit mis fin aux exonérations de cotisations patronales afin d'augmenter les ressources de notre système de santé et d'améliorer l'accès aux soins ?

Lorsque les soins palliatifs, auxquels nous avons légitimement consacré un texte distinct, ne peuvent plus soulager le patient, celui-ci doit pouvoir exercer son ultime liberté : éteindre la lumière. Ce droit à mourir ne retire rien à quiconque et n'oblige personne à se l'appliquer à soi-même. C'est le principe même de cette proposition de loi. Supprimer l'article 2 reviendrait à l'anéantir.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Comme toutes les Insoumises et tous les Insoumis, je suis favorable au droit à disposer librement de son corps, dont le droit à mourir dans la dignité est le prolongement logique. Pour l'exercer, aujourd'hui, il faut soit partir à l'étranger, ce qui suppose des moyens financiers, soit recourir à des aides clandestines, ce qui requiert de faire jouer des contacts privés, soit se suicider, ce qui expose au risque de ne pouvoir dire adieu à ses proches dans de bonnes conditions. Des milliers de personnes attendent de nous que nous leur donnions la possibilité de soulager leurs souffrances.

Par ailleurs, les arguments utilisés pour défendre ces amendements de suppression ne sont pas justes. L'opposition entre soins palliatifs et aide à mourir n'est pas fondée. Le risque d'une réduction du nombre d'unités de soins palliatifs n'est nullement avéré. Au contraire, dans tous les pays où l'aide à mourir a été légalisée, il y en a plus qu'en France : en Suisse, deux fois plus ; en Belgique, 1,5 fois plus ; au Portugal, 1,4.

Enfin, les comparaisons que font certains avec l'Allemagne nazie sont affligeantes, épouvantables et irrespectueuses. Le droit à mourir n'a jamais existé sous le régime national-socialiste. Aucune loi n'existait vraiment, du reste, puisque tout était laissé à la discrétion de la Chancellerie. Il y a eu des crimes de masse d'État visant des populations sélectionnées perpétrés par un petit groupe de dirigeants politiques.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Notre République s'est construite sur un principe fondamental : protéger chaque vie humaine, en particulier lorsqu'elle est fragilisée par la maladie, la dépendance ou la fin de vie. Notre pacte républicain s'appuie sur la solidarité, l'accompagnement et la fraternité. Face aux souffrances, la puissance publique a la responsabilité d'assurer à tous un égal accès aux soins. Or certains territoires sont encore dépourvus d'unités de soins palliatifs : il faudra bien dix ans pour que la couverture soit complète. Autrement dit, le droit à la mort provoquée, si ce texte est voté, sera effectif plus rapidement que la possibilité de recourir aux soins palliatifs, c'est ce qui nous inquiète le plus.

L'article 2 opère un changement de civilisation. Il modifie profondément le rôle confié à notre système de santé. Cette rupture aura des conséquences éthiques et sociétales considérables. La République doit demeurer aux côtés des plus vulnérables et leur assurer protection, soins et accompagnement jusqu'au terme de leur vie.

Mme Justine Gruet (DR). Nos collègues Insoumis sont favorables à l'autodétermination. Mais jusqu'où va cette liberté individuelle quand il s'agit de personnes vulnérables ? Le rôle du législateur est de les protéger en posant un cadre juridique qui permet d'établir ce qui est autorisé ou interdit.

Comment se prononcer sur la légitimité d'une demande ? Le malade doit « être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée », selon l'un des critères posés à l'article 4. Pour s'assurer qu'il n'y ait pas de pressions familiales, en particulier pour des raisons financières, il faut l'avis d'un juge. C'est la raison pour laquelle j'estime les délais trop réduits dans les cas où le pronostic vital n'est pas engagé à court terme.

Enfin, madame la rapporteure, vous affirmez qu'il ne reviendra pas au médecin de proposer mais il sera placé dans une situation où il devra faire le tri dans les souffrances, compte tenu de la subjectivité qu'implique l'appréciation du pronostic vital – je vous renvoie à l'alinéa 7 de l'article 4.

M. Nicolas Turquois, président. Chers collègues, je vous invite à vous en tenir à l'article dont nous sommes en train de discuter.

M. Yannick Monnet (GDR). Pourquoi n'avoir pas donné plus largement la parole pour respecter les équilibres ? Vous ne pouvez pas procéder au doigt mouillé : la règle doit être la même pour tous !

M. Nicolas Turquois, président. J'ai précisé qu'après avoir donné la parole à ceux qui l'avaient demandée sur les amendements de suppression, j'appliquerai la règle « un pour, un contre ».

La commission rejette les amendements.

Amendements AS9 de M. Patrick Hetzel, AS240 de Mme Justine Gruet et AS8 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

M. Patrick Hetzel (DR). Le droit à l'apaisement de la douleur est établi à l'article L. 1110-5 du code de la santé publique. Certains médecins pensent qu'il serait possible d'en faire un droit opposable car le soulagement de la souffrance fait encore l'objet de réticences. Mon amendement de réécriture de l'article 2 met l'accent sur cette étape, située en amont du suicide assisté et de l'euthanasie, sur laquelle je m'étonne qu'on ne se focalise pas davantage.

Quant à l'amendement AS8, la réécriture qu'il propose, inspirée de la définition du suicide assisté que donne l'Académie suisse des sciences médicales, elle vise à rendre intelligible l'objectif poursuivi par cette proposition de loi : « L'assistance au suicide est l'acte accompli dans l'intention de permettre à une personne capable de discernement de mettre fin à ses jours, après la prescription de médicaments par un médecin à des fins de suicide. » Personnellement, je ne suis pas favorable à cette légalisation mais cela a le mérite de la clarté : l'euphémisation ne conforte pas l'intelligibilité de la loi, règle de base que l'on doit respecter.

Mme Justine Gruet (DR). Mon amendement est quasiment identique à l'amendement AS9. La reconnaissance explicite d'un droit opposable au meilleur soulagement possible constitue, pour nous, un levier majeur de transformation des pratiques. Elle sécuriserait juridiquement les professionnels, réduits à l'autocensure médicale, et favoriserait une prise en charge plus active et plus complète de la douleur. Par ailleurs, elle répondrait à la peur centrale exprimée par de nombreuses personnes en fin de vie, celle de mourir dans la souffrance, et contribuerait à restaurer la confiance dans la capacité du système de soins à protéger jusqu'au terme de la vie.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Monsieur Hetzel, votre amendement AS8 renvoie à un débat sémantique que nous ouvrirons dans quelques minutes en abordant d'autres amendements.

Les amendements AS9 et AS240 visent à rétablir la rédaction adoptée par le Sénat, en séance, en première lecture, avant que l'ensemble du texte ne soit rejeté. Il ne suffit pas de désigner un droit comme étant opposable pour qu'il le devienne.

Avis défavorable sur ces trois amendements.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS364 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement vise à déplacer le droit à l'aide à mourir en dehors du code de la santé publique, en en faisant une disposition autonome, et énonce expressément que ce droit ne constitue pas un acte de soin. La médecine a pour vocation de soulager la souffrance, d'accompagner et de protéger la vie, non de la faire cesser. Ranger l'aide à mourir parmi les missions du système de santé, c'est entretenir une confusion qui fragilise la relation de confiance entre le patient et le soignant, en particulier pour les personnes les plus vulnérables.

Le II de l'article 2 révèle la nature de l'acte : il s'agit, en principe, d'un fait que la loi pénale réprime et que seule une autorisation expresse, au sens de l'article 122-4 du code pénal, vient justifier. Cette mécanique relève du registre de l'exception légale, non de celui du soin.

La place de ce régime n'est donc pas dans le code de la santé publique mais dans une loi propre qui en marque le caractère dérogatoire et le distingue nettement de la relation de soin.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Le choix légistique consistant à intégrer l'aide à mourir dans le code de la santé publique n'implique nullement que cet acte soit assimilé à un soin. Ce code comprend en effet bien des dispositions qui n'y rapportent pas. Citons le transport de substances vénéneuses, la sécurité sanitaire des eaux et des aliments, la gouvernance des établissements publics ou encore la police des débits de boissons.

Avis défavorable.

M. Yannick Monnet (GDR). Pour ma part je suis favorable à cet amendement. Je ne suis pas opposé à l'aide à mourir mais une telle codification introduit un doute : ce droit ne pourrait-il être considéré comme une alternative aux soins ? Si tel est le cas, cela contribuerait à exercer une pression sociétale sur le malade, auquel une pleine liberté ne serait alors plus garantie. De surcroît, cette codification n'est pas nécessaire pour rendre ce droit opérant.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Dans la partie du code de la santé publique où est inséré cet article, le soin est considéré au sens générique, il n'y est pas fait référence comme à un acte technique spécifique.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Si l'on suit votre logique, monsieur Monnet, il faudrait procéder à un toilettage complet du code de la santé publique.

En outre, intégrer dans ce code l'administration de produits provoquant la mort est le meilleur moyen d'éviter les dérives. Si nous ne le faisons pas, nous créerions une faille dans laquelle s'introduiraient certains.

Enfin, ce droit à l'aide à mourir n'est pas inconditionnel. Nous l'encadrons fermement, nul ici ne pourra le contester.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS224, AS225, AS222 et AS223 de Mme Justine Gruet, amendement AS576 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). J'entends que certains termes sont chargés d'histoire, mais l'aide à mourir l'est également. Mes amendements tendent à intégrer des substituts afin d'établir une claire distinction : « accès au suicide assisté et à l'euthanasie », « accès à la mort provoquée », « accès au suicide assisté et à l'euthanasie ». Il faut pouvoir procéder à ces changements dès l'article 2 pour assurer des coordinations ensuite.

Nommer les choses est sécurisant pour les patients et les soignants mais également pour la société civile en général. Même si cette loi n'est que la dix-septième préoccupation des Français, lorsque les gens m'en parlent, ils emploient les termes d'euthanasie et de suicide assisté. Il est important de montrer ce sur quoi nous nous engageons.

M. Christophe Bentz (RN). Mon amendement vise à inscrire les termes qui s'approchent de la réalité de l'acte pratiqué : « Expression de la volonté des malades de bénéficier d'un suicide assisté ou délégué ».

Chaque jour, dans toutes les unités de soins palliatifs, des malades exposés à de trop grandes souffrances demandent la mort, ce qui est profondément respectable et légitime. La seule question qui vaille, c'est de savoir quelle réponse doit leur apporter notre société : soit le soin, soit l'alternative que vous proposez, à savoir l'administration d'une substance létale, solution à laquelle nous nous opposons.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Je vais prendre un à un les termes que vous proposez et exposer les raisons de notre opposition à ces amendements.

Les termes de « suicide assisté » peuvent laisser penser qu'il s'agirait d'un geste de désespoir suscité par une crise suicidaire. Or l'aide à mourir concerne des personnes gravement malades, dont la mort est attendue à plus ou moins brève échéance, souhaitant elles-mêmes choisir les conditions de leur fin de vie. Le rapport de l'Observatoire national du suicide de 2025 montre que dans les pays où l'aide à mourir existe, le fait même de connaître les options disponibles et d'en parler avec un soignant peut parfois avoir un effet apaisant, voire redonner un peu d'espoir. La prévention du suicide et l'aide à mourir ne doivent pas forcément être opposées.

Le terme d'euthanasie est également contesté. On ne peut s'empêcher de penser aux crimes commis sous le régime nazi lorsqu'on l'évoque – Olivier Falorni était pris aux tripes quand il exprimait son opposition à ce mot.

Quant à l'expression « mort provoquée », elle n'est pas non plus appropriée. Elle laisse entendre que la cause première de la mort serait une intervention humaine, alors qu'il s'agit de la maladie dont souffre la personne.

Pourquoi avoir choisi « droit à l'aide à mourir » ? Ces termes correspondent à l'objectif de ce texte, qui consiste à créer un nouveau droit pour les patients, celui de demander une aide à mourir en étant accompagnés dans leurs démarches, droit strictement encadré, qui ne peut s'appliquer que dans certaines situations bien définies.

Des pays ont fait d'autres choix : « aide médicale à mourir » au Canada ; « mort assistée » en Nouvelle-Zélande ; « mort assistée volontaire » en Australie ; « mort dans la dignité » aux États-Unis, dans l'Oregon. Chaque État est libre de retenir les termes qu'il estime les plus adaptés.

Rappelons enfin que le Conseil d'État a affirmé que l'emploi de l'expression « aide à mourir » n'appelait pas d'objection de sa part.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. La rapporteure a parfaitement répondu à cette question ; je vous renvoie par ailleurs aux propos tenus par Olivier Falorni lorsqu'il était à ma place. Il ne peut y avoir d'expression plus claire que l'« aide à mourir », car elle fait référence à la mort – nul ne peut le contester. Elle signifie que l'aide à mourir est demandée par le patient, à l'inverse de la sédation profonde et continue, pour laquelle le patient n'est même plus conscient des thérapeutiques qui sont engagées.

Le mot euthanasie signifie « mort douce ». Qui a souillé ce mot ? Vous faites référence aux heures les plus sombres de l'histoire : on n'a pas le droit de le faire, ne serait-ce que par respect pour la mémoire de celles et de ceux, en particulier les handicapés, qui ont été victimes de ces exactions folles visant à les éliminer.

Le choix des mots est important : c'est le patient qui en fait la demande, pas seulement en raison de ses douleurs – ce n'est pas le sujet – mais parce qu'il est en phase terminale et qu'aucune solution thérapeutique n'existe. Il n'est plus dans une alternative : c'est un choix en plus, au moment où, dans son parcours de vie, le patient se retrouve confronté à cela. On ne peut pas retirer ce sens des mots que nous avons ciselés ensemble ; pour ce qui est des conditions, nous nous retrouverons à l'article 4.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Nous sommes tous d'accord sur un point : il faut que cette disposition soit clairement écrite. Madame Gruet, je ne doute pas que vous ayez lu dans le détail ce texte que nous examinons pour la sixième fois, mais je vous renvoie à l'alinéa 6 : « Le droit à l'aide à mourir est le droit pour une personne qui en a exprimé la demande d'être autorisée à recourir à une substance létale et accompagnée, dans les conditions prévues [...], afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est physiquement pas en mesure de le faire, qu'elle se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier. » En tant que législateurs, nous devons rédiger des dispositions précises, ne laissant aucune place à l'interprétation. Or la définition de l'aide à mourir ne peut pas être plus claire.

Il est également attendu de nous que l'on encadre ce droit. Je ne veux pas anticiper les discussions que nous aurons sur les articles qui suivent, mais tout l'objet de la discussion est précisément d'encadrer ce droit et de ne pas laisser entendre qu'il ne le serait pas.

M. Christophe Bentz (RN). Nous sommes à deux doigts de nous comprendre sur la terminologie – et ce n'est pas ironique.

Je vous poserai une simple question. Ce texte n'étant pas encore vigueur, le suicide assisté ou délégué est donc proscrit par la loi – et je souhaite que cela reste ainsi. À l'heure actuelle, si une personne s'injecte une substance létale, nous sommes tous d'accord pour reconnaître qu'il s'agit d'un suicide. Si malheureusement elle était votée, qu'est-ce que cette loi changerait en cas de suicide avec une injection létale, à part son encadrement juridique, en particulier concernant les conditions d'accès ?

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Vous oubliez que le patient qui demande une aide à mourir le fera dans le cadre de la loi que nous votons. Il s'agit d'un patient en fin de vie, avec des douleurs physiques et psychologiques, avec un pronostic vital engagé. Dans le cas que vous évoquez, en revanche, il n'y a aucun encadrement. J'espère vous avoir convaincu – je peux le lire sur votre visage.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS169 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Justine Gruet (DR). L'article L. 1110-5 du code de la santé publique dispose déjà que « toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ». Ce droit à une fin de vie digne constitue le fondement juridique sur lequel repose l'aide à mourir. Dès lors, créer un droit à l'aide à mourir distinct revient à superposer inutilement deux droits là où un seul suffit. L'aide à mourir n'est pas un droit nouveau, mais une modalité d'exercice du droit existant à une fin de vie digne. Le présent amendement tire les conséquences de cette analyse en ne conservant que la définition des conditions dans lesquelles l'aide à mourir peut être mise en œuvre. Il s'agit donc de remplacer « le droit à l'aide à mourir » par « l'aide à mourir ».

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Ce droit n'est absolument pas inconditionnel : il est encadré. Si le législateur reconnaît un nouveau droit, il en définit aussi les conditions d'exercice.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS577, AS578 et AS579 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). Accorder un droit suppose une universalité d'accès ; or nous contestons la création d'un droit universel. C'est la raison pour laquelle je vous propose trois amendements visant à remplacer la notion de droit à l'aide à mourir par « dispositif exceptionnel » pour le premier, « liberté de demander une » aide à mourir pour le deuxième et « dispositions relatives » à l'aide à mourir pour le troisième.

Il y a trois ans, avant la dissolution, nous avons travaillé sur le projet de loi initialement préparé par Agnès Firmin Le Bodo. Ce texte reposait sur un principe fondateur : la possibilité de demander une aide à mourir. Il s'agissait donc d'une exception. Aujourd'hui, nous n'en sommes plus là, et c'est précisément pour contester la création d'un droit universel que nous défendons ces amendements, qui sont bien plus que sémantiques. Sur le fond, passer d'une exception à un droit universel, cela change tout.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. La notion de « dispositif exceptionnel » laisse entendre que ce droit serait accordé à titre dérogatoire à quelques malades. Or l'accès à l'aide à mourir ne doit pas résulter d'une dérogation mais du respect des cinq conditions cumulatives que nous verrons à l'article 4. Vous évoquez ensuite la « liberté de demander une aide à mourir » : ce n'est pas tout à fait l'objet du texte puisqu'il vise non seulement à autoriser les personnes à demander qu'on les aide à mourir, mais aussi à les accompagner. Enfin, le terme « dispositions relatives » présente l'inconvénient d'effacer complètement la notion de droit.

Avis défavorable à ces trois amendements.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS29 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS647 de Mme Annie Vidal, AS581, AS582 et AS583 de M. Christophe Bentz, AS497 de Mme Karine Lebon (discussion commune)

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Dans un débat aussi grave, nous devons privilégier la clarté à l'euphémisme. Quel que soit le jugement que chacun porte sur le fond de ce texte, nos concitoyens ont droit à une terminologie sincère, transparente et fidèle à la réalité juridique des actes envisagés.

Toutefois, après plusieurs lectures de ce texte, les Français savent de quoi il retourne. Plus on parle de l'euthanasie, moins on l'aime, comme le démontrent nos votes sur ce sujet : en 2021, 79,7 % se sont exprimés en faveur de ce texte, contre seulement 53,2 % en 2026. Cela veut dire que tant que les défaillances de notre système de santé ne seront pas réglées, tant que les Français n'auront pas accès aux soins, ils seront réticents à ce texte. Ce n'était pas le bon moment pour en parler, et ce n'était pas aux législateurs de légiférer.

Mme Annie Vidal (EPR). Mon amendement vise à substituer à l'expression « à l'aide à mourir » les mots « au suicide assisté ou à l'euthanasie » car ces deux notions sont juridiquement identifiées.

Vous avez évoqué, madame la rapporteure, l'avis du Conseil d'État : celui-ci affirme en effet que l'aide à mourir ne pose pas de problème en soi, à condition que les deux actes soient clairement distingués dans le texte – ce qu'il ne fait pas – car l'engagement du tiers n'est pas le même dans les deux cas. Il faut lire l'avis jusqu'au bout, cela paraîtra beaucoup plus clair. Or ce sont bien le suicide assisté et l'euthanasie qu'autorise ce texte ; c'est également la définition retenue par l'Académie française, et c'est ainsi que la Belgique et le Luxembourg les nomment dans leur législation. La sincérité du vocabulaire législatif est, à mon sens, une exigence démocratique.

M. Christophe Bentz (RN). Je suis désolé de devoir vous détromper, monsieur le rapporteur général, si vous pensez avoir lu un signe d'approbation sur mon visage : vous ne m'avez pas convaincu.

En revanche, je vous pose à nouveau ma question car vous avez répondu à côté. Vous affirmez qu'il ne peut pas y avoir d'analogie entre un suicide qui interviendrait aujourd'hui et un autre qui serait commis demain en application de ce texte, parce que celui-ci prévoit des critères d'accès. Tout cela, c'est l'encadrement juridique : je connais le texte. Mais cela ne répond pas à ma question, qui tient en une phrase : une personne qui s'injecte une

substance létale se suicide-t-elle, oui ou non ? Si l'on répond oui à cette question – et je ne crois pas que l'on puisse répondre autrement –, en quoi ce suicide serait-il différent d'un autre commis dans le respect des critères d'accès définis dans ce texte ?

Les trois amendements que je défends – des amendements sémantiques de vérité, comme je les appelle – visent à clarifier l'expression « aide à mourir » en la remplaçant par « suicide assisté ou délégué », « assistance médicale au suicide » – c'est le terme issu du Sénat – ou « administration d'une substance létale » – cette expression correspondant au terme utilisé par le texte pour définir l'aide à mourir.

Mme Karine Lebon (GDR). Mon amendement vise à ajouter les mots « médical » et « médicalement » afin de rappeler clairement que l'aide à mourir s'inscrit dans un cadre médical. C'est une précision importante parce que l'article 2 définit une procédure particulièrement sensible, qui ne peut pas être comprise comme un acte isolé, privé ou laissé à l'appréciation de chacun. Elle suppose une demande, une évaluation médicale, un accompagnement, des conditions strictes, une traçabilité et un contrôle. Le texte prévoit d'ailleurs que l'administration d'une substance par un médecin ou par un infirmier ne peut intervenir que lorsque la personne n'est physiquement pas en mesure de le faire elle-même : cela montre bien que nous sommes dans une procédure médicalement encadrée, et non banalisée.

En levant une ambiguïté, cette précision renforce la lisibilité, la sécurité et l'encadrement du dispositif. On peut débattre du fond du texte, bien sûr, mais si ce droit est reconnu, il doit être nommé avec rigueur. Il s'agit d'une aide médicale à mourir, accompagnée médicalement.

Enfin, madame Dogor-Such, si ce n'est pas au législateur de légiférer, je ne sais pas à qui revient cette prérogative ! Les Français savent de quoi nous parlons, bien sûr, mais nous ne les avons jamais pris pour des imbéciles ; votre propos ressemblait à un aveu du contraire.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. J'émet un avis défavorable sur les amendements de Mme Dogor-Such, Mme Vidal et M. Bentz.

Madame Lebon, vous souhaitez préciser que l'aide à mourir est de nature médicale. Or le texte est suffisamment clair : l'aide médicale est présente à différentes étapes du processus ; sans aide médicale, ce texte n'existerait pas. Je vous propose donc d'en rester à ce qui a déjà été voté à plusieurs reprises.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Tout d'abord, madame Dogor-Such, il n'y a pas de bon moment pour légiférer sur des textes qui correspondent à une évolution sociétale. Et c'est quand même à nous de légiférer !

Concernant la mort programmée, n'oublions pas que le patient est atteint d'une maladie incurable, qui entraînera la mort dans un délai plus ou moins long, qu'on ne maîtrise pas forcément. Le processus est engagé, mais la mort programmée n'a rien d'un acte banal.

Enfin, monsieur Bentz, vous dites qu'une injection létale est un suicide. Mais dans le cadre que nous proposons, l'injection létale n'est autorisée que si le patient souffre d'une maladie incurable, avec des souffrances réfractaires. Ce n'est pas comparable à une injection

létale dans le seul but de se suicider. Il faut lire non pas une partie, mais la totalité des dispositions.

M. Patrick Hetzel (DR). Ces débats sont importants. La mort programmée – quelle terminologie faut-il utiliser ? – soulève une véritable question. Contrairement à ce que nous indiquaient les promoteurs du texte initial, la mort programmée ne concernera pas uniquement des patients en phase terminale. Nous aurons l’occasion d’en débattre à l’article 4, mais vous voyez bien que cette question est centrale dès l’article 2. Il est important de le dire et de le répéter à nos concitoyens parce qu’il existe un véritable décalage entre ce que vous avez affirmé pour promouvoir ce dispositif et ce qui est inscrit dans le texte.

M. Yannick Monnet (GDR). Rappel au règlement ! Ce n’est pas possible : on ne peut pas, dans une discussion commune avec des amendements qui n’ont rien à voir, se limiter à une expression pour et une expression contre. C’est envisageable pour des amendements identiques, mais pas pour des amendements différents – ou alors on ne débat de rien et on expédie les choses. Je ne suis pas d’accord, parce que cela signifie que seuls ceux qui sont contre s’expriment.

M. Nicolas Turquois, président. Monsieur Monnet, j’entends votre point de vue, mais ces sujets ont déjà été débattus à plusieurs reprises. De plus, chacun des amendements présentés a sa spécificité, qui pourrait...

M. Yannick Monnet (GDR). Alors il ne faut pas faire de troisième lecture à l’Assemblée nationale : ça ne sert à rien !

M. Nicolas Turquois, président. Je vous invite à l’apaisement.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS11 de M. Patrick Hetzel et AS227 de Mme Justine Gruet, amendement AS226 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

M. Patrick Hetzel (DR). Mon amendement a pour objectif de préciser que l’aide à mourir est « active », afin de souligner qu’elle constitue bien un acte. Il faut être intelligible : certains ont dit que le terme de « mort provoquée » était trop fort, mais nous devons faire attention à ne pas trop euphémiser. En l’occurrence, il faut faire le distinguo entre les soins palliatifs, qui sont d’une certaine manière un accompagnement à la fin de vie, et l’aide à mourir. Il serait pertinent, pour éviter toute ambiguïté, de parler d’aide active à mourir.

Mme Justine Gruet (DR). Mes deux amendements visent à spécifier que l’aide à mourir nécessite l’intervention d’un tiers, ou tout du moins l’administration d’une substance létale qui n’est pas la même que celle utilisée pour la sédation profonde et continue. En l’occurrence, il s’agit d’injecter une substance qui fait mourir le patient.

Je remercie M. Monnet d’avoir dit que ce sujet était important. Il ne sert à rien de faire une troisième lecture si vous refusez de débattre de nos arguments au motif qu’on en a déjà parlé – circulez, il n’y a rien à voir ! Selon M. le rapporteur général, l’existence de critères précis encadrant l’aide à mourir fait toute la différence avec le suicide. Or Mme la rapporteure a indiqué qu’il s’agissait d’un droit universel, et non d’une exception. Avec 1 million de personnes éligibles, on est loin de l’ultime recours ! (*Protestations.*) Mais oui, 1 million : cela concerne le diabète de type 2 insulino-requérant, les insuffisances cardiaques

compliquées, la maladie de Parkinson, les cancers en phase terminale, l'insuffisance rénale chronique terminale, la sclérose latérale amyotrophique...

Il faut mettre les choses sur la table : vous voulez ouvrir un droit nouveau universel, et non un ultime recours pour les personnes en fin de vie. Je n'entre pas maintenant dans les détails car nous verrons cela à l'alinéa 7 de l'article 4, qui précise que cela concerne les patients atteints d'une « affection grave et incurable [...] en phase avancée, caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible, marqué par l'aggravation de l'état de santé [...] ». Or le diabète est irréversible. Je respecte votre choix, mais il faut que nos concitoyens prennent conscience que c'est cela qui sera voté dans ce texte, tel qu'il est rédigé.

M. Nicolas Turquois, président. Je me permets de préciser qu'en 2025, il y a eu 650 000 morts en France : il me semble donc compliqué d'évoquer un chiffre de 1 million de personnes.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Vous souhaitez employer la notion d'aide active à mourir, ce qui laisse supposer que le patient est passif puisqu'il aurait besoin d'une aide active extérieure. Or c'est tout l'inverse puisque le patient lui-même est à l'origine de la demande. Je ne comprends pas cette proposition d'aide active à mourir : elle l'est déjà, par définition.

Avis défavorable.

Mme Annie Vidal (EPR). Sur la forme, on ne peut pas balayer ces questions d'un revers de la main sous prétexte qu'on en a déjà parlé. Tous ces sujets sont importants et, dans la mesure où nous n'avons obtenu aucune avancée, il est normal qu'ils soient à nouveau abordés lors de la troisième lecture, d'autant plus que nous sommes nombreux à ne pas vouloir de cette terminologie d'« aide à mourir ».

Sur le fond, on entend que le même produit est utilisé pour les deux actes, alors que ce n'est pas le cas. La sédation profonde et continue nécessite l'administration de midazolam avec un opioïde, afin d'endormir une personne qui se trouve dans la phase agonique de sa maladie et qui va en mourir à très court terme. En revanche, concernant la mort provoquée, il est prévu une injection d'un barbiturique, d'un curare et de chlorure de potassium, qui provoquera la mort en moins de cinq minutes. On ne peut donc pas dire que ce sont les mêmes produits : ce n'est pas vrai.

M. René Pilato (LFI-NFP). Puisque vous voulez faire un peu de sémantique, j'aimerais que l'on s'accorde sur les mots. La sédation profonde et continue, c'est un acte. Vous dites que donner la mort dans le cadre de l'aide à mourir ou dans celui de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, ce n'est pas la même chose ; or cela revient à donner la mort dans tous les cas. Ignorer systématiquement la souffrance réfractaire dans vos propos relève de l'hypocrisie. J'ai presque envie de vous demander si cela vous ferait plaisir de voir agoniser des gens pendant trois mois. (*Protestations.*)

M. Nicolas Turquois, président. Chers collègues, nous avons tous des sensibilités différentes sur ce sujet, mais évitons les provocations et les interpellations.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS580 et AS590 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Ces amendements sont bien plus que rédactionnels car ils changent tout : il s'agit de garantir un droit à ne pas mourir, au sens d'un droit à la vie et à être soigné. Nous rappelons ainsi à quel point nous sommes attachés à l'accompagnement jusqu'à la fin de la vie et aux soins palliatifs, qui sont un droit.

Cela me donne l'occasion de relancer M. le rapporteur général et Mme la rapporteure sur la question que je leur ai posée tout à l'heure, à laquelle je suis impatient d'obtenir une réponse – comme je suis têtu, je la poserai autant de fois que nécessaire : quand une personne en fin de vie s'injecte une substance létale, s'agit-il d'un suicide, oui ou non ?

Mme Brigitte Liso, rapporteure. S'agissant de l'amendement AS580, qui vise à instaurer un droit à ne pas mourir, vous l'aviez déjà présenté en séance. Olivier Falorni vous avait remarquablement répondu en disant qu'il aurait pu se déclarer favorable à ce droit s'il était opposable. Le présent texte n'a pas pour objet de provoquer la mort de malades mais d'aider les personnes qui se savent condamnées à mettre fin à leur souffrance insupportable.

Quant à l'amendement AS590, il vise à supprimer l'alinéa 6, ce qui revient à supprimer l'article 2.

Avis défavorable.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Monsieur Bentz, il n'y a pas ici ceux qui défendent la vie et ceux qui font l'apologie de la mort. Nous sommes tous des défenseurs de la vie, ainsi que de l'accompagnement des progrès de la médecine et du soin. Nous avons voté unanimement pour le développement des soins palliatifs partout en France : je crois qu'il faut le rappeler.

Alors que nous débattons des conditions de fin de vie, la réalité peut être difficile à entendre pour certains : cela est déjà pratiqué, soit par des médecins qui agissent en toute illégalité, soit en recourant à des substances qui se trouvent sur le marché noir. Quelles solutions donne-t-on à des personnes en fin de vie qui n'en peuvent plus de leurs souffrances physiques et psychologiques liées à une affection grave et incurable ? Quel accompagnement leur propose-t-on ? C'est une question d'humanité.

Madame Gruet, vous évoquiez le nombre de personnes éligibles : ce n'est pas le sujet. Ce n'est pas parce qu'un droit existe qu'une personne va en faire la demande. Nous encadrons et sécurisons ce droit en définissant quelles personnes pourront y recourir. Personne n'est capable de dire si les personnes qui respectent tous les critères feront réellement la demande de recourir à l'aide à mourir. Je suis le premier à défendre ce texte, mais je suis incapable de dire si, un jour, confronté à cette situation, je demanderai l'aide à mourir : je n'en sais absolument rien. En revanche, il est important que la loi évolue en la matière et permette à toutes celles et ceux qui se trouveront dans cette situation de faire ce choix.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Dans la mesure où l'aide à mourir constituerait un droit, nous devons légiférer : je suis d'accord avec vous sur ce point, madame Lebon. Mais nous en sommes à la troisième lecture du texte, après deux rejets par le Sénat et l'échec de la commission mixte paritaire ; les sociétés savantes de soins palliatifs alertent ; de nombreux soignants expriment leur vive inquiétude. Et pourtant, l'exécutif s'apprête à donner le dernier mot à l'Assemblée, dans un calendrier précipité. Pour ma part, j'estime que c'est aux Français

de décider, par référendum, si l'on autorise l'euthanasie ou le suicide assisté. Voilà ce que je voulais vous dire tout à l'heure.

Monsieur Pilato, chacun ici a déjà été confronté à la souffrance d'un proche, que ce soit un enfant, un ami ou un membre de sa famille. Vous ne pouvez pas dire ce genre de choses. J'estime simplement qu'en France, la souffrance devrait constituer une priorité nationale. Or notre système de soins est en berne et les progrès de la médecine n'empêchent pas la souffrance d'être encore présente : ce n'est pas normal.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS461 de Mme Marie-France Lorho et AS13 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS461 est retiré.

M. Patrick Hetzel (DR). L'objectif de mon amendement est de limiter l'aide à mourir au seul suicide assisté. Quand on regarde comment d'autres pays ont procédé, il n'y a pas de cas où l'on ait autorisé directement l'euthanasie. La Suisse, l'Oregon et la Belgique ont opté pour le suicide assisté. C'est la raison pour laquelle je propose cet amendement.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Vous proposez de supprimer l'accompagnement de la personne : nous y sommes fermement opposés. Nous ne souhaitons pas nous inspirer de dispositifs existant à l'étranger, par exemple dans l'Oregon, car nous ne voulons pas que les personnes demandant l'aide à mourir se retrouvent seules dans cette démarche.

Vous proposez également de supprimer la possibilité qu'un tiers administre la substance létale : ce serait en complète contradiction avec le principe d'égalité entre les malades puisque certains ne seraient pas physiquement capables de le faire. Mon avis est donc doublement défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Vous semblez faire de ce texte une vitrine, pour dire que cette loi s'appliquera en ultime recours pour des patients en fin de vie, qui souffrent et qu'il ne faudrait pas laisser agoniser ; mais le détail du texte montre bien qu'il ne s'agit pas de cela. Dites-le, afin que nous soyons au clair sur ce sur quoi nous légiférons.

L'article 4 prévoit que des personnes dont le pronostic vital n'est pas engagé puissent avoir recours à l'aide à mourir – ce qui, d'un point de vue éthique, me dérange, surtout compte tenu des délais prévus. Il m'importe toutefois moins de savoir si telle ou telle personne aura recours à l'aide à mourir que de définir clairement les choses en tant que législateur – en l'occurrence, le cadre juridique qui sera utilisé par les médecins au quotidien pour accepter ou refuser les demandes, et que nous examinerons à l'article 4.

Osez dire qu'il ne s'agit pas d'une loi d'ultime recours en fin de vie mais bien d'un nouveau droit à disposer de son corps !

M. René Pilato (LFI-NFP). Madame Dogor-Such, oui, nous avons tous déjà eu affaire à la souffrance dans notre entourage. Ce n'est pas cela qui nous sépare, mais le fait que vous ne compreniez pas qu'il est possible de la soulager. Vous devez tenir compte du fait qu'en l'état de nos connaissances scientifiques, certaines souffrances restent réfractaires à tout médicament – de manière variable selon les individus. Le jour où la recherche aura suffisamment avancé pour que ces souffrances n'existent plus, cette loi ne s'appliquera plus !

Nous parlons pour ceux qui, en 2026, se rendent à l'étranger parce qu'aucun médicament ne répond à leur souffrance. Accéder à l'aide à mourir est un droit qu'ils ne devraient même pas être obligés de demander.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Madame Gruet, les mots sont importants et le sujet est très grave : ce texte n'est pas une « vitrine ». Nous parlons de malades en fin de vie, dont le pronostic vital est engagé ou qui sont en phase terminale, comme c'est très précisément écrit à l'article 4 – et comme vous le savez très bien. Et puisque vous voulez légiférer de manière précise, je ne comprends pas pourquoi vous évoquez l'article 4 alors que nous examinons l'article 2.

À ces patients, nous proposons effectivement un nouveau droit. Ce sont eux qui le demandent ; ce sont eux qui en disposent. Ils sont ainsi maîtres de leur destin et de leur demande, contrairement à ce qu'il se passe dans toutes les unités de soins palliatifs, où le patient n'est plus maître de la chaîne de soins – même si je m'efforce de ne pas trop en parler maintenant que la loi visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs a été adoptée. C'est une bifurcation essentielle : jamais, dans aucun service de pathologies chroniques avancées, le patient n'organise lui-même les soins qui lui sont prodigués.

Dans le cas de l'aide à mourir, c'est le patient qui formule la demande, quand il est en phase terminale, avec les douleurs indicibles que cela suppose, ou si son pronostic vital est engagé – les critères que nous, législateurs, aurons définis. Ce n'est donc pas une « vitrine » ; le mot est vraiment mal choisi.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS234 de Mme Justine Gruet, AS586 de M. Christophe Bentz, AS460 de Mme Marie-France Lorho, AS235 et AS237 de Mme Justine Gruet, AS587 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). Je défendrai les amendements AS586, AS460 et AS587.

Monsieur le rapporteur général, madame la rapporteure, je me permets de répéter ma question car votre réponse pourrait régler notre débat sémantique. Au 8 juin 2026, le droit français reconnaît-il comme un suicide le fait qu'une personne, par exemple en fin de vie, s'injecte une substance létale ?

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Vous proposez par ces amendements de substituer à la référence au droit à l'aide à mourir les expressions « euthanasie », « suicide assisté », « mort provoquée », « suicide délégué », « aide active à mourir » ou « dispositif exceptionnel d'aide à mourir ».

Nous avons déjà abordé cette question sémantique, non seulement lors de nos précédentes lectures, mais encore ici même il y a un quart d'heure.

Avis défavorable à l'ensemble de ces amendements.

Mme Béatrice Bellay (SOC). Afin d'éviter toute réitération de la question sémantique soulevée par notre collègue Bentz, je souhaite lui poser une question. Monsieur Bentz, si une personne s'injecte une dose d'héroïne et en meurt, est-ce un suicide ? S'il en

meurt, c'est que la dose est létale, et il me semble que vous avez là la réponse à votre question : non, ce n'est pas nécessairement dans le cadre d'un suicide que quelqu'un s'injecte une substance létale.

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

Amendements AS232 et AS233 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). En 2024, nos débats avaient fait de la majorité un enjeu central. L'exemple de la Belgique, qui autorise déjà l'euthanasie pour les mineurs atteints d'une maladie incurable et souffrant de douleurs physiques constantes et insupportables sans possibilité de soulagement, nous avait fait craindre d'éventuelles dérives.

Pour éviter de suivre la même voie, il convient de préciser clairement que le suicide assisté et l'euthanasie ne seront pas autorisés pour les mineurs. L'article 4 fait certes de la majorité un critère d'accès au droit à l'aide à mourir, mais c'est une ligne rouge si fondamentale que mes deux amendements tendent à spécifier dès sa définition à l'article 2 que la personne concernée doit être majeure.

Souvenez-vous des mots d'Olivier Falorni dans l'hémicycle : « *Si vous voulez tout, vous n'aurez rien.* » Je suis intimement convaincue que l'adoption de cette proposition de loi conduira à ouvrir ce droit aux mineurs ; il s'agit donc de sécuriser le dispositif.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. On nous reproche sans cesse d'écrire des lois bavardes, et c'est exactement ce que vous proposez ici. L'article 4 pose déjà le critère de la majorité ; l'inscrire à l'article 2 ne le rendra pas plus fort.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). La mention « âgé d'au moins 18 ans » est inscrite noir sur blanc dans le texte, et nous avons toujours dit que nous ne visions pas la prise en charge des mineurs. Il est inutile de se faire peur ! Oui, les lois évoluent, et celle-ci sera peut-être modifiée dans dix ans, mais votre amendement ne fait qu'alimenter la peur en sous-entendant que les mineurs pourraient être pris en charge si le critère de la majorité n'était pas répété dix fois.

*Les amendements AS232 et AS233 sont **retirés**.*

Présidence de M. Frédéric Valletoux, président

Mme Annie Vidal (EPR). La différence entre l'overdose et l'auto-administration d'une substance létale tient à l'intentionnalité du geste. Celui-ci vise à provoquer la mort dans le second cas, alors que dans le cas d'une overdose, le produit n'est pas consommé dans l'intention de mourir. La notion d'intentionnalité est très importante.

Amendements AS462 de Mme Marie-France Lorho et AS588 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS462 tend à ajouter que la personne est « en pleine possession de son discernement ».

L'amendement AS588, que j'ai déposé à chaque lecture du texte, vise à conjuguer le verbe « exprimer » au présent plutôt qu'au passé composé. Votre logique veut que la demande exprimée soit réitérée : dans la mesure où le passé composé évoque une action ponctuelle, le présent me semble plus adapté.

Enfin, je remercie ma collègue socialiste de m'avoir répondu, mais c'était l'avis des rapporteurs que je demandais. Monsieur le rapporteur général, madame la rapporteure, vous défendez le texte et il est normal que nous vous demandions des comptes ! Pourriez-vous répondre à ma question, qui n'est pas sémantique mais purement juridique ?

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Concernant l'amendement AS588, nous n'utilisons pas le présent car la procédure s'effectue par étapes : c'est bien après avoir formulé une première demande que la personne la réitère. L'usage du passé composé est donc assez logique ; vous l'avez pratiquement dit vous-même. Avis défavorable.

L'amendement AS462 est satisfait à l'article 4. Demande de retrait ou avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Il peut être maladroit de comparer suicide et suicide assisté, mais la question de notre collègue Bentz reste légitime. D'après les critères que nous avons définis, le pronostic vital n'est pas forcément engagé à court terme – c'est d'ailleurs pour moi tout l'enjeu éthique de ce texte, qui ne s'adresse pas forcément à des personnes qui vont mourir, mais à des personnes qui veulent mourir. Je ne suis pas là pour juger de la légitimité de leurs demandes mais pour définir un cadre protecteur, notamment pour les personnes les plus vulnérables. Si la question de M. Bentz peut sembler inadaptée en cas de pronostic vital engagé à court terme, elle est opportune dans les autres cas.

La commission rejette successivement les amendements.

L'amendement AS231 de Mme Justine Gruet est retiré.

Amendement AS493 de M. Jean-François Rousset

M. Jean-François Rousset (EPR). Certains cas rares doivent nous interpeller. Prenons la situation, par exemple, d'un malade qui se verrait annoncer une maladie grave, avec une évolution fatale à court terme, et qui écrirait dans ses directives anticipées que, le moment venu, il souhaite bénéficier de l'aide à mourir et qu'il l'exprimera. Si ce malade tombe dans le coma ou que sa maladie continue d'évoluer et l'empêche de communiquer, ces directives anticipées ne seront pas prises en compte. Mon amendement tend donc, pour des cas très particuliers, à permettre qu'elles le soient dans un délai raisonnable encadré par décret.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Nous avons déjà longuement parlé des directives anticipées. Il est requis que la volonté soit libre et éclairée tout au long de la procédure. La demande d'accès à l'aide à mourir est d'une nature si particulière qu'il faut qu'elle soit explicite et réitérée ; il est donc difficile qu'elle soit anticipée. Vous savez combien nous tenons à l'équilibre de ce texte.

Avis défavorable.

M. Yannick Monnet (GDR). Je partage l'avis de Mme la rapporteure. Si la personne tombe dans le coma, les dispositions relatives à la sédation longue et profonde peuvent parfaitement s'appliquer sans qu'il soit nécessaire de changer ce texte-ci. Cela revient au même, et il est nécessaire de borner le dispositif prévu.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS594 et AS589 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). Madame la rapporteure, vous avez rappelé à propos de mon amendement AS588 que la demande doit être réitérée. C'est l'objet des amendements AS594 et AS589, qui visent à inscrire le caractère réitéré de la demande dans le texte dès l'article 2. En toute logique, vous devriez vous en remettre à leur sujet à la sagesse de la commission.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Je vais encore vous décevoir. Votre demande est satisfaite puisque le texte prévoit dans sa rédaction actuelle que la volonté de la personne soit vérifiée plusieurs fois – à l'article 5, à l'article 6 ou encore à l'article 9. Ajouter cette précision à l'article 2 est superflu.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Compte tenu du fait que l'amendement AS493 de M. Rousset vise déjà à supprimer le critère de l'avis libre et éclairé établi à l'article 4, nos alertes sur la capacité de la personne à redonner son avis ne semblent pas si inappropriées ! Madame la rapporteure, vous parlez de l'équilibre du texte moins par souci éthique que pour favoriser son adoption ; cela m'inquiète.

Monsieur Rousset, je comprends votre demande de faire figurer dans le texte le cas des directives anticipées – c'est une demande légitime, et l'idée de ne pas accéder à ce nouveau droit en cas d'incapacité à réitérer la demande peut être effrayante. Mais c'est vertigineux ! Par exemple, à quel moment faudrait-il euthanasier la personne ? Il est extrêmement difficile, du point de vue éthique, de déterminer ce délai, et c'est parce que le pronostic vital est engagé à court terme que nous pouvons nous permettre de telles dispositions dans le cas de la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Madame Gruet, votre argumentaire montre en réalité combien le texte est solide, puisque trois articles disposent que la demande est confirmée à chaque étape du processus. C'est la différence entre les soins palliatifs et cette aide exceptionnelle à mourir pour les patients qui la demandent. Dans le cas des soins palliatifs, les patients ne sont plus en état de réitérer leur demande et ont rédigé des directives anticipées. Dans le cas de l'aide à mourir, pas du tout ! C'est la demande du patient qui compte – sans cette demande, et sans conformité aux critères, on ne peut pas lui administrer l'aide à mourir. Voilà les verrous que nous avons posés : ils sont inamovibles, et beaucoup plus solides que ceux définis pour les soins palliatifs qui vont jusqu'au décès – c'est-à-dire jusqu'à la mort. Car, oui, nous osons prononcer le mot « mort » !

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS595 et AS597 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS595 tend à inscrire à l'article 2 que la demande de mort ne peut avoir lieu qu'après que des soins palliatifs ont été effectivement proposés.

Madame la rapporteure, vous me dites à chaque fois que mes amendements sont satisfaits à d'autres articles du texte. Je le sais ! Néanmoins, c'est dès l'article 2 – qui définit le droit d'accès à l'aide à mourir et constitue pour moi le cœur du réacteur – qu'il faut sécuriser au maximum la réitération de la demande, la proposition effective de soins palliatifs et l'exception de demande en posant des verrous, pour reprendre le terme employé à l'instant par M. le rapporteur général.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Inscrire cette disposition à plusieurs endroits du texte ne constitue pas un verrou supplémentaire. Une loi est un ensemble et les articles ne s'appliquent pas isolément à notre guise. Rien ne peut contester une disposition inscrite à tel ou tel alinéa et ce n'est pas en la répétant dix fois qu'on la renforce.

Avis défavorable.

M. René Pilato (LFI-NFP). Collègue Bentz, un texte s'applique dans son ensemble, mais vous souhaitez répéter dix fois la même chose. Pourquoi, dans ce cas-là, ne pas rédiger une loi avec un article unique qui contiendrait toutes les dispositions ? C'est au fond ce que vous demandez, et cela nous éviterait de nous répéter !

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

Amendement AS14 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS14 est défendu.

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

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle **rejette** l'amendement AS598 de M. Christophe Bentz.*

Amendement AS488 de Mme Marie-France Lorho, amendements identiques AS346 de Mme Justine Gruet et AS584 de M. Christophe Bentz, amendements identiques AS127 de Mme Nicole Dubré-Chirat, AS451 de Mme Sandrine Rousseau et AS498 de M. Yannick Monnet, amendements AS525 de Mme Danielle Simonnet et AS157 de M. René Pilato (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS488 est défendu.

Mme Justine Gruet (DR). Mon amendement vise à circonscrire le dispositif prévu au seul suicide assisté – donc à supprimer l'euthanasie. Dans la définition de l'aide à mourir, il nous a été difficile de nommer ces actes, qu'elle englobe tous les deux. Ils sont pourtant éthiquement très différents puisque l'euthanasie implique l'intervention d'un tiers. D'autres amendements tendront par la suite à définir l'incapacité physique. En effet, des technologies innovantes permettraient que le patient s'injecte lui-même le produit même en cas d'incapacité physique. Je répète que l'intervention d'un tiers, qui plus est d'un professionnel de santé, peut poser des difficultés.

M. Christophe Bentz (RN). Pour les opposants au texte que nous sommes, ceux de nos amendements que nous sommes en train d'examiner sont des amendements de repli – voire de repli de repli de repli ! Mon amendement vise ainsi à supprimer du dispositif le suicide délégué à une personne soignante pour le limiter au suicide assisté. Cet amendement revient à l'intention initiale du texte. Les critères ont été étendus et l'exception est devenue un droit général. Nous souhaitons parcourir le chemin inverse. Pour cette troisième lecture, notre rôle d'opposants est en effet de vous convaincre de restreindre le dispositif au maximum.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Mon amendement tend à permettre à la personne sollicitant une aide active à mourir de choisir entre une auto-administration de la substance létale et une administration par un médecin ou un infirmier.

La première version du texte prévoyait que le droit à l'aide active à mourir repose sur un principe essentiel : la liberté d'y recourir. Il est par conséquent fondamental de laisser au patient le choix des modalités de réalisation de l'acte – sachant que les professionnels de santé sont libres d'exercer leur clause de conscience. Je rappelle que 70 % des soignants sont favorables à cette évolution.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Une personne doit pouvoir bénéficier de l'aide active à mourir, qu'elle soit ou non en capacité physique de s'administrer la substance. C'est le sens de l'amendement AS451.

Nous avons déjà eu ce débat lors des précédentes lectures et certaines dispositions permettant à un soignant d'administrer la substance à la place de la personne ont été adoptées en séance publique. Si la substance se prend en comprimés par voie orale, il faut par exemple d'abord prendre un anti-vomitif. Tout cela engendre du stress à un moment où l'on souhaite la sérénité.

L'amendement vise donc à supprimer la condition de l'incapacité physique, afin de donner à toute personne qui le souhaiterait et qui aurait effectué cette démarche la possibilité d'être aidée au moment de l'administration de la substance par une personne soignante présente dans la pièce – qui, bien entendu, serait libre d'exercer sa clause de conscience.

M. Yannick Monnet (GDR). Mon amendement est identique, mais je le défends différemment. Si je souhaite plutôt restreindre l'accès au droit à l'aide à mourir pour éviter les dérives, je crois qu'une fois que nous en avons accepté l'idée, il ne faut pas restreindre la manière dont les personnes vont en disposer. Il est très discriminatoire de conditionner l'assistance à une incapacité physique. Il est clair que certaines personnes auront des difficultés morales à s'administrer le produit ; si nous n'en tenons pas compte, nous ferons une loi pour les forts. Il faut donc que chacun, dès lors qu'il veut bénéficier de ce droit et réunit tous les critères, ait le choix jusqu'au bout de s'administrer la substance ou de se la faire administrer. Conditionner l'assistance à l'incapacité physique instaure une hiérarchie et pose un vrai problème d'accès au droit. Or, si nous avons choisi de conserver l'expression « droit à l'aide à mourir », c'est précisément parce qu'il n'y a pas de hiérarchie morale entre les différentes manières de mourir.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Avant tout, je souhaite dire que notre groupe s'est engagé à ne déposer que des amendements déjà adoptés en commission afin de ne pas rouvrir le débat sur certains sujets – même s'il y en a qui nous tiennent à cœur, comme les directives anticipées.

Notre commission a déjà voté en faveur du libre choix des modalités de réalisation de l'aide à mourir, non pour leur restriction. Si une personne en capacité physique de s'administrer la solution létale souhaite, pour des raisons qui lui sont propres, que cette substance soit administrée par un tiers membre du personnel soignant, il faut lui garantir cette liberté de choix sans qu'elle ait à se justifier. Les soignants disposent de leur clause de conscience et plus de 70 % d'entre eux sont favorables à l'aide à mourir. Garantissons donc aux patients un minimum de sérénité.

Il est par ailleurs très difficile d'établir l'aptitude ou l'inaptitude d'une personne : il y a plutôt un continuum beaucoup moins clair de situations de perte d'autonomie – d'autant qu'à ce moment-là, l'aptitude physique est étroitement liée à l'aptitude psychologique. Respectons donc la liberté de choix de la personne sans la juger et sans lui faire l'offense d'exiger d'elle qu'elle se justifie.

L'article 4 restreint très bien les conditions d'accès au droit à l'aide active à mourir ; il n'y a aucune raison de restreindre aussi les modalités d'administration de la solution létale.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'amendement AS157 nous permet, pour la première fois en trois heures et demie de débat, d'interroger le périmètre à accorder à l'autonomie et à la liberté humaines. Tel qu'il est rédigé, le texte crée une souffrance subsidiaire, inutile et gratuite – celle de devoir s'administrer la substance dans tous les cas, y compris lorsqu'on ne veut pas le faire par peur ou par angoisse. Ce choix dur et cruel peut conduire à perdre la souveraineté que l'on aurait pu avoir sur les dix dernières minutes de sa vie en compagnie de ses proches.

Le texte prévoit très clairement qu'on ne peut être aidé au moment de l'administration de la substance qu'en cas d'incapacité physique à se l'administrer soi-même – ce qui pose la question des frontières de l'incapacité physique. Il faut que nous reconnaissons le droit moral à choisir la modalité d'administration – c'est une question d'éthique personnelle comme de morale collective.

L'amendement vise ainsi à garantir la liberté de choix entre l'auto-administration de la substance, que souhaiteront de nombreux bénéficiaires, et l'accompagnement par un professionnel.

Choisir le pourquoi, c'est une chose, mais il faut aussi choisir le comment – pouvoir se concentrer sur les dernières secondes, choisir comment on dit au revoir aux gens, quel échange de regards, quel contact avec ses proches. L'enjeu est de retirer une angoisse, un stress des dernières minutes de la vie. On devrait pouvoir s'accorder toutes et tous sur ce droit à disposer de soi et, surtout, de ces minutes, peut-être les plus précieuses de toute une existence.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Ces amendements sont très importants ; malheureusement, je crains de ne satisfaire personne.

À nos collègues souhaitant rendre impossible l'administration de la substance létale par un tiers, je répète que cela entraînerait une rupture d'égalité entre les malades. Certains, n'étant pas en capacité de se l'administrer eux-mêmes, devront demander à un soignant de les aider. Les soignants, quant à eux, peuvent accepter ou non, puisqu'ils disposent d'une clause de conscience.

S'agissant des amendements visant à supprimer la condition d'incapacité physique, j'en comprends la raison d'être – vouloir n'est pas pouvoir. Une personne pourrait vouloir bénéficier de l'aide à mourir mais ne pas être en capacité de procéder elle-même à l'administration de la substance létale.

Toutefois, l'auto-administration est l'expression de l'autonomie de la personne. Elle peut aussi être considérée comme une ultime confirmation que la personne souhaite recourir à la substance létale. Enfin, comme je l'ai dit au sujet des directives anticipées, je crois beaucoup, pour reprendre les mots d'Olivier Falorni, à l'équilibre du texte, ce qui m'amène à émettre un avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Je suis d'accord avec notre collègue Yannick Monnet, pour autant que les critères soient restrictifs. L'inconvénient, c'est qu'ils ne le sont pas assez. Les personnes favorables au texte sont favorables à l'euthanasie, comme l'ont montré les précédentes lectures : plusieurs secondes délibérations ont été nécessaires à ce sujet.

Le précédent amendement que j'ai défendu reposait sur l'idée que le suicide assisté permet d'assurer l'autodétermination et la liberté individuelle que les personnes favorables au texte défendent. Au Canada, où il y a le choix entre l'euthanasie et le suicide assisté, on compte un peu plus de 10 000 euthanasies pour seulement sept suicides assistés. Laisser le choix, c'est donc faire primer l'euthanasie *in fine*.

La liberté individuelle dont procède l'autodétermination ne doit pas engager quelqu'un d'autre, d'autant moins s'il s'agit d'un membre du corps médical. Que les critères ne soient pas restrictifs, dans des situations où certaines personnes veulent mourir sans qu'il soit certain qu'elles mourront à échéance de six mois ou un an, soulève des interrogations s'agissant de l'engagement des professionnels de santé dans un acte qui fait mourir.

En tout état de cause, vous souhaitez favoriser l'euthanasie au détriment du suicide assisté. Si une personne n'est pas en capacité physique de s'administrer elle-même la substance, elle relève de la loi Claeys-Leonetti.

Mme Annie Vidal (EPR). Si ces amendements étaient adoptés, cela changerait considérablement les choses, car le périmètre du texte s'en trouverait modifié, ce qui met en évidence sa fragilité, puisqu'il suffit d'un amendement pour en menacer l'équilibre.

À l'origine, il était question d'un texte prévoyant l'auto-administration, l'administration par un tiers étant l'exception. Laisser le libre choix, c'est modifier considérablement la philosophie du texte. Cela prouve que ce texte est fragile et qu'il y a une volonté, assumée par certains de nos collègues, d'aller bien au-delà de ce qui est rédigé. La nôtre, déterminée, est de faire en sorte que le dispositif demeure très encadré.

M. René Pilato (LFI-NFP). Nous parlons de la place respective de l'auto-administration et de l'administration par un tiers, mais pas n'importe lequel. Le tiers est le médecin, l'infirmier ; il a accompagné le patient, a noué avec lui une relation de confiance ; la personne peut lui demander, comme l'a dit notre collègue Clouet, de faire en sorte que ses dernières minutes soient pleinement accordées à son entourage.

À partir du moment où le tiers est bien un personnel soignant, il me semble que l'ultime liberté, dans le temps imparti, celui où on sait qu'on va mourir et mettre un terme aux souffrances réfractaires, exige de donner le choix entre l'auto-administration et une

concentration complète auprès des proches. Nous soutiendrons donc les amendements AS127 et suivants.

M. Jean-François Rousset (EPR). Je suis favorable à ces amendements. Très concrètement – c’est un témoignage, c’est du vécu –, si, au dernier moment, quelqu’un qui avait pourtant envie de s’administrer la substance létale n’y arrive pas, parce qu’il ne le peut pas, et absorbe la moitié de la substance, il est à moitié mort. Que faire alors, en pratique ? Relancer la procédure prend beaucoup de temps. Il faut éviter de telles situations et, pour ce faire, les prévoir dans notre texte.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. C’est un point très important du texte, comme le sont les dispositions relatives aux directives anticipées, qui ont elles aussi fait l’objet d’avis opposés ; dès le départ, nous avons justement voulu faire en sorte que le texte soit le plus équilibré possible.

Tel qu’il est rédigé, il prévoit que seules les personnes qui ne sont pas en mesure de procéder à l’auto-administration pourront s’en remettre à un professionnel de santé. Je crois qu’il faut en rester à cet équilibre. Je ne voudrais pas que, à un moment ou à un autre, on nous dise que le texte est fragilisé en raison du transfert d’une charge sur le personnel médical. Il faut être prudent – comme nous l’avons été à l’article 4, dont nous allons débattre à nouveau, ce qui permettra de bien préciser les choses, madame Gruet – au sujet des directives anticipées comme de ce double principe : auto-administration ou administration par un tiers, mais réservée aux personnes qui sont dans l’incapacité de procéder à l’auto-administration, ce qui nous préserve des excès. Il est essentiel que nous nous en tenions à ce que nous avons fait lors des précédentes lectures.

Je peux comprendre que l’on demande cette évolution, mais il ne faudrait pas qu’elle fragilise le texte ou suscite l’incompréhension à propos de la façon dont nous l’abordons. Il faut aboutir et voter le texte : celles et ceux qui le défendent souhaitent qu’il entre enfin dans une phase concrète.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS228 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Il s’agit de faire constater par écrit l’incapacité physique par un médecin, dans la mesure où l’éthique du geste n’est pas la même selon qu’il s’agit d’une auto-administration ou d’une administration par un tiers.

Mme Dubré-Chirat dit que nous mentons ; monsieur Pilato, vous mentez quand vous dites que le médecin qui répondra à la demande connaît le patient. Dans le texte, je ne lis pas que tel est nécessairement le cas. La demande peut être adressée à tout médecin, qu’il connaisse ou non le patient.

Monsieur le rapporteur général, l’équilibre dont vous parlez n’est pas éthique, mais politique, en vue de parvenir *in fine* à une adoption du texte. Il me semble essentiel que nous, législateur, en restions à l’éthique.

De ce point de vue, le suicide assisté n’est pas la même chose que l’euthanasie, surtout si le pronostic vital n’est pas engagé à court terme. Il s’agit de faire une distinction éthique entre le suicide assisté et l’euthanasie, laquelle doit rester une exception en cas d’incapacité physique.

M. le président Frédéric Valletoux. Madame Gruet, personne, dans cette commission, ne ment.

Mme Justine Gruet (DR). On nous en a accusés. Vous n'étiez pas présent à ce moment-là.

M. le président Frédéric Valletoux. Je n'étais pas là, mais les interprétations peuvent diverger et nous sommes là pour en discuter. L'éthique, c'est aussi celle du débat démocratique, qui mérite d'être respecté. L'éthique, c'est respecter l'équilibre politique des débats tels qu'ils sont issus du vote. C'est une forme d'éthique démocratique.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. La modification proposée aurait davantage sa place dans les articles relatifs à la procédure. Sur le fond, les modalités de l'administration sont définies par le médecin en accord avec le patient. L'amendement est satisfait.

Demande de retrait ou avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Il n'y a pas de contrôle *a priori* de la légalité des critères. Nul n'aura donc vérifié, avant que la personne soit décédée, si elle était ou non en capacité physique de procéder à l'auto-administration. C'est un point primordial du texte. C'est ce qui fait la différence entre le suicide assisté et l'euthanasie.

Dans la procédure, à aucun moment il n'est prévu de vérifier la capacité physique du patient. Sur ce point, le texte est fragile ; au demeurant, nous avons dû reprendre plusieurs fois nos délibérations, car le choix entre suicide assisté et euthanasie avait été supprimé.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. L'article 6 dispose, à l'alinéa 19 : « En accord avec la personne, il détermine les modalités d'administration de la substance létale et choisit le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner pour cette administration lorsqu'il ne l'accompagne pas lui-même. » Le pronom « il » désigne le médecin.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Madame Gruet, je vois bien que vous voulez, dans l'examen de l'article 2, en faire d'autres – l'article 4, l'article 6, l'article 12. Vous avez dit vous-même qu'il ne faut pas que la loi soit bavarde et qu'il faut bien légiférer.

Laissez à l'article 2 les dispositions qu'il contient et présentez lors de l'examen de l'article 4 les argumentaires adéquats. À défaut, la confusion s'installe. Or vous êtes pour la lisibilité et la transparence. Il faut, pour ceux qui nous écoutent, bien suivre l'ordre des articles tels qu'ils sont déroulés devant nous.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS463 de Mme Marie-France Lorho

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS488 est défendu.

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

Amendements AS170 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé et AS593 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS170 vise à spécifier que le médecin est volontaire. La démarche est distincte de celle consistant à prévoir une clause de conscience, dont l'invocation équivaut à l'expression d'un refus.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. L'article 14 spécifie très bien les choses. Dès lors qu'une clause de conscience est prévue, le médecin, pour le dire clairement, est amené à dire oui ou non. S'il dit non, il ne pratique pas l'acte. S'il dit oui, c'est un acte volontaire. Votre demande est tout à fait satisfaite. Ne mettons pas dans les esprits de ceux qui nous regardent que la clause de conscience des soignants n'est pas garantie. Ce n'est pas vrai.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Je souscris aux propos du rapporteur général. Une clause de conscience permet à chacun de dire s'il accepte ou non d'administrer la substance, et le cas échéant d'orienter le patient vers quelqu'un qui accepte.

Madame Gruet, je n'ai pas dit que des collègues mentent. J'ai dit qu'il ne faut pas énoncer des mensonges. Je vais vous en donner un exemple. Vous avez dit que le diabète et l'insuffisance cardiaque ou rénale faisaient partie des maladies prises en compte dans cette procédure ; c'est faux et archifaux, parce que ces maladies sont traitées. À partir du moment où un traitement existe et où on peut vivre avec ce traitement, on ne relève pas de ce dispositif.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS585 de M. Christophe Bentz et AS691 de Mme Annie Vidal

Mme Annie Vidal (EPR). Mon amendement vise à réserver l'administration de la substance létale, si elle est faite par un tiers, à un médecin. C'est le médecin qui recevra la demande, l'instruira et autorisera l'acte légal. Il ne me semble pas logique de déléguer celui-ci à une infirmière à l'ultime moment. C'est presque un manque de responsabilité à l'aune de la décision qui a été prise.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Avis défavorable.

Chère collègue Vidal, comment se passe la sédation profonde et continue ? Qui accomplit l'acte une fois qu'il est prescrit ? Une infirmière. Si on vous écoutait, on supprimerait toute possibilité pour les infirmières de le faire. Il faut le dire à tout le monde !

Mme Annie Vidal (EPR). À cette différence près que, dans la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, il y a une véritable collégialité. Ce n'est pas un médecin qui répond à une demande, mais bien toute une équipe qui analyse une situation et prend la décision la plus appropriée à l'état du patient.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. La procédure dont nous parlons est collégiale, comme nous le verrons un peu plus loin. Il est bon de le préciser à ce stade, pour que les esprits soient parfaitement éclairés. Ne disons pas qu'elle relève d'un médecin isolé.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS591 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Je ne doute pas que cet amendement recueillera l'accord de tous. Il fait partie des amendements que je n'avais pas déposés lors des précédentes lectures. Cet amendement de repli vise à préciser que le médecin ou l'infirmier est « formé spécifiquement à cet acte létal », lequel n'est pas neutre, c'est le moins que l'on puisse dire.

Si je pense qu'il peut recueillir l'assentiment général, c'est parce qu'il est de nature, dans notre logique, à restreindre la portée de l'article 2 et, dans la vôtre, à le sécuriser. Que les personnes soignantes, volontaires bien sûr, qui seraient malheureusement amenées, si la proposition de loi est votée – ce n'est pas encore le cas –, à administrer une substance létale, aient reçu une formation adéquate me semble être un minimum.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Vous souhaitez exclure les infirmiers du dispositif, ce qui n'est pas légitime. Professionnels de santé, ils accomplissent des actes sur prescription médicale.

L'instruction de la demande d'aide à mourir suppose une compétence médicale, mise en œuvre dans le cadre d'une procédure collégiale. Une fois la décision prise, rien ne s'oppose à ce qu'un infirmier procède à l'administration de la substance létale. Le professionnel de santé, médecin compris, devra appliquer les recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé (HAS) pour garantir la sécurité de l'administration.

Avis défavorable.

M. René Pilato (LFI-NFP). M. Bentz a laissé entendre que la formation concernerait le médecin ou l'infirmier. Or son amendement prévoit de supprimer les mots « ou par un infirmier ».

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS229 de Mme Justine Gruet et AS500 de Mme Karine Lebon, amendements identiques AS136 de M. Patrick Hetzel et AS592 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Mon amendement vise à consacrer le volontariat des professionnels de santé comme principe structurant de la mise en œuvre de l'assistance à mourir. En effet, il semble inadapté de faire reposer le dispositif sur une logique de participation présumée des professionnels de santé, assortie d'une simple clause de conscience. Une telle approche, pertinente pour des actes médicaux à part entière, introduit une ambiguïté éthique et juridique en laissant entendre que la participation constituerait la norme, alors même que l'acte envisagé constitue une dérogation majeure aux principes traditionnels du soin et de la déontologie médicale.

En consacrant le volontariat comme principe explicite, le présent amendement inverse cette logique, ce qui est essentiel. En effet, l'affirmation du volontariat permet de fonder juridiquement l'exigence de conditions spécifiques de formation, de compétence et d'accompagnement, adaptées à la gravité et à la singularité des actes en cause. Elle contribue ainsi à la protection des professionnels de santé, à la cohérence des équipes médicales et à la préservation de la relation de soin.

Plus généralement, le présent amendement soulève la question de la formation des professionnels à l'aide à mourir. Sera-t-elle intégrée dans le cursus de formation initiale ? Dans ce cas, *quid* de la clause de conscience ? Ou ne seront formées que les personnes susceptibles de mettre en œuvre l'aide à mourir ?

J'entends bien que l'on peut être favorable au recours à l'aide à mourir dans une situation donnée et y être défavorable dans une autre. En tout état de cause, comment sécuriser juridiquement, dans leur parcours de formation, les professionnels de santé qui devront recourir à un tel acte ?

Mme Karine Lebon (GDR). Mon amendement est un amendement de cohérence avec l'article 14, qui introduit la clause de conscience. Dire que les professionnels de santé concernés seront volontaires est une précision importante, qui assure le respect des convictions, de l'éthique professionnelle et de la liberté de conscience des soignants, d'une part, et, d'autre part, sécurise la personne malade, qui doit être accompagnée par un professionnel engagé librement dans cette procédure.

Il s'agit de rappeler que l'aide à mourir, si elle est reconnue par la loi, doit reposer sur une double liberté, celle de la personne qui en fait la demande et celle du professionnel qui accepte de l'accompagner. Je sais qu'on va me dire que l'amendement est satisfait et qu'il ne faut pas faire une loi bavarde, mais je répète que cette précision est importante.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS136 vise à compléter l'alinéa 6 par le mot « volontaire ». Le caractère volontaire de la participation du médecin ou de l'infirmier doit figurer dans la définition de l'aide à mourir, afin qu'aucun professionnel ne puisse être considéré comme tenu d'y concourir.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement AS592 vise à offrir une protection juridique claire au personnel soignant et à renforcer la confiance dans l'application de la loi.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Les amendements AS500, AS136 et AS592 visent à préciser que le médecin est volontaire. Mais la clause de conscience spécifique est très claire, très nette et parfaitement expliquée. L'article 14 prévoit notamment que les médecins se déclarent à la commission de contrôle et d'évaluation. Je ne vois pas comment on pourrait demander à quelqu'un qui n'est pas volontaire de pratiquer ces actes.

L'amendement AS229 vise à restreindre le champ des professionnels susceptibles de procéder à l'administration. Le texte ne subordonne pas la participation des professionnels de santé à la procédure d'aide à mourir à leur inscription sur le registre de la commission de contrôle et d'évaluation, laquelle vise uniquement à faciliter l'orientation des personnes si un professionnel fait jouer la clause de conscience.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). C'est tout l'enjeu que d'inverser la logique du texte en prévoyant non que tout le monde est favorable à défaut de faire valoir la clause de conscience, mais qu'il faut être volontaire pour mettre en œuvre ce nouveau droit. Par ailleurs, introduire la notion de volontariat permet de clarifier la formation et l'accompagnement, le cadre juridique, en somme, mis à la disposition des médecins.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Comme je l'ai expliqué, le volontariat est assuré par la clause de conscience. Vous voulez de surcroît dresser une liste de médecins. Comme je vous l'ai dit lors d'une précédente lecture, on peut être d'accord pour pratiquer un acte à un moment donné et ne plus l'être à un autre moment. N'inscrivez pas des gens sur des fiches comme cela. Leur comportement peut varier selon les situations. Je préserve la clause de conscience jusqu'au bout ; vous voulez la restreindre, ce qui me surprend.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS230 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Parfois, l'absence de précision dans les textes prête à confusion. Il est donc essentiel de clarifier que le personnel soignant, qu'il s'agisse du médecin ou de l'infirmier, doit être en exercice et non à la retraite. Cela peut sembler évident, mais les évidences gagnent toujours à être explicitées.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cet amendement aurait davantage sa place aux articles 5 et 6. Sur le fond, dans la mesure où le médecin ou l'infirmier qui administre la substance létale se bornera à mettre en œuvre une décision prise par le médecin ayant lui-même instruit la demande, il n'a pas à être soumis aux mêmes conditions que ce dernier. Qu'il ne soit plus en activité est sans importance.

Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Jean-François Rousset (EPR). Un médecin a soutenu une thèse. Il est docteur jusqu'à la fin de sa vie. Arrêtez d'opposer les médecins actifs aux inactifs ! À l'heure actuelle, nous manquons de médecins.

Mme Justine Gruet (DR). Vous venez d'expliquer qu'un médecin à la retraite pourra contribuer à la procédure et à l'injection létale ?

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je pense que les médecins à la retraite qui nous écoutent seront un peu déçus par vos propos. Sans eux, où en serions-nous de la régulation des structures mobiles d'urgence et de réanimation ? Sans eux, où en serions-nous des remplacements ? Eux qui travaillent jusqu'à 70 ou 75 ans, heureusement qu'ils sont là. Rendons-leur hommage.

Mme Justine Gruet (DR). Ne me faites pas dire ce que je n'ai pas dit. J'ai un profond respect pour les médecins qui, tout au long de leur vie, exercent. Je demande juste qu'il soit explicité qu'on n'exclut pas les médecins à la retraite. Ce n'est pas ce qui avait été dit lors des précédentes lectures. C'est pourquoi je me suis permis de poser la question. Vous avez explicité la réponse, je vous en remercie.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS596 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). J'avais déposé le même amendement en deuxième lecture et regrette, monsieur le rapporteur général, de ne pas – encore – vous avoir convaincu de le faire adopter. Il s'agit de préciser que le médecin ou l'infirmier ne peut être ni un parent, ni un allié au sens juridique, ni un proche de la personne.

Cette précision me semble logique, et je ne vois pas ce qui empêche de l'introduire à cet endroit du texte. Je rappelle que dans le projet de loi figuraient les tiers de confiance, retirés par la suite. Cet amendement vise, très logiquement, à verrouiller la procédure.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Vous m'accorderez, monsieur Bentz, vous qui êtes un homme attaché au sens précis des mots, que la notion de proche est assez difficile à circonvenir. S'agit-il de quelqu'un qui a été un proche, qui l'est actuellement ? Cette ambivalence limite la portée de votre amendement.

Par ailleurs, pourquoi un professionnel de santé dont le frère ou la sœur est concerné et qui satisfait aux critères ne pourrait-il pas participer à la décision ? Il faut être attentif à tous les cas de figure. Au surplus, la collégialité assure que sa voix n'est pas prépondérante, du moment qu'il n'est pas le médecin qui instruit la demande.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Cet amendement offre une garantie de prudence et de neutralité. Il faut faire attention : dans ces situations, il faut protéger les personnes vulnérables de toute pression, même involontaire, et prévenir les conflits d'intérêts. C'est une garantie d'impartialité et une sécurisation juridique.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS17 de M. Patrick Hetzel et AS646 de Mme Annie Vidal

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS17 vise à supprimer l'alinéa 7, qui a pour objet de dépénaliser le suicide assisté et l'aide à mourir en se plaçant sous l'autorité de l'alinéa 4 de l'article 122 du code pénal. Considérant que le développement des soins palliatifs n'est pas efficient sur l'ensemble du territoire national, il est prématuré de légaliser le suicide assisté et l'euthanasie. En effet, l'un comme l'autre obéissent à une logique opposée à celle suivie actuellement par la France, qui est d'aider à vivre pour mieux mourir.

Mme Annie Vidal (EPR). Mon amendement est cohérent avec l'amendement que j'ai présenté pour supprimer l'article 2. Je propose de supprimer l'alinéa 7, qui institue une irresponsabilité pénale pour les professionnels concourant à l'aide à mourir.

En levant l'interdit pénal qui pèse sur l'acte de donner la mort, cet alinéa franchit une ligne et la portée de cette évolution dépasse largement le cadre médical. La responsabilité pénale n'est pas un obstacle procédural, mais la traduction juridique de l'interdit fondateur de donner la mort. Sa suppression, même encadrée, envoie un signal grave sur la valeur que le droit accorde à la vie humaine.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Le Conseil d'État a estimé que l'aide à mourir constituait « *une cause d'irresponsabilité pénale par autorisation de la loi* ». L'alinéa 7 dispose expressément que les praticiens qui appliqueront la procédure prévue par la proposition de loi bénéficieront d'une exonération de leur responsabilité pénale pour des actes qui, hors de ce contexte, seraient susceptibles d'être qualifiés pénalement, et uniquement pour ces actes, ce qui laisse de côté la latence.

Par ailleurs, le Conseil d'État a rappelé que, pour « *respecter les principes applicables à la législation pénale et, en premier lieu, le principe constitutionnel de légalité des délits et des peines* », il est nécessaire de définir « *de manière suffisamment claire, détaillée et précise les actes autorisés et leurs conditions de réalisation* ». C'est ce à quoi visent plusieurs articles que nous examinerons ultérieurement.

Enfin, le Conseil d'État a rappelé, et c'est essentiel, que cette irresponsabilité n'est pas absolue, ce qui devrait vous satisfaire. Il ne peut « *être exclu que des manquements dans la mise en œuvre de la procédure* », dont je vous rappelle qu'elle fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation, ce qui a pris dix ans à être obtenu pour les soins palliatifs, « *puissent donner lieu à des poursuites* ».

Chères collègues, vous êtes très attachées à la solidité juridique du texte ; or supprimer l'alinéa 7, qui protège de poursuites pénales les soignants qui mettront en œuvre la procédure dans le cadre de la loi tout en permettant de les sanctionner si les protocoles ne sont pas respectés, fragiliserait le texte. Il a pour objet de rendre celui-ci plus solide.

M. Christophe Bentz (RN). Ces amendements m'offrent l'occasion de poser à nouveau ma question, restée sans réponse. Vous inscrivez dans le texte que l'exercice du droit à l'aide à mourir par suicide assisté ou délégué n'emporte aucune responsabilité pénale. Mais, à l'instant où nous parlons, l'aide à mourir est proscrite par la loi. Ma question est purement juridique : si une personne s'injecte à cet instant une substance létale, est-ce ou non un suicide ?

M. René Pilato (LFI-NFP). C'est une question de cohérence. Une personne qui pratique la sédation profonde et continue jusqu'au décès est protégée par la loi. Ce texte, s'il est adopté, doit protéger de la même manière ceux qui accepteront d'accompagner des personnes ayant choisi de recourir au droit à l'aide à mourir.

La commission rejette les amendements.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement AS600 de M. Christophe Bentz.

Amendements AS171 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS171 est dédendu.

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

Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle rejette l'amendement AS602 de M. Christophe Bentz.

Amendement AS601 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). On va sans doute me dire que cet amendement est satisfait ou qu'il ne figure pas à la bonne place, mais l'article 2 est le cœur du texte. C'est là qu'il faut sécuriser, pour utiliser votre langage, ou équilibrer la loi. Nous demandons que l'application du dispositif soit restreinte aux personnes majeures.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Effectivement, ce n'est pas la bonne place. Demande de retrait, sinon avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle rejette l'amendements AS599 de M. Christophe Bentz.

Amendements AS464 et AS465 de Mme Marie-France Lorho

M. Christophe Bentz (RN). Les amendements sont défendus.

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

Amendement AS238 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement vise à s'assurer que l'on tiendra compte des aides techniques, des dispositifs d'assistance et des technologies de compensation du handicap, y compris les dispositifs numériques ou de commande adaptée, afin de privilégier le respect le plus strict de l'autonomie de la personne, c'est-à-dire l'auto-administration de la substance létale chaque fois que c'est possible.

Dans sa rédaction actuelle, le futur article L. 1111-12-1 du code de la santé publique prévoit que l'administration de la substance létale par un médecin ou un infirmier n'intervient que lorsque la personne n'est physiquement pas en mesure de procéder à l'administration elle-même. Or des progrès technologiques permettent désormais à des personnes atteintes d'un handicap moteur sévère ou de maladies neurodégénératives d'exprimer une volonté ou de déclencher une action par des dispositifs de commande oculaire, de sélection visuelle, de contacteurs adaptés ou d'interface numérique. Ne pas en tenir compte reviendrait à exclure artificiellement des personnes du recours à l'auto-administration alors qu'elles ont la capacité d'être pleinement actrices.

Nous souhaitons garantir l'égalité d'accès au droit à l'aide à mourir tout en limitant l'administration de la substance létale par un professionnel de santé aux seuls cas où aucune forme d'auto-administration n'est possible. Cet amendement s'inscrit dans une logique de dignité, d'autonomie et de proportionnalité de l'intervention médicale.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Une telle précision n'a pas sa place à l'article 2, car elle relève des dispositions relatives à la procédure. S'agissant du fond, l'article 6 prévoit que le médecin qui accompagne la personne détermine avec son accord les modalités d'administration. Il pourra évaluer la capacité de cette personne à s'administrer elle-même la substance létale en tenant compte, le cas échéant, des moyens techniques disponibles.

Par conséquent, avis défavorable.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Je comprends qu'un débat ait lieu sur ce point, mais nous en sommes à la troisième lecture de la proposition de loi. Tout le monde sait pertinemment que nous aborderons ces questions plus tard. On ne peut pas tout traiter dès les premiers articles du texte. Sinon, pourquoi ne pas adopter une loi composée d'un seul article dans lequel on dirait tout ? Ce n'est pas de cette façon que le texte est construit.

Nous avons déjà débattu de la procédure à suivre. La Haute Autorité de santé sera chargée de définir les modalités de mise en œuvre de l'aide à mourir, tant pour la technique utilisée que pour les substances, lesquelles devront être adaptées à chaque situation et feront l'objet de procédures écrites afin que les professionnels de santé sachent comment se comporter.

Le débat aura lieu. Nous ne disons pas qu'il n'est pas utile et que tout cela ne sera pas pris en compte, mais qu'il se déroulera plus tard. De grâce, abordons les questions là où elles doivent être traitées. Sinon, le débat en sera troublé et incompréhensible, ce qui ne permettra pas d'avancer sereinement.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement a toute sa place ici, parce que vous avez refusé d'employer des termes différents pour le suicide assisté et l'euthanasie alors que ce sont des actes différents. Nous voulons établir clairement dans la définition du droit à l'aide à mourir la différence entre l'auto-administration et l'administration par un tiers, en nous assurant que la notion d'incapacité physique est bien définie. Si nous avons ce genre de discussion qui empiète sur la suite du texte, c'est parce que nous n'avons pas été capables jusque-là, en tant que législateur, de différencier les choses.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS239 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'anxiété, l'appréhension ou l'émotion de la personne au moment de l'administration de la substance létale ne peuvent, à elles seules, être regardées comme faisant obstacle à sa capacité à se l'administrer. Cet amendement vise à promouvoir le suicide assisté plutôt que l'euthanasie, au sens de mes amendements précédents.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. La rédaction de l'article 2 fait explicitement référence à la capacité physique de la personne à s'administrer la substance létale, et cette condition est rappelée à l'article 9. Le type de précision que vous proposez trouverait plus naturellement sa place au sein des dispositions concernant la procédure.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS20 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). Nous souhaitons ajouter que l'aide à mourir définie dans le présent article ne peut être considérée comme un soin. Nous en avons beaucoup parlé, notamment avec M. Falorni, à l'époque. L'inscrire explicitement dans le texte permettrait de sécuriser celui-ci et d'envoyer un message aux soignants.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. À aucun moment le texte ne qualifie de soin l'aide à mourir. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS603 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Cet amendement, auquel je tiens particulièrement, vise à rappeler une chose simple à l'article 2, c'est-à-dire au cœur du texte. Selon certains d'entre vous, une majorité de soignants et de médecins serait favorable à l'administration d'une substance létale, mais je n'en suis pas convaincu. J'ai rencontré beaucoup de médecins travaillant en soins palliatifs : une écrasante majorité s'oppose à ce texte, notamment par l'intermédiaire de leurs organisations, comme la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap). C'est logique, car le rôle de ces soignants, qui sont concrètement

confrontés, au quotidien, à des patients en souffrance, est de prendre soin d'eux jusqu'à la fin de leur vie. Or vous voudriez qu'ils fassent l'exact inverse en provoquant la mort. Cet amendement écartera tout soignant de l'administration d'une substance létale.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Je ne pense pas que seule une minorité de médecins soit favorable au texte, mais peu importe. Chacun d'entre eux pourra dire s'il souhaite participer à son application.

Demande de retrait, sinon avis défavorable.

Mme Annie Vidal (EPR). L'administration d'une substance létale par une infirmière ne sera autorisée, si ce texte est adopté, qu'en France et au Canada ; partout ailleurs, c'est à un médecin de s'en occuper.

Lors des travaux menés en amont du projet de loi, un tiers des soignants était formellement opposé à un tel acte, un tiers était pour et un tiers d'entre eux disaient qu'ils demanderaient à changer de service si le texte était voté, afin de ne pas travailler là où l'on pratique ce geste létal.

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). J'aimerais savoir ce que cet amendement apportera de plus : la clause de conscience est très claire. Ce qui nous est proposé rendrait donc la loi bavarde. Vous persistez à défendre vos amendements jusqu'au bout, sachant très bien ce que nous allons vous rétorquer, pour diffuser des propos qui contribuent à la désinformation de la population. Il faut arrêter ça.

M. le président Frédéric Valletoux. Gardons-nous de faire parler les soignants. Ils attendaient de savoir précisément quel équilibre serait trouvé avant de se prononcer. Ils le savent désormais. Quand ils ont été interrogés très en amont de nos travaux, le concept d'aide à mourir était en revanche un peu flou, en tout cas quant à ses modalités, qui sont importantes pour les soignants. Je ne suis pas sondeur, mais il me semble que les résultats seraient peut-être plus précis aujourd'hui.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS18 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). Nous souhaitons ajouter la disposition suivante : « La personne de confiance, un parent, un proche ou le médecin traitant s'assure que la personne ne se trouve pas en état de faiblesse ou d'ignorance. »

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Je vous demande, une fois encore, de déposer ce genre d'amendement dans la partie relative à la procédure de l'aide à mourir. S'agissant du fond, la vérification des conditions d'accès à cette aide portera notamment sur le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté de la personne. C'est précisé plus loin dans le texte.

Avis défavorable.

M. Gaëtan Dussausaye (RN). Je n'ai pas pu m'exprimer au sujet de l'amendement précédent, mais j'aimerais faire une mise au point. Certains collègues, comme mon camarade Christophe Bentz, n'ont pas envie, contrairement à moi, qu'un droit à l'euthanasie et au suicide assisté soit reconnu, et ils usent de tous les outils législatifs à leur disposition pour s'y

opposer, comme d'autres le font lorsque nous examinons d'autres textes. Je comprends que cela pourrait conduire à des redites qui rendraient la loi bavarde, mais si l'on part du principe que l'on ne peut plus s'y prendre ainsi lorsqu'on est opposé à un texte, il faut que cela s'applique à l'intégralité des groupes et à tous les textes. Je tiens à la liberté parlementaire dont font usage nos collègues même si je suis en désaccord avec eux sur un point particulier, et il serait bon de respecter ce droit pour tout le monde dans le cadre de nos travaux.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 2 non modifié.

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

Amendements de suppression AS4 de M. Thibault Bazin, AS502 de M. Yannick Monnet, AS604 de M. Christophe Bentz et AS673 de Mme Annie Vidal

Mme Justine Gruet (DR). Cet article assimile l'acte euthanasique et le suicide assisté à des soins en créant un parallèle entre le droit à l'aide à mourir et le droit de recevoir, dans l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés, conformément à l'article L. 1110-5 du code de la santé publique. L'apaisement de la souffrance par des soins, notamment palliatifs, est antithétique à un acte consistant à mettre fin prématurément et surtout intentionnellement à la vie d'un malade. Selon l'Académie nationale de médecine, le soin est l'« ensemble des mesures et actes visant à faire bénéficier une personne des moyens de diagnostic et de traitement lui permettant d'améliorer et de maintenir sa santé physique et mentale ». En octobre 2007, la HAS a de même défini un acte de soin comme un « ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne ». Si les soins ne visent pas à nier la mort, ils ne consistent pas à la donner. Elle doit être considérée, selon l'Organisation mondiale de la santé, comme un processus normal, qui ne doit être ni accéléré ni repoussé, en particulier dans le cadre des soins palliatifs.

M. Yannick Monnet (GDR). Nous souhaitons également supprimer cet article. Rien ne nous oblige à inscrire le droit à l'aide à mourir dans le code de la santé publique. D'ailleurs, aucun autre pays ne l'a fait, me semble-t-il. Inscrire l'aide à mourir dans la continuité de la sédation profonde créerait une confusion, car les conditions ne sont absolument pas les mêmes. Par ailleurs, l'aide à mourir ne peut pas être une alternative aux soins. On pourra y avoir recours lorsqu'on arrivera au bout des soins. Si l'on traite l'aide à mourir comme une alternative aux soins, ce que fait cet article en inscrivant cette aide dans le code de la santé publique, on considère que les gens pourront soit se soigner soit mourir. Je ne suis pas opposé au principe de l'aide à mourir – j'ai voté pour –, mais chacun voit bien quel problème se posera si l'on en fait une alternative aux soins alors que six Français sur dix renoncent à ces derniers. Le risque de dérive vient de là.

M. Christophe Bentz (RN). Nous n'avons effectivement aucune obligation d'inscrire ce droit dans le code de la santé publique. Par ailleurs, les demandes de mort disparaissent dans 95 % des cas lorsque les gens sont pris en charge, notamment en soins palliatifs, ce qui est une donnée très importante. La loi Claeys-Leonetti, adoptée il y a dix ans, était un texte d'équilibre, mais qui a été mal appliqué et mal financé. Quant à la loi sur les soins palliatifs que nous avons adoptée il y a quelques mois à l'initiative d'Annie Vidal, elle n'est en vigueur que depuis quinze jours. Laissons leur chance à ces lois visant à assurer un

accompagnement réel jusqu'à la fin de la vie grâce aux soins palliatifs, au lieu d'adopter un texte dont la nature est totalement contraire.

Mme Annie Vidal (EPR). Nous demandons aussi la suppression de cet article, qui tend à inscrire l'aide à mourir parmi les droits garantis par l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, au même rang que les soins. Vous avez dit, madame la rapporteure, que la proposition de loi ne faisait en aucun cas référence aux soins. Or cet article assimile clairement à un soin l'aide à mourir, qui sera en réalité un droit inscrit dans le code pénal. On risque ainsi d'entacher gravement la relation de confiance entre les soignants et les soignés, ce qui serait très dommageable.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Beaucoup de pays n'ont pas de code de la santé publique. C'est peut-être la raison pour laquelle que ce droit n'y figure pas.

L'article 3 ne remet pas en cause le strict encadrement de l'accès à l'aide à mourir et des modalités de sa mise en œuvre. Contrairement à ce que certains d'entre vous affirment, il n'assimile pas l'aide à mourir à un soin mais modifie le second alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, qui porte spécifiquement sur l'accompagnement des personnes en fin de vie et ne fait pas référence à la notion de soin. Cet article affirme simplement que l'aide à mourir constitue une des modalités possibles d'apaisement de la souffrance et une des façons de préserver la dignité des malades à la fin de leur vie, ce qui est conforme à l'esprit du texte.

Voici la disposition en question, telle qu'elle résultera à la fois de la loi Claeys-Leonetti et de cette proposition de loi :

« Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté.

« Ce droit comprend la possibilité d'accéder à l'aide à mourir dans les conditions prévues [*par le présent texte*] et de recevoir une information, délivrée sous une forme compréhensible par tous, concernant cette aide. »

À aucun moment, je le répète, l'aide à mourir n'est assimilée à un soin. Je suis donc défavorable aux amendements de suppression.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Cet article n'acte pas l'idée que l'aide à mourir serait un soin, mais l'idée qu'elle entre dans une démarche médicale, ce qui n'est pas la même chose. Un encadrement sera assuré par le corps médical, la procédure reposant notamment sur des avis médicaux réguliers. L'article 3 est absolument indispensable en ce qu'il demande que l'aide à mourir fasse l'objet d'une information compréhensible par tous et que chacun soit inclus dans la décision.

M. René Pilato (LFI-NFP). Nous voterons également contre ces amendements de suppression. Monsieur Monnet, il n'y aura aucune confusion. Le code de la santé publique comporte des dispositions relatives à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), qui fait l'objet d'actes médicaux mais ne peut pas être considérée comme un soin pour autant. L'aide à mourir s'accompagnera de même d'actes médicaux, et cet article a donc tout à fait sa place dans le code de la santé publique.

Mme Annie Vidal (EPR). On ne peut pas dire que l'aide à mourir ne sera pas assimilée à un soin. C'est très clair compte tenu de la rédaction de l'article L.1110-5 du code de la santé publique, qui prévoit que toute personne a le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les soins les plus appropriés. Si l'on intègre l'aide à mourir dans cet article du code, elle sera assimilée à un soin même si cela ne sera pas écrit tel quel.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Ce ne sera pas un soin, madame Vidal, mais un process médicalement encadré, comme l'IVG. Le terme « soin » ne figure d'ailleurs pas dans cet article.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS365 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Je suis d'accord, une fois n'est pas coutume, avec Mme Rousseau en ce qui concerne la nécessité d'une communication intelligible et adaptée aux différents droits. Notre amendement préserverait cette partie de l'article 3 mais compléterait le second alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique par la phrase suivante : « L'aide à mourir, qui ne constitue pas un acte de soin, n'est pas comprise dans ce droit ; elle est régie par la section 2 bis du chapitre I^{er} du présent titre. »

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Votre amendement est en partie satisfait puisque cet acte n'est pas qualifié de soin, ce dont vous pourriez peut-être nous donner acte. Surtout, votre proposition aurait pour effet de supprimer la rédaction actuelle de l'article 3, qui permettra une bonne articulation entre le droit à une fin de vie digne et accompagnée et l'aide à mourir, qui sera une des modalités que le patient pourra demander lorsque nous aurons ouvert ce nouveau droit. Nous tenons à cette articulation.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle rejette l'amendement AS607 de M. Christophe Bentz.

Amendements AS608 de M. Christophe Bentz, AS466 de Mme Marie-France Lorho et AS612 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). J'espère que nos rapporteurs s'en remettront au moins à la sagesse de la commission pour ces trois amendements que je défends, bien qu'ils abordent la question, sur laquelle nous reviendrons un peu plus tard, de l'accès aux soins palliatifs. Vous avez supprimé en deuxième lecture, par un amendement faussement rédactionnel, la notion d'accès effectif à ces soins. Nous proposons de la rétablir, cette fois à l'article 3.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Vous êtes habile, cher collègue. La proposition de loi relative aux soins palliatifs, qui a été adoptée par tous, constitue une grande avancée. Et puisque le Sénat est souvent invoqué dans nos débats, je rappelle au passage qu'il n'était pas favorable, à l'origine, à la loi Claeys-Leonetti, dont chacun trouve finalement qu'elle est absolument merveilleuse.

Il ne vous a pas échappé, par ailleurs, que des équipes mobiles se déplacent dans les départements où des soins palliatifs n'ont pas encore été déployés. Il n'y a donc pas lieu d'attendre la mise en place complète d'unités de soins palliatifs fixes dans tout le territoire.

Enfin, l'aide à mourir est un droit différent, bien qu'il soit complémentaire, de l'accès aux soins palliatifs. N'opposez pas ces droits et n'essayez pas de semer la confusion dans les esprits.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). J'ajoute simplement que des personnes ne souhaitent pas aller en soins palliatifs parce qu'elles préfèrent rester chez elles, et que d'autres n'en ont pas le temps en raison de la dégradation de leur état. Il faut arrêter de vouloir passer d'abord par une obligation d'accès aux soins palliatifs, d'autant que des équipes mobiles se déplacent, comme le rapporteur général l'a très justement rappelé, dans des secteurs qui n'ont pas d'unités d'hospitalisation.

M. Christophe Bentz (RN). Dans mon département, la Haute-Marne, qui n'aura pas d'unités de soins palliatifs avant je ne sais pas combien d'années – aucune annonce n'a été faite en la matière –, il existe effectivement trois équipes mobiles de soins palliatifs, mais elles ne comptent pas de médecin. Il n'y a donc tout simplement pas de service. J'ai déjà eu l'occasion de vous dire à plusieurs reprises, monsieur le rapporteur général, ainsi qu'à Olivier Falorni, avant vous, que des patients en fin de vie vont se trouver face à une injustice profonde dans ce type de territoire. Ils seront confrontés à un dilemme cornélien : soit souffrir, soit mourir.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS648 de Mme Annie Vidal, AS241 de Mme Justine Gruet, AS609 de M. Christophe Bentz, AS242 et AS243 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Mes trois amendements visent à apporter une clarification sémantique qui n'a pas été adoptée à l'article 2 mais qui me paraît essentielle du point de vue du message qui sera envoyé à la société civile et à la population. Je regrette que nous ne soyons pas capables, en tant que législateur, de recourir à des mots employés quotidiennement par les futurs patients.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Nous avons déjà largement débattu des questions terminologiques.

Mme Justine Gruet (DR). Vous n'avez pas bougé d'un iota !

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Puisque vous déposez les mêmes amendements, il est assez logique que j'apporte les mêmes réponses. Mes avis continueront donc à être défavorables.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle rejette l'amendement AS605 de M. Christophe Bentz.

Amendement AS606 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Cet amendement est également sémantique, mais je ne l'avais pas déposé lors des précédentes lectures. Je vous propose de lever toute ambiguïté en remplaçant le mot « aide » par « recours ». Sémantiquement, juridiquement, humainement et médicalement, la notion d'aide désigne l'accompagnement, le secours à une personne. Il y a

donc une antinomie entre « aide » et « mourir ». Ce sont les soins palliatifs et l'accompagnement qui constituent la véritable aide.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Ce que vous demandez ne changerait strictement rien. Je reste défavorable à de tels amendements sémantiques.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette successivement les amendements AS611 et AS613 de M. Christophe Bentz.

Amendement AS26 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement tend à compléter ainsi l'article 3 : « Il n'existe aucun continuum entre les soins palliatifs et l'aide à mourir. » Cet article introduit en effet dans l'article L. 1110-5 du code de la santé publique « la possibilité d'accéder à l'aide à mourir ». Or il convient de rappeler que les soins palliatifs visent à soulager la souffrance, à accompagner la personne jusqu'à sa mort naturelle, sans chercher à provoquer la mort, ce qui n'est pas le cas du droit à mourir, qui conduit à l'euthanasie ou au suicide assisté.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. C'est notre collègue Hetzel qui évoque souvent un continuum ; nous, nous ne le revendiquons pas. Si les soins palliatifs sont proposés à un moment dans le dispositif de l'aide à mourir, celle-ci reste bien distincte : pourquoi chercher absolument à établir une connexion entre eux ? L'aide à mourir n'est pas l'aboutissement des soins palliatifs.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Il est question de patients atteints de maladies incurables et en fin de vie, qui peuvent être en soins palliatifs ou chez eux. Ce ne sont pas des personnes qui vont sortir de ce processus. Je ne sais pas ce que pourrait signifier un continuum, mais il existe une continuité dans la prise en charge de patients qui vont mourir. Sinon, c'est une rupture de soins.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Madame Dubré-Chirat, j'aimerais une précision : les malades en phase avancée, comment les considérez-vous ?

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS610 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Vous remarquerez que nous sommes passés rapidement sur des amendements déjà examinés au cours des lectures précédentes ; j'aimerais, en revanche, que nous prenions le temps d'examiner des amendements nouveaux – c'est le jeu lors d'une troisième lecture. C'est le cas de celui-ci.

L'une des premières raisons pour lesquelles ce texte constitue une rupture, c'est qu'il va à l'encontre de la prévention du suicide. Depuis des décennies, voire des siècles, on fait tout pour éviter le suicide ; ici, on le légalise et on l'encadre.

C'est pourquoi cet amendement tend à prévoir qu'une information sur les dispositifs de prévention du suicide est apportée aux patients.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Avis défavorable.

C'est bien pour éviter tout amalgame que nous sommes contre l'appellation de suicide assisté : il ne faut pas sous-entendre que ce que nous prévoyons ici serait la même chose qu'un suicide. D'un côté, il y a un problème de santé mentale et de volonté d'en finir avec la vie ; de l'autre, une personne qui est proche de la mort et qui souffre.

M. Yannick Monnet (GDR). Ce n'est pas un amendement de cohérence, comme le prétend l'exposé sommaire, mais un amendement de torture ! Vous rendez-vous compte de ce que vous écrivez ? On parle de quelqu'un qui est à bout, qui est malade, qui sollicite un suicide assisté, et vous lui donnez des documents de prévention du suicide : imaginez-vous quel choc psychologique ce serait ? Vous pouvez être pour ou contre, mais pensez aux situations humaines, concrètes, qui se produiraient si cet amendement était adopté !

M. Christophe Bentz (RN). Le mot « torture » me paraît vraiment inadapté. Oui, nous considérons que l'aide à mourir et le suicide dit conventionnel – je n'aime pas ce terme – sont de la même nature. Il y a un encadrement, vous prévoyez des critères d'accès, nous l'entendons ; mais la portée du geste est la même : administrer une substance létale à un corps vivant. Je maintiens que ce texte rompt avec les politiques de prévention du suicide.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 3 non modifié.

Chapitre II Conditions d'accès

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

Amendements de suppression AS27 de M. Patrick Hetzel, AS614 de M. Christophe Bentz et AS674 de Mme Annie Vidal

Mme Justine Gruet (DR). Cet article est celui qui définit les critères d'accès à l'aide à mourir. Sa rédaction pose différents problèmes. Lors de l'examen du projet de loi, il y avait d'ailleurs eu trois rédactions différentes en l'espace de deux mois.

La proposition de loi indique désormais que seront éligibles les patients souffrant d'une maladie « grave et incurable » en phase « avancée » ou « terminale ». L'effacement du critère d'engagement du pronostic vital élargit considérablement le champ des patients concernés. Le diabète ou l'hypertension artérielle, que vous le vouliez ou non, sont graves et inguérissables.

Par ailleurs, le critère de souffrance que vous reprenez est plus permissif que celui de la loi belge, qui parle d'une « souffrance physique ou psychique constante et insupportable ». Or la Commission fédérale de contrôle de Belgique admet dans ses rapports que l'appréciation de ce caractère insupportable est très subjective. Dans ce pays, la dépression et les troubles de la personnalité rendent par ailleurs le patient éligible à l'euthanasie. En Oregon, le législateur a estimé avec sagesse qu'une expression de souffrance était trop subjective pour faire partie des critères.

M. Christophe Bentz (RN). Je n'avais pas déposé d'amendement de suppression de cet article au cours des lectures précédentes, considérant que ces critères, par construction, restreignaient l'accès au dispositif. Mais nous nous sommes rendu compte que les garde-fous sautent les uns après les autres : ils ne sont que provisoires.

C'est pourquoi nous préférons que cet article 4 soit supprimé : cela empêcherait l'adoption de l'ensemble du texte.

Mme Annie Vidal (EPR). La définition des critères laisse une marge d'appréciation bien trop large, susceptible d'entraîner des dérives. L'un de nos anciens collègues, défenseur de ce texte, l'a clairement dit dans une vidéo : « *l'essentiel, c'est de mettre le pied dans la porte* » pour étendre ensuite le dispositif. Le risque existe et je n'ai pas envie de le prendre.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Quand nous discutons de l'article 2, vous vouliez intégrer les critères qui figurent ici, à l'article 4 ; et quand nous en arrivons à l'article 4, vous voulez le supprimer ! Il est vrai que l'on n'est plus à une incohérence près.

Les critères ont été très bien précisés. En première lecture, nous avons choisi de reprendre les termes de l'avis de la HAS et de définir la phase avancée comme « *caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie* ». Affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale, souffrances réfractaires ou insupportables : franchement, je ne vois pas comment on peut mieux encadrer.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Supprimer cet article, ce serait supprimer l'ensemble des critères qui restreignent l'accès à l'aide à mourir, donc adopter la vision la plus libertarienne possible. Il n'y aurait plus aucune protection sociale et collective. Et cela vient après toutes vos prises de paroles catastrophistes ! Si ce n'était pas aussi triste, on en rigolerait.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je trouve ces amendements ahurissants. J'entends que l'on puisse être opposé à ce texte, mais il faut respecter le travail parlementaire. Je suis abasourdi.

M. Christophe Bentz (RN). Je vous ai répondu par anticipation : c'est bien la raison pour laquelle notre groupe n'avait pas, au cours des premières lectures, déposé d'amendement de suppression de cet article.

Mais il n'est pas interdit, dans cette nouvelle lecture, de faire un peu de tactique. Nous avons déposé des dizaines d'amendements de suppression, comme celui-ci, mais aussi de restriction ou de complexification – nous l'avons assumé depuis le début. Nous sommes contre ce texte, et nous essayons de l'attaquer de tous les côtés possibles.

Si l'amendement de suppression était voté, il n'y aurait plus de majorité pour voter l'ensemble du texte. Qui voterait un texte sans critères d'accès ?

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je reconnais une vraie cohérence à M. Bentz. Dans les circonstances présentes, je n'irai pas jusqu'à parler d'obstination déraisonnable... Nous ne sommes pas d'accord, c'est le débat démocratique.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS57 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement introduit dans la loi une définition du concept de « souffrance réfractaire », pierre angulaire de la médecine palliative. Il s'agit ainsi d'harmoniser les pratiques soignantes dans l'appréciation de ce critère, notamment pour la mise en œuvre des sédations profondes et continues jusqu'au décès. La définition que nous proposons est celle retenue par la Sfap.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cette définition, adoptée par le Sénat en commission, est beaucoup plus restrictive que celle retenue par la HAS dans le guide du parcours de soins qu'elle a publié en 2018 : « *La souffrance est définie comme réfractaire si tous les moyens thérapeutiques et d'accompagnement disponibles et adaptés ont été proposés et/ou mis en œuvre sans obtenir le soulagement escompté par le patient, ou qu'ils entraînent des effets indésirables inacceptables ou que leurs effets thérapeutiques ne sont pas susceptibles d'agir dans un délai acceptable.* »

La rédaction que vous proposez réduirait à néant l'accès à l'aide à mourir, et restreindrait même l'accès des patients à la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

Avis défavorable.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Je me rallie bien sûr aux explications de la rapporteure. J'ajouterai que, depuis les lois Kouchner, les malades ont le droit de renoncer aux soins : ce n'est pas parce qu'il existe des traitements ou des moyens de soulager la douleur qu'il est obligatoire d'y avoir recours. Je suis sûr que nous sommes tous d'accord pour préserver ce droit.

Des personnes qui auraient renoncé aux soins doivent-elles se voir interdire le recours à l'aide à mourir ? Je ne le crois pas.

La commission rejette l'amendement.

L'amendement AS366 de Mme Justine Gruet est retiré.

Puis, suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette successivement les amendements identiques AS245 de Mme Justine Gruet et AS649 de Mme Annie Vidal, ainsi que les amendements AS244 et AS247 de Mme Justine Gruet, en discussion commune.

Amendement AS246 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Il s'agit de préciser que les cinq conditions, bien que non objectivables et peu restrictives, sont cumulatives.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. L'amendement est satisfait. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS248 de Mme Justine Gruet et AS158 de M. Hadrien Clouet (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement a fait polémique lors des lectures précédentes. Il ne s'agit pourtant que de garantir que ce droit relève de la responsabilité nationale. On sait que, dans des pays voisins, des personnes se déplacent pour y avoir accès. Ce droit ne doit donc être ouvert qu'aux personnes de nationalité française – d'autant plus qu'il sera, chez nous, pris en charge par la sécurité sociale.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Cette discussion commune oppose deux projets de société, entre lesquels nous pouvons trancher.

Nos collègues de droite estiment qu'il faudrait réserver le bénéfice de l'aide à mourir dans la dignité à des personnes de nationalité française ; il faudrait même en exclure des personnes qui travaillent ici depuis quarante ans, qui y ont leur famille, qui y payent des cotisations sociales, qui font tourner l'hôpital, bref qui vivent en France comme nous toutes et tous et participent à tous les projets communs du pays. J'espère que cet amendement sera rejeté.

La proposition de La France insoumise, c'est de considérer que les personnes qui s'inscrivent dans le projet collectif qu'est la France, c'est-à-dire dans le projet républicain, doivent avoir les mêmes droits que les autres. Or la rédaction actuelle exige une résidence « stable et régulière ». Nous proposons d'écrire « stable ou régulière ». En effet, il y a des personnes qui sont ici de façon stable, mais qui, parce qu'un rendez-vous à la préfecture a été reporté, n'ont pas le bon titre de séjour pendant quelques semaines ; et il y a, à l'inverse, des personnes qui ont un titre de séjour renouvelé depuis des années mais qui font des allers et retours : certains pourraient contester que leur séjour soit stable. Nous proposons donc, dans une perspective d'égalité des droits, de partir des besoins des êtres humains plutôt que de leur statut administratif.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Je suis défavorable aux deux amendements.

Madame Gruet, en tant que Lilloise, donc frontalière, je peux témoigner du fait que bien des personnes de mon département – pourtant bien doté en services de soins palliatifs – vont demander l'aide à mourir en Belgique. Dans ces conditions, la restriction que vous demandez me paraîtrait difficile à accepter. Par ailleurs, la formule employée ici est largement utilisée en droit de la protection sociale.

Monsieur Clouet, c'est pour cette dernière raison que je serai aussi, à l'inverse, opposée à votre amendement.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Ce débat me scandalise. Je suis outrée de votre manque d'humanité et de votre obsession à vouloir trier les êtres humains en fonction non pas de leurs souffrances, mais de leur situation administrative. Une personne en situation irrégulière qui arrive à l'hôpital sera soignée – les médecins s'en font un devoir. Elle peut avoir accès aux soins palliatifs, bien sûr. Mais si ses souffrances sont réfractaires, insupportables, et si elle demande l'aide à mourir pour les abréger, on lui demandera ses papiers ? Où est votre cœur ?

Nous voterons l'amendement de La France insoumise, qui restaure au contraire l'humanisme.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS467 de Mme Marie-France Lorho et AS249 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). Je considère comme clos le débat sémantique, en tout cas au stade de la commission. Nous y reviendrons, bien sûr, en séance.

Je précise que j'ai cessé depuis plusieurs mois d'utiliser le terme d'euthanasie : les arguments d'Olivier Falorni m'ont convaincu, et c'est pourquoi je parle de suicide, assisté ou délégué. C'est un pas que nous avons fait vers vous ; je forme le vœu que, d'ici à l'examen en séance, vous en fassiez un vers nous.

Mme Justine Gruet (DR). Je propose de remplacer le mot « affection » par « pathologie », afin de renforcer la sécurité juridique du dispositif, de clarifier l'intention du législateur et d'affirmer un principe essentiel : l'état des personnes en situation de handicap ne peut en aucun cas être assimilé à un critère médical ouvrant droit à l'euthanasie.

Le terme d'affection est susceptible d'englober des situations très diverses, incluant des états qui ne relèvent pas à proprement parler d'une pathologie médicale évolutive ou d'une atteinte grave au pronostic vital. Cette imprécision fragilise le cadre juridique et risque d'ouvrir la voie à des interprétations larges, incompatibles avec l'exigence de protection renforcée qui doit entourer toute décision relative à la fin de vie.

À l'inverse, la notion de pathologie renvoie à une réalité médicale objectivable, caractérisée, diagnostiquée et encadrée par des critères cliniques reconnus. Elle permet de mieux circonscrire le champ d'application du dispositif aux situations relevant clairement d'un processus pathologique, grave et médicalement établi.

Ce remplacement vise également à prévenir toute assimilation, directe ou indirecte, du handicap à une cause légitime de demande d'euthanasie.

De cette façon, les cinq critères seraient moins subjectifs, sans que cela retire quoi que ce soit à ceux qui pourraient prétendre à ce nouveau droit.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Avis défavorable aux deux amendements.

Le terme « affection » est très clair, et c'est celui qui est le plus couramment utilisé dans le code de la santé publique, en particulier dans les articles liés à la fin de vie, notamment ceux issus de la loi Claeys-Leonetti.

La commission rejette successivement les amendements.

*

La réunion s'achève à vingt heures.

Présences en réunion

Présents. – Mme Audrey Abadie-Amiel, Mme Anchya Bamana, Mme Béatrice Bellay, Mme Anaïs Belouassa-Cherifi, M. Christophe Bentz, M. Hadrien Clouet, M. Stéphane Delautrette, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Fanny Dombre Coste, Mme Nicole Dubré-Chirat, M. Gaëtan Dussausaye, Mme Karen Erodi, Mme Sabine Gervais, Mme Océane Godard, Mme Justine Gruet, Mme Zahia Hamdane, M. Patrick Hetzel, Mme Chantal Jourdan, M. Michel Lauzzana, Mme Karine Lebon, Mme Élise Leboucher, Mme Brigitte Liso, Mme Joséphine Missoffe, M. Yannick Monnet, M. Serge Muller, M. René Pilato, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Sandrine Rousseau, M. Jean-François Rousset, M. Arnaud Simion, Mme Danielle Simonnet, M. Nicolas Turquois, M. Frédéric Valletoux, Mme Annie Vidal, M. Philippe Vigier

Excusés. – M. Thibault Bazin, M. Marc Chavent, Mme Stella Dupont, M. Jean-Philippe Nilor, M. Sébastien Peytavie, Mme Angélique Ranc

Assistait également à la réunion. – Mme Lisette Pollet