

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

- Suite de 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) 2
- Présences en réunion 28

Lundi

8 juin 2026

Séance de 21 heures 30

Compte rendu n° 85

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

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



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

(Présidence de M. Frédéric Valletoux, président)

La commission des affaires sociales poursuit 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. le président Frédéric Valletoux. Dans cette nouvelle lecture, nous avançons pour l'instant au rythme de trente-trois amendements par heure : je salue l'effort collectif qui a permis de concentrer les débats sur les sujets essentiels. Continuons dans cet état d'esprit et nous aurons fini mercredi soir.

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

Amendement AS404 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Si le texte avait fait l'unanimité, monsieur le président, nous n'aurions pas à défendre à nouveau nos amendements en nouvelle lecture.

Celui-ci modifie la fin de l'alinéa 7, qui porte sur le troisième critère, pour spécifier que la personne doit « être en phase terminale et présenter un pronostic vital engagé à court terme ». La rédaction actuelle – un « processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie » – laisse place à la subjectivité et le décès n'y est pas forcément proche. L'amendement propose donc, par éthique, d'apporter une condition précise, rigoureuse et médicalement objectivable.

Les personnes favorables au texte parlent souvent d'un ultime recours en fin de vie. Cependant, le fait que l'alinéa mentionne une affection en phase terminale, mais aussi en phase avancée ouvre l'accès au droit à mourir à un nombre considérable de personnes. J'aimerais que vous le reconnaissiez.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. La phase avancée n'est pas un principe vague. Elle existe dans le droit français depuis la loi Leonetti de 2005 et a été également retenue dans la loi Claeys-Leonetti de 2016. Elle est aussi utilisée pour l'accès aux traitements antalgiques et sédatifs en cas de souffrances réfractaires susceptibles d'avoir pour effet secondaire d'abrèger la vie. Par ailleurs, nous avons directement précisé en première lecture ce que recouvrait la notion de phase avancée, en transposant dans cet article la définition donnée par la Haute Autorité de santé (HAS) : il s'agit de « 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 ».

Vous proposez un retour à la notion de court terme plutôt que de phase avancée. Encore une fois, la HAS a indiqué dans son avis qu'une notion strictement temporelle n'était pas satisfaisante car impossible à mettre en œuvre. C'est pourquoi nous avons utilisé la notion de phase avancée, qui est strictement définie dans cet article. Une étude scientifique a montré en 2000 que l'estimation du pronostic vital par les médecins chez leurs propres patients en fin de vie est généralement optimiste : dans environ 63 % des cas, les médecins ne l'engagent pas

alors que les patients s’y trouvent. S’il est déjà difficile de savoir si le pronostic vital est engagé, comment reconnaître sa temporalité ?

Avis défavorable.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Selon la HAS, la phase avancée n’a pas de définition médicale stable et ne renvoie pas à l’échéance du décès ; elle peut donc concerner des maladies qui évolueraient encore sur plusieurs années. J’estime que l’amendement apporte une précision efficace et qu’il doit être voté.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. N’oublions jamais les souffrances associées.

La commission rejette l’amendement.

Amendements identiques AS34 de M. Patrick Hetzel, AS348 de Mme Justine Gruet et AS655 de Mme Annie Vidal

M. Patrick Hetzel (DR). Mon amendement vise à supprimer la formule « quelle qu’en soit la cause ». Cette précision n’apparaît pas nécessaire, dans la mesure où l’origine de l’affection n’a pas d’incidence sur les autres critères prévus à l’article 4. Elle pourrait même créer une ambiguïté ou une confusion dans l’interprétation du texte. La supprimer éviterait une redondance et clarifierait la rédaction.

Mme Justine Gruet (DR). Vous nous avez dit qu’il ne fallait pas de loi bavarde ; pourtant, ici, on ne précise pas la cause, mais on indique quand même « quelle qu’en soit la cause ». Le texte affaiblit la précision du critère médical et ouvre ainsi la voie à des interprétations extensives. Dans un domaine aussi sensible, il est important d’être le plus objectif possible. Le législateur ne peut se satisfaire d’une formule générale susceptible d’inclure des situations très différentes par leur nature, leur évolution et les réponses thérapeutiques ou médico-sociales qu’elles appellent. « Quelle qu’en soit la cause » ouvre le champ des possibles : la subjectivité de l’interprétation laissera le tri des souffrances au libre arbitre des médecins, qui devront aussi faire le tri dans les critères proposés. Il est important d’apporter une sécurisation à ce niveau-là, d’autant plus qu’il n’y aura pas de contrôle *a priori* avant le geste létal.

Mme Annie Vidal (EPR). Comme mes deux collègues, je souhaite supprimer cette mention inutile, puisque l’origine de l’affection n’a pas d’incidence sur les autres critères, et qui pourrait introduire une forme d’ambiguïté ou de confusion dans l’interprétation du texte.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cette formulation est issue d’un amendement adopté en première lecture, bien qu’il ait été jugé satisfait à l’époque, et l’Assemblée s’est prononcée à deux reprises en sa faveur. Il me semble nécessaire de la conserver dans la mesure où c’est davantage l’état de la personne que l’origine de cet état qui nous importe.

Avis défavorable.

M. Patrick Hetzel (DR). C’est bien le sujet : la formule, introduite en commission par l’amendement AS683 de notre collègue Pilato, crée soit une ambiguïté, soit une extension du champ d’application de la loi à des causes non pathologiques, notamment aux causes accidentelles. C’est d’ailleurs l’une des revendications de l’Association pour le droit de mourir dans la dignité. En ce qui me concerne, j’y suis très défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). Je voterai en faveur de l'amendement pour les raisons avancées par M. Hetzel : l'expression « quelle qu'en soit la cause » étend le champ des possibles, ce que je ne souhaite pas.

M. le président Frédéric Valletoux. Je vous rappelle que nous nous en tenons depuis cet après-midi à la règle de deux orateurs par amendement, un pour et un contre.

M. René Pilato (LFI-NFP). Ce « quelle qu'en soit la cause » ne sort pas du chapeau. C'est un équilibre qui a été trouvé pour tenir compte du fait qu'il est possible à la fois d'être atteint d'une maladie incurable, d'avoir un accident et d'avoir des souffrances réfractaires par-dessus le tout. Or si quelqu'un décide que les souffrances réfractaires sont dues à l'accident et non à la maladie incurable, on se retrouve dans un imbroglio impossible à démêler. La formule contribue à l'équilibre du texte : elle n'ajoute ni ne retire rien aux cinq critères fondamentaux.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS43 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). En l'état, la rédaction va bien au-delà de ce qui était initialement mentionné dans l'exposé des motifs des promoteurs du texte. L'alinéa 7 peut désormais concerner des personnes qui ne sont pas en phase terminale. Il faut donc indiquer clairement que le pronostic vital doit être engagé, sans quoi nous allons vers un dispositif bien plus ouvert que ce qui nous avait été annoncé.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Comme je l'ai déjà dit, la notion de phase avancée existe dans le droit français depuis 2005, et la HAS a indiqué qu'on ne pouvait pas attacher de temporalité précise cet état.

Avis défavorable.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Nous avons eu des discussions importantes lors des lectures antérieures. Elles ont abouti à la conclusion que la notion de phase avancée était plus englobante que celle de court ou moyen terme.

L'alinéa 7 indique bien que le pronostic vital doit être engagé : « quelle qu'en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée, caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie ». Vous voulez supprimer toute cette phrase au profit d'un simple « qui engage le pronostic vital », c'est-à-dire effacer complètement le texte pour en revenir à une aide au laisser mourir plutôt qu'à une aide à mourir.

Vous ne voulez pas reconnaître la demande du patient qui serait dans une situation de souffrance irréversible, sans possibilité d'être soigné et de s'en sortir. Vous estimez qu'il doit absolument souffrir jusqu'à la veille de son décès et que l'aide à mourir ne doit arriver que dans les derniers jours. Sachez que, hélas, en médecine, il n'y a pas de garantie : on ne peut pas savoir précisément quand ce moment arrive. J'estime que c'est à la personne de choisir si elle a atteint le niveau maximum de souffrance qu'elle peut supporter. Quand les soins palliatifs ne peuvent plus rien, c'est à elle de décider si elle estime que sa vie ne mérite plus d'être vécue, lorsque tous les critères cumulatifs sont réunis.

M. Patrick Hetzel (DR). Non, il s'agit simplement de mettre le texte en adéquation avec ce qui avait été initialement annoncé par ses promoteurs. Si l'on veut un cadre plus large que celui d'un malade en phase terminale avec pronostic vital engagé, il faut l'assumer de manière explicite auprès de nos concitoyens. La vision que vous défendez est respectable, mais elle repose sur l'autodétermination : vous dites très clairement que c'est la personne qui doit décider. Ce n'est pas ce que nous souhaitons. Le dispositif doit être extrêmement cadré, sans quoi il y aura des dérives. Il faut les éviter.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS30 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Cet amendement vise à préciser que le pronostic vital doit être engagé « de manière immédiate et certaine ». L'article 4 constitue le cœur du dispositif, puisqu'il détermine les conditions d'accès à l'aide à mourir. Les critères doivent donc être définis avec la plus grande rigueur afin de garantir la sécurité juridique du texte et l'égalité de traitement entre les patients.

La rédaction actuelle, fondée sur la seule notion de pronostic vital engagé, est insuffisamment précise : en pratique médicale, cette notion recouvre des situations très diverses, allant d'une issue attendue sous quelques jours à des situations où le décès n'intervient qu'à moyen terme, parfois après plusieurs mois. En circonscrivant le dispositif aux situations de toute fin de vie, lorsque le processus de décès est effectivement engagé de manière irréversible, cette précision répond à un impératif de clarté. Elle évite que le champ d'application du texte ne s'étende progressivement à des situations de vulnérabilité, de handicap ou de maladie grave pour lesquelles une issue fatale imminente n'est pas médicalement constatée.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Avis défavorable, pour les mêmes raisons que précédemment.

M. Yannick Monnet (GDR). Cet amendement propose tout bonnement un autre texte ! On injecterait la substance létale quand la personne est au moment de mourir ; je ne sais d'ailleurs pas s'il y a des médecins capables de déterminer qu'une mort est « immédiate est certaine », sauf peut-être cinq minutes avant... Quoi qu'il en soit, ce n'est pas l'esprit de la loi. Et *quid* du consentement ? On ne l'aura jamais puisque, dans l'état que vous décrivez, la personne n'est de toute façon plus consciente.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Il s'agit simplement de maintenir une distinction claire entre l'accompagnement de la toute fin de vie et l'intervention délibérée destinée à provoquer la mort d'une personne dont le décès n'est pas imminent.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS347 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'alinéa 7 est au cœur du dispositif et j'aimerais que vous assumiez ce qu'il signifie. Je suis intimement convaincue que, sans cet alinéa, le texte serait identique.

Reprenons ensemble. Il est question d'une « phase avancée » – oui, à partir du moment où on a une pathologie grave et incurable, le processus avance ; elle est « caractérisée

par l'entrée dans un processus irréversible » – certes, quand on a une pathologie grave et incurable, une fois que celle-ci a avancé, on ne peut pas revenir en arrière ; ce processus est « marqué par l'aggravation de l'état de santé » – oui, si la maladie progresse, l'état de santé s'aggrave ; et « qui affecte sa qualité de vie » – la qualité de vie, c'est très subjectif : elle est liée à l'environnement, à l'accompagnement de la pathologie. Cette phrase que vous présentez comme une sécurité n'a donc aucune objectivité juridique.

Vous dites, madame Simonnet, que c'est à la personne de choisir. Dans ce cas, il faut prôner clairement l'autodétermination, au lieu de vous cacher derrière des critères qui, pris individuellement, n'ont aucune objectivité. Ce n'est pas en les mettant bout à bout que vous allez sécuriser le dispositif. La même remarque vaut pour le segment précédent : « qui engage le pronostic vital », ce n'est pas la même chose qu'un pronostic vital engagé. L'ordre et la syntaxe ont leur importance. C'est ce qui fait qu'il y aura un million de personnes éligibles à ce nouveau droit.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Tous ces amendements sont pratiquement semblables et je n'ai d'autre réponse à y apporter que celle que j'ai déjà faite. La phase avancée est définie par la HAS : il s'agit de « *l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie* ».

Avis défavorable.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Je remercie Mme Gruet pour son explication de texte, mais je lui recommande de lire la phrase entière : il s'agit aussi de patients atteints d'une « affection grave et incurable ». Les médecins sont capables de diagnostiquer une maladie grave et incurable et de constater l'absence de traitement ou l'impossibilité d'une ultime chimiothérapie.

Vous passez votre temps à séparer les mots et les phrases, à prendre les critères isolément ; à chaque lecture, vous nous proposez un mot de plus ou un mot de moins. Nous, nous veillons à reprendre la définition de la HAS, à décliner les mots pour ce qu'ils veulent dire et à observer ce qui se pratique déjà pour certains patients en phase terminale qui font l'objet d'une injection létale de façon illégale.

Mme Annie Vidal (EPR). Cette phrase alambiquée est le fruit du travail de la HAS, qui n'a pas été en mesure de répondre à la question qui lui avait été posée sur la définition du moyen terme. On sait définir le court terme, mais pas le moyen terme, du moins à l'échelle collective, même s'il est éventuellement possible de fixer une temporalité au niveau individuel. La HAS, pour laquelle j'ai beaucoup de respect, se livre ici à un tour de passe-passe. Or, si la HAS elle-même a été dans l'impossibilité de donner une définition claire, cela posera des difficultés à un certain nombre de professionnels.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS350 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'alinéa 7 laisse aux professionnels de santé la charge de faire le tri des souffrances et de déterminer l'engagement ou non dans un processus irréversible. On en revient à cette notion d'autodétermination du patient que je peux respecter, même si je ne la partage pas. Mais, s'il a la liberté de choisir, pourquoi faut-il des critères ? Qui suis-je pour juger que votre demande de mort est légitime ?

Cela étant, le législateur est là pour fixer le cadre le plus précis possible. L'objet de l'amendement est de remplacer le mot « aggravation » par « altération ». En effet, la notion d'aggravation implique une appréciation dynamique et comparative de l'évolution de l'état de santé. Elle peut conduire à faire dépendre l'accès à la substance létale d'une appréciation subjective du rythme ou de l'intensité de cette évolution. La notion d'altération, en revanche, permet de caractériser l'état de santé de la personne sans cette dimension évolutive. Elle est plus neutre et limite les difficultés d'interprétation. Compte tenu de la gravité irréversible de la décision concernée, les critères prévus par la loi doivent être aussi précis et objectivables que possible.

M. Philippe Vigier, rapporteur général de la proposition de loi. Cela ne me semble pas utile : « altération » et « aggravation » veulent dire la même chose dans la médecine de tous les jours. Je n'arrive pas à comprendre ce qui vous anime. Soit la phrase est trop complexe, soit elle est trop simple ; soit elle élargit trop le périmètre, soit elle le restreint trop... J'étais présent dans l'hémicycle avec vous : l'alinéa 7, nous l'avons défini tous ensemble, avec des mots choisis, et nous nous sommes rangés à la formulation de la HAS, qui paraît la plus équilibrée.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). Je suis d'accord avec M. Vigier sur ce point et je voudrais rebondir sur les propos d'Annie Vidal. On peut être d'accord ou non avec les avis de la HAS – et Dieu sait si je suis en désaccord sur certains points – mais on ne peut pas dire qu'elle n'a pas fait le travail de définition nécessaire. Nous n'avons pas demandé son avis sur la définition du court terme, nous nous en sommes chargés nous-mêmes, et il n'est pas plus défini que le moyen terme.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS615 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Ce troisième critère, en réalité, c'est l'anti garde-fous, l'image même de l'imprécision et du flou. Et des imprécisions, il y en a beaucoup. Nous avons parlé il y a quelques instants de l'affection grave et incurable, « quelle qu'en soit la cause ». Il faut aussi qu'elle « engage le pronostic vital » – mais, comme le disait notre ancien collègue Pierre Dharréville, il est engagé à la naissance ! Et que veut dire « en phase avancée » ? Comment un médecin détermine-t-il concrètement ce qu'est une phase avancée ?

Enfin, il est question de la « qualité de vie ». Je propose ici, ce que je n'avais pas fait dans les précédentes lectures, de remplacer ce terme par « espérance de vie », ce qui me semble plus précis.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. La qualité de vie et l'espérance de vie n'ont strictement rien à voir. Je me permets de rappeler que le dispositif concerne des personnes engagées dans un processus irréversible. Le débat sur le court terme a été tranché par ce que nous avons écrit. Ne mélangez donc pas les deux notions, elles sont totalement différentes. Ayons un peu d'humanité pour les patients : quelle est leur qualité de vie quand ils sont engagés dans ce processus-là, c'est cela qu'il faut se demander ! Il faut déjà qu'ils aient la capacité à demander ou pas, à tout instant, l'aide à mourir. C'est cela qu'il ne faut jamais oublier.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Nous constatons ici un vrai point de divergence. Comme l'a dit M. le rapporteur général, la qualité de vie de la personne, ce sont les conditions

de vie dans lesquelles elle est quand elle remplit les critères. C'est une chose bien différente de son espérance de vie. On se place ici du côté de la personne, de ce qu'elle ressent, de sa capacité ou non à supporter sa souffrance, physique ou psychologique. Cet amendement n'a donc rien à voir avec une précision : l'adopter, ce serait revenir sur l'objectif même du texte. Il faut accepter le fait que nous ne partagions pas la même vision des choses. Actons-le une bonne fois pour toutes.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS703 de M. Thibault Bazin

M. Patrick Hetzel (DR). Le Conseil d'État mettait en garde contre le risque que le suicide assisté et l'euthanasie ne s'imposent aux patients faute d'accès aux soins nécessaires. L'amendement propose donc une nouvelle rédaction des alinéas 8 et 9 : le patient devrait notamment « présenter une souffrance physique constante et durable liée à cette affection, qui est réfractaire aux traitements et insupportable d'après le diagnostic écrit et détaillé d'un algologue ».

Cette rédaction s'appuie largement sur l'avis de la HAS : « Dans le contexte d'une maladie incurable, il convient de souligner, en outre, que la notion de "phase avancée" n'est pas une donnée purement temporelle, en ce sens qu'elle ne renvoie pas à l'échéance du décès mais à la nature de la prise en charge qu'appelle l'histoire d'une maladie, et donc au parcours singulier de la personne malade. La "phase avancée" peut être définie comme 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. Il [en] résulte que les deux notions mentionnées dans la saisine n'apparaissent pas susceptibles de fonder une approche sur un pronostic temporel individuel. Le collège relève, de manière plus générale, que les travaux de la HAS n'ont pas permis d'identifier de critère alternatif susceptible de guider une telle approche dans des conditions plus satisfaisantes. »

Vous ne pouvez donc pas vous réfugier derrière l'avis de la HAS. La HAS elle-même indique qu'elle n'arrive pas à définir la phase avancée, comme le disait excellemment notre collègue Annie Vidal.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Vous invoquez dans cet amendement une souffrance physique constante et durable ; or il peut arriver que les souffrances d'un patient soient allégées momentanément et recommencent une heure plus tard. Comment définir la constance et l'acuité d'une souffrance ? À partir de quel stade considère-t-on que la souffrance est inconstante et insuffisante ? Ces critères sont très subjectifs. Faisons confiance au patient qui souffre et qui se plaint.

Par ailleurs, votre rédaction fait disparaître le critère relatif au discernement de la personne, puisque vous supprimez la nécessité qu'elle manifeste sa volonté de façon libre et éclairée. Je ne peux pas vous suivre.

Avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Comme de nombreux amendements de nos collègues Les Républicains, celui-ci, sous prétexte d'affiner le texte, le rendrait inopérant.

Vous voudriez subordonner l'aide à mourir à un « diagnostic écrit et détaillé d'un algologue ». Mais savez-vous combien il y a d'algologues en France ? On compte 206 centres

de consultation, et la durée moyenne d'obtention d'un rendez-vous est de neuf mois. En réalité donc, vous voudriez créer un sas de neuf mois de douleur. C'est dérangeant – mais cela ne fait qu'allonger la liste de vos amendements folkloriques : M. Bentz veut calculer les espérances de vie individuelles – à croire que les compagnies d'assurances ont pris le pouvoir –, Mme Dogor-Such confond le droit canon avec le code de la santé publique, dans lequel elle veut introduire la notion d'*in articulo mortis* dont on ne parle plus depuis le XVI^e siècle...

Travaillons concrètement sur la manière dont nous pouvons ouvrir des droits aux personnes plutôt que d'essayer de les réduire !

Mme Annie Vidal (EPR). Je n'ai pas dit que la HAS n'avait pas fait le travail qui lui avait été commandé – jamais je ne me permettrai de dire cela. Simplement, sa conclusion centrale est que « *à ce jour, il n'existe pas de consensus médical sur la définition du pronostic vital engagé "à moyen terme", ni sur la notion de "phase avancée" lorsqu'elles sont envisagées dans une approche individuelle* ». Elle reconnaît également que son travail n'a pas permis d'identifier de critère alternatif pour répondre à la question qui lui a été posée.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS250 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Il s'agit de préciser la condition prévue à l'alinéa 8 par la mention suivante : « dès lors que l'accès aux traitements adaptés et aux soins palliatifs lui est effectivement garanti ». Le texte prévoit certes de garantir les soins palliatifs, mais dans les faits, la moitié des personnes qui souhaitent en bénéficier n'y ont pas accès. Il est donc utile de sécuriser les choses.

J'ajoute que les alinéas 7 et 8 énoncent des critères très subjectifs. La HAS écrit d'ailleurs : « *En conclusion, il s'avère impossible de définir objectivement un pronostic temporel applicable à toute situation individuelle.* » De manière plus générale, elle n'a pas trouvé de notion alternative à celle du pronostic vital engagé à moyen terme.

Ni la HAS ni les parlementaires n'ont donc abouti à un critère suffisamment objectif. Pourtant, il reviendra au médecin de décider si, oui ou non, le patient respecte la légalité des critères – laquelle ne sera pas contrôlée *a priori*. On se dédouane dans le texte en énonçant une succession de critères qui, en réalité, ne définissent pas la fin de vie. Soit nous l'acceptons – je sais que nos collègues de gauche souhaitent cette autodétermination –, soit nous jouons notre rôle de législateur en sécurisant le dispositif et en protégeant les plus vulnérables. En l'état, l'article 4 y échoue.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Votre amendement est pleinement satisfait, puisque l'article 5 prévoit que le médecin « informe la personne qu'elle peut bénéficier de l'accompagnement et des soins palliatifs [...] et s'assure, si elle le souhaite, qu'elle puisse y avoir accès ».

Avis défavorable.

M. Yannick Monnet (GDR). On ne peut pas imaginer un seul instant qu'une personne qui n'a pas accès aux soins palliatifs puisse bénéficier de l'aide à mourir ; sinon, ce dispositif deviendrait une alternative aux soins. Il faut même faire de l'accès aux soins palliatifs un critère à part entière, comme le prévoit mon amendement AS503. Cette loi serait

terrible si une seule personne bénéficiait de l'aide à mourir à tort, ou par défaut. Il faut tout faire pour éviter cet écueil.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Pardon, camarades, mais il fallait voter le droit opposable aux soins palliatifs ! Là, on aurait eu un équilibre. C'est la droite qui a voté contre en première lecture, permettez qu'on dénonce l'hypocrisie de ce débat !

L'amendement est retiré.

Amendements AS528 et AS526 de Mme Danielle Simonnet et AS349 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Danielle Simonnet (EcoS). L'amendement AS526 reprend la rédaction adoptée en première lecture : nous voulons préciser, à l'alinéa 8, que la personne doit présenter une souffrance « physique ou psychologique » liée à son affection. Un patient peut répondre à toutes les caractéristiques de l'alinéa 7 – être atteint d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée, caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie, ou en phase terminale –, recevoir un traitement qui supprime ses souffrances physiques mais subir des souffrances psychologiques insupportables liées à son affection. Ce peut être le cas pour des personnes atteintes d'un cancer en phase très avancée ou d'une maladie neurodégénérative.

L'amendement de repli AS528 vise à préciser que « en cas de souffrance exclusivement psychologique, celle-ci doit être directement liée à l'affection grave et incurable ».

En aucun cas nous ne souhaitons permettre l'aide à mourir pour toute souffrance psychologique – occasionnée par la perte d'un enfant, une séparation... Ces cas relèvent de la prévention du suicide, évidemment pas de l'aide à mourir. Nous ne visons que les souffrances physiques et psychologiques liées à l'affection.

Mme Justine Gruet (DR). Mon amendement vise lui aussi à réintroduire la référence aux souffrances physiques et psychologiques, en précisant toutefois qu'elles doivent être constantes – critère qui avait été supprimé en deuxième lecture. Nous le savons, les souffrances et l'état d'esprit d'un patient en fin de vie sont fluctuants : la personne peut être traversée par un sentiment de désespoir motivant une aide à mourir, et sa souffrance s'atténuer quelques heures plus tard. Cette précision est d'autant plus importante que les délais sont très courts, puisque la substance létale est injectée quarante-huit heures après la décision.

Je m'inquiète que vous parliez de personnes atteintes de troubles neurodégénératifs, madame Simonnet, puisque le patient doit être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée : c'est contradictoire. Il faut plutôt protéger ces patients vulnérables.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Les centres antidouleur ne se réfèrent jamais à la constance d'une souffrance, madame Gruet : on ne sait pas la définir. Ce critère ne peut pas être appréhendé de façon homogène par les praticiens, d'autant que les patients ont tous des réactions différentes. Vous excluez aussi qu'il puisse y avoir des jours de rémission où l'on souffre un peu moins. Pour vous, il faudrait que le patient ressente toujours le même niveau de douleur, dans la durée, pour bénéficier de l'aide à mourir... Un peu d'humanité !

Madame Simonnet, je sais votre attachement à faire reconnaître la souffrance psychologique. Or dans un souci d'équilibre, l'Assemblée a décidé de ne pas aller en ce sens en deuxième lecture. Nous sommes sur un chemin de crête et devons trouver des compromis pour que le texte aboutisse.

Nous sommes donc favorables à la mention conjointe des souffrances physiques et psychologiques, mais défavorables au critère de la constance. C'est pourquoi nous sommes opposés à ces amendements.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). La référence à une souffrance constante ayant été supprimée en deuxième lecture, une souffrance intermittente suffit désormais, ce qui élargit les critères d'accès à l'aide à mourir. Le texte est contradictoire : la souffrance psychologique seule est exclue, mais si elle est associée à une maladie physique, elle suffit. Cela signifie qu'une personne devenue dépressive après l'annonce d'un cancer peut être éligible sans avis psychiatrique requis.

M. Yannick Monnet (GDR). Je ne suis pas médecin, mais il me semble que la souffrance psychologique est celle qui se soigne le plus facilement. Mais quand on la traite par des médicaments, on altère le discernement de la personne et sa capacité à avoir un avis libre et éclairé. Prévoir que la souffrance psychologique seule puisse être un critère me paraît donc contradictoire avec le reste du texte.

L'amendement AS349 étant retiré, la commission rejette successivement les amendements AS528 et AS526.

Amendement AS140 de Mme Christine Loir, amendements identiques AS56 de M. Patrick Hetzel, AS251 de Mme Justine Gruet et AS468 de Mme Marie-France Lorho, amendement AS172 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS140 est défendu.

M. Patrick Hetzel (DR). Les arguments du rapporteur général montrent bien que la douleur est difficile à définir. Quant à M. Clouet, qui juge nos amendements folkloriques, je lui rappellerai que le ministère de la santé a recensé 246 centres antidouleur dans lesquels travaillent un millier d'algologues : ce n'est pas rien. Vous ne pouvez pas dire que nous cherchons à retarder les choses quand nous voulons simplement des garde-fous.

Notre amendement AS56 vise à revenir à l'esprit initial du texte, qui est de répondre aux cas de souffrances réfractaires aux traitements. La rédaction actuelle va bien au-delà, sans que nos concitoyens en aient été informés. Si tel est le choix de l'Assemblée nationale, il faut l'assumer et le dire aux Français.

Mme Justine Gruet (DR). Le droit reconnaît à toute personne la liberté de refuser ou d'interrompre un traitement, conformément au principe du consentement libre et éclairé et au respect de l'autonomie du patient. Cette liberté fondamentale ne saurait toutefois emporter un droit corrélatif à solliciter l'aide à mourir en raison des conséquences prévisibles de ce choix. La décision d'arrêter un traitement pourrait entraîner un glissement substantiel de finalité, faisant de l'aide à mourir un mécanisme susceptible d'accompagner le choix personnel de mettre fin à sa vie. Cela reviendrait également à demander aux professionnels de santé de devenir les acteurs directs des conséquences d'une décision individuelle, dans un cadre qui dépasse la prise en charge des situations de souffrance réfractaire. L'accès à l'aide à

mourir doit demeurer strictement réservé à des situations médicales exceptionnelles, indépendantes d'un choix délibéré d'interruption de traitement.

Vous dites vouloir faire de l'aide à mourir un ultime recours pour des patients en fin de vie présentant des souffrances réfractaires, mais les critères listés à l'alinéa 7 sont très subjectifs et n'imposent pas un engagement du pronostic vital à court terme. Il ne s'agit donc pas de situations de fin de vie ni même de souffrances incurables, puisqu'un malade qui refuse un traitement pourrait demander l'aide à mourir.

Je respecte la liberté du patient de refuser un traitement, mais cela ne doit pas le rendre éligible aux critères, déjà larges, de l'aide à mourir.

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS468 est défendu.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS172 est défendu.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Pour ce qui est de l'amendement de Mme Loir, la rédaction actuelle prévoit déjà que la souffrance est directement liée à l'affection et constatée par un médecin. L'article 6 prévoit que l'ensemble des critères prévus à l'article 4, dont celui de la souffrance réfractaire, doivent faire l'objet d'une vérification par le collègue pluriprofessionnel. Par ailleurs, en vertu de l'article 5, le médecin informe la personne qu'elle peut bénéficier de l'accompagnement et des soins palliatifs et s'assure qu'elle peut y avoir accès. L'amendement est donc satisfait.

Les amendements identiques visent à exclure de l'aide à mourir les personnes qui ont choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter un traitement, droit garanti par la loi Kouchner. Or de nombreuses raisons peuvent conduire un patient à prendre une telle décision, en particulier les effets secondaires du traitement. Entre des effets secondaires insupportables et une souffrance insupportable, seule cette dernière justifierait l'accès à l'aide à mourir ? Ce serait quelque peu incohérent. Avis défavorable.

M. Jean-François Rousset (EPR). Parfois l'évidence saute aux yeux. Quand un patient atteint d'un cancer avancé en est à sa troisième ou quatrième ligne chimiothérapique et que le traitement reste inefficace, il faut prendre en compte sa souffrance et non l'évolution de sa maladie – à court ou moyen terme, l'issue sera fatale. On sait que les souffrances psychologiques sont parmi les plus difficiles à évaluer et à traiter : à l'heure actuelle, très peu de médicaments sont efficaces. Il faut donc proposer un moyen de les abréger.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Certains patients ont enchaîné cinq ou six traitements, et l'on s'aperçoit que la nouvelle thérapeutique engendre encore plus de douleurs physiques et psychologiques sans enrayer la maladie. Dans ces situations, qui sont fréquentes, l'aide à mourir se justifie : ces personnes subissent encore plus d'inconfort avec un traitement qui ne leur apporte plus rien.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS141 de Mme Christine Loir et AS469 de Mme Marie-France Lorho

M. Christophe Bentz (RN). Je défends les deux amendements. Ce texte inquiète beaucoup de députés de différents groupes ; pour ma part, il me heurte. Il ne contient quasiment pas de points de consensus entre la droite, la gauche et le bloc central, à l'exception d'un, qui est fondamental : toute personne qui demande l'aide à mourir doit d'abord accéder

aux soins palliatifs, si elle le demande. Je rejoins M. Monnet, il est absolument indispensable d'inscrire parmi les critères de l'article 4 l'accès préalable et effectif aux soins palliatifs.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Là encore, vous voudriez que les personnes qui ont choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter un traitement n'aient pas accès à l'aide à mourir. J'y suis opposée, pour les raisons que j'ai déjà exprimées. Et vous insistez pour mentionner les soins palliatifs, mais ils seront bien proposés aux personnes, c'est l'objet de l'article 5. On ne peut pas tout dire dans chaque article.

Avis défavorable.

M. René Pilato (LFI-NFP). Il faut être conscient des effets secondaires et de l'indignité que peuvent occasionner certains traitements. Un malade qui est soigné et qui se sent mieux ne demandera certainement pas l'aide à mourir. Si en revanche, malgré le traitement, son état ne s'améliore pas, son pronostic vital reste engagé, mais qu'il ne dort pas et qu'il est obligé de courir aux toilettes toute la nuit, son quotidien devient insupportable. Il sait qu'il va mourir, il demande simplement de finir avec dignité. Vous le lui refusez et c'est incompréhensible.

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

Amendement AS470 de Mme Marie-France Lorho

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

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

Amendement AS471 de Mme Marie-France Lorho

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

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

Amendements AS166 et AS167 de M. René Pilato

M. René Pilato (LFI-NFP). L'amendement AS166 vise à revenir à la rédaction antérieure en supprimant la seconde phrase de l'alinéa 8, selon laquelle « une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir ». Nous l'avons vu, cet aspect est très difficile à évaluer. Le quatrième critère serait donc rédigé ainsi : « Présenter une souffrance liée à cette affection, qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement ».

L'amendement de repli AS167 tend à rédiger la seconde phrase de l'alinéa 8 de la façon suivante : « En cas de souffrance exclusivement psychologique, celle-ci doit être directement liée à l'affection grave et incurable. » Notre faveur va toutefois à la première proposition.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cette phrase que vous voulez supprimer instaure une hiérarchie des souffrances qui pourrait empêcher le collège pluriprofessionnel de prendre en compte l'ensemble des éléments constitutifs de la situation clinique et humaine de la personne. Toutefois, en première et en deuxième lecture, l'Assemblée a voté son maintien en

séance. Elle contribue grandement à l'équilibre du texte. Aussi suis-je défavorable à l'amendement AS166.

Par ailleurs, l'article 4 prévoit déjà que la souffrance prise en considération doit être liée à l'affection. L'amendement AS167 est donc satisfait et j'y suis également défavorable.

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

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission **rejette** successivement les amendements en discussion commune AS650 de Mme Annie Vidal et AS252 de Mme Justine Gruet.*

Amendement AS253 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). C'est un amendement essentiel. Vous avez refusé le contrôle *a priori* de la légalité des critères. Or il ne revient pas aux médecins d'expertiser le critère du consentement libre et éclairé. Des abus de faiblesse se produisent tous les jours et nous savons combien les personnes peuvent être soumises à des pressions extérieures, sociales ou financières. Il faut pouvoir les démasquer. Nous proposons donc que le patient exprime son consentement libre et éclairé devant le président du tribunal judiciaire ou le magistrat désigné par lui. Ne me dites pas que cela encombrera les tribunaux, car il s'agit du même protocole que celui qui est appliqué aux dons d'organes intrafamiliaux.

Il faut aussi former et sensibiliser au recueil de l'avis libre et éclairé des patients. Les médecins n'ont pas nécessairement connaissance de tous les enjeux qui gravitent autour d'un malade.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Votre préoccupation est satisfaite : le texte prévoit que la manifestation de la volonté doit être libre, ce qui suppose que la personne est apte à prendre une décision. Si le médecin avait un doute, il n'accorderait pas le droit à l'aide à mourir. En outre, votre proposition n'est pas opérationnelle : une procédure devant le tribunal prendrait un temps qui, compte tenu de l'état de souffrance de la personne, n'est pas justifié.

Avis défavorable.

M. Patrick Hetzel (DR). Cette disposition existe déjà pour le don d'organes intrafamilial, qui implique des délais extrêmement courts, et elle fonctionne. Le parallélisme est parfait.

Au reste, s'il s'agit effectivement de 400 à 500 cas par an, cela n'encombrera pas les tribunaux ; il en irait différemment si cela concernait 10 000, 20 000, voire 30 000 cas. S'il est adopté, cet amendement sera révélateur. Si vous considérez qu'il peut conduire à encombrer les tribunaux, c'est que vous pensez qu'il y aura plus de 500 demandes par an : dans ce cas, dites-le.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Vous dressez un parallèle avec le don d'organes mais ce n'est pas tout à fait la même chose, car c'est une décision qui concerne deux personnes, alors que l'aide à mourir concerne uniquement celle qui la demande.

Et, du point de vue purement opérationnel, on demanderait vraiment à des personnes souffrantes, en fin de vie, de se déplacer au tribunal ? Ce n'est pas possible. Il existe une autre

manière de bien vérifier que les critères sont remplis : celle prévue par le texte. Et si le médecin a un doute, il ne donnera pas suite à la demande.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS254 de Mme Justine Gruet, amendements identiques AS59 de M. Patrick Hetzel et AS504 de Mme Karine Lebon, amendements AS31 de Mme Sandrine Dogor-Such et AS175 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Votre argument ne tient pas, madame la rapporteure : pour le don d'organes aussi, il y a urgence. Je préfère qu'on prenne un peu de temps si c'est pour s'assurer qu'il n'y a pas d'abus de faiblesse.

Monsieur Delautrette, lorsqu'un héritage est en jeu, une autre personne peut avoir un intérêt dans la décision. Qu'on le veuille ou non, il est de notre responsabilité de législateur de nous assurer de l'absence de pression familiale. On fait porter une lourde responsabilité au médecin en le chargeant d'analyser, de manière très subjective, le pronostic vital de son patient, ses souffrances ou le caractère libre et éclairé de sa décision. Il n'a pas forcément toutes les clefs pour faire cela.

Mon amendement vise donc à définir ce qu'est une volonté libre et éclairée : elle est « exprimée sans pression, sans contrainte ou sans influence induite, après la délivrance d'une information loyale, claire et adaptée, et après vérification de la capacité de discernement de la personne au regard notamment de son état clinique, de ses traitements et de son environnement ».

Un million de personnes sont potentiellement concernées par l'aide à mourir. Vous êtes sûrs qu'il n'y aura pas de dérives, très bien ; mais s'il existe le moindre risque d'abus de faiblesse, ne serait-ce que pour une personne, il est nécessaire de former les médecins à apprécier le caractère libre et éclairé de la demande, bien que ce ne soit pas leur cœur de compétences, ou alors de confier cette mission aux personnes disposant de cette expertise – c'était l'objet de mon précédent amendement.

M. Patrick Hetzel (DR). Dans notre pays, il y a tous les ans des condamnations pour abus de faiblesse, et le nombre réel d'abus est forcément plus élevé. C'est une réalité, il faut la prendre en considération.

Il convient donc de compléter l'alinéa 9 par les mots « sans pression extérieure susceptible d'être poursuivie au titre de l'article 223-15-2 du code pénal », lequel définit l'abus de faiblesse. C'est un garde-fou pour se prémunir contre certaines situations, notamment, Justine Gruet l'a dit, lorsqu'il y a un héritage en jeu par exemple.

M. Yannick Monnet (GDR). On peut exprimer une volonté libre tout en faisant l'objet de pressions. Ce n'est pas incompatible, surtout dans des phases de vie où les choix ne sont pas simples. Cette précision apportée par l'amendement AS504 me paraît tout à fait nécessaire pour protéger les personnes vulnérables et éviter qu'elles ne prennent une telle décision sans être totalement éclairées.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Mon amendement tend à préciser que la volonté libre et éclairée doit être formulée « sans pression extérieure susceptible d'être poursuivie ».

S'agissant d'une décision aussi grave et irréversible, il est nécessaire de s'assurer que le consentement est non seulement libre en apparence, mais également protégé de toute forme d'influence, contrainte ou abus de faiblesse. Certaines personnes malades, âgées ou dépendantes peuvent se trouver dans une situation de vulnérabilité particulière et ressentir une pression familiale, sociale, affective ou économique, quand bien même elle ne serait pas explicite.

Notre responsabilité est de prévenir ces situations en affirmant clairement dans la loi que toute pression exercée sur un patient est incompatible avec la validité de sa demande et peut faire l'objet de poursuites.

Mme Justine Gruet (DR). Contrairement à d'autres qui pouvaient viser à restreindre le nombre de personnes éligibles à l'aide à mourir, l'amendement AS175 ne retire aucun droit à personne : il sécurise juste la procédure, en précisant que la personne ne fait l'objet d'aucune pression extérieure. Il n'enlève aucune compétence aux médecins non plus, même si je considère qu'ils n'ont pas forcément toutes les cartes en main pour apprécier l'existence d'éventuelles pressions.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Je comprends, et il serait effectivement insupportable qu'une personne faisant l'objet de pressions ou d'influences indues accède à l'aide à mourir alors que sa volonté n'est pas véritablement libre et éclairée. Mais vous oubliez que cette personne est malade, qu'elle souffre, et qu'elle n'est pas loin de la mort.

Et comment même un juge pourrait-il évaluer l'absence de pressions ? Vous mélangez tout – à moins que vous ne cherchiez juste à mettre des bâtons dans les roues autant que possible.

Le texte prévoit que la volonté doit être libre et éclairée, exprimée en présence d'un médecin. Celui-ci connaît les pathologies, les souffrances qu'elles engendrent, l'âme humaine aussi. Avec le collège, ils sauront apprécier l'existence d'éventuelles influences.

Avis défavorable.

Mme Annie Vidal (EPR). Je suis favorable à ces amendements.

Vous avez travaillé sur l'emprise, madame la rapporteure. Vous savez que parmi les personnes éligibles à l'aide à mourir, il y aura des personnes âgées, polypathologiques, en souffrance physique et psychologique, qui ne seront pas entourées que de personnes bienveillantes et pourront être sous emprise.

Cette précision n'enlève rien au texte et permet de sécuriser la procédure. Je ne comprends pas que vous soyez à ce point cabrée contre toute évolution pertinente et protectrice, simplement pour faire passer le texte tel que vous avez voulu l'écrire. Il est vraiment dommage que vous n'acceptiez absolument rien – c'est d'ailleurs pour cette raison que le débat est long et semble perpétuellement redondant. Nos propositions ne sont pourtant pas scandaleuses.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Quand et comment apprécier une pression extérieure ? Vous ne pouvez pas écarter l'hypothèse d'un visiteur qui serait intervenu à un moment ou un autre. Il n'y a pas de rigueur scientifique dans l'appréciation. En revanche, vous le savez, la procédure, qui est expliquée au patient, prévoit la présence d'un médecin,

d'un collègue médical, et la réitération de la demande jusqu'au dernier moment. La volonté est donc bien éclairée.

Vous parlez de personnes âgées, madame Vidal, mais l'aide à mourir s'adressera aussi aux jeunes : elle concernera les personnes atteintes d'une maladie incurable engageant leur pronostic vital à court terme et engendrant des douleurs absolument insupportables.

Je veux bien que l'on se tourne vers une tierce personne, comme un président de tribunal – même si l'actualité montre qu'ils ont bien autre chose à faire. Mais comment un magistrat pourrait-il apprécier, en quelques minutes, si le patient fait l'objet de pressions ? Et à quel moment interviendrait-il ?

Je rappelle que la volonté devra être réitérée à de nombreuses reprises. Dans aucun autre protocole médical on ne demande au patient s'il accepte de continuer – sauf dans quelques cas, Jean-François Rousset l'a très bien dit : à la cinquième cure de chimio, par exemple, quand les douleurs physiques et psychologiques sont d'une telle violence qu'elles peuvent entraîner un renoncement, d'ailleurs prévu par la loi Kouchner.

Des textes ont déjà été adoptés, ne l'oublions pas. Je vous sais sensibles au droit : celui de refuser un traitement existe, et il est inscrit dans ce texte.

Ne vous en déplaise, le discernement du patient est ici évalué jusqu'à la dernière minute. Ce n'est pas le cas par exemple pour la sédation profonde et continue prévue par la loi Claeys-Leonetti, dans laquelle il n'y a plus de discernement lorsque le traitement définitif est instauré.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS142 de Mme Christine Loir, AS160 de Mme Karen Erodi, AS128 de Mme Nicole Dubré-Chirat et AS492 de M. Michel Lauzzana (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS142 est retiré.

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). Je veux vous parler de celles et ceux que le texte laisse au bord du chemin : la personne victime d'un AVC, celle frappée par une maladie neurodégénérative qui s'accélère, celle qui, demain, ne pourra plus redire ce qu'elle a dit hier.

Hier, en pleine conscience, elle a écrit : arrivée dans cet état, je veux qu'on me libère de mes souffrances et de mon corps ; je veux pouvoir partir dignement, comme je le souhaite. Elle l'a formulé explicitement dans ses directives anticipées, elle a désigné une personne de confiance. Mais, sans cet amendement, que lui répond-on ? Trop tard, tu n'es plus consciente, ta volonté ne compte plus.

C'est insoutenable. Cette volonté existe, elle est claire. Le législateur l'a déjà reconnue, la loi Claeys-Leonetti de 2016 ayant rendu les directives anticipées opposables aux médecins. Cet écrit permet déjà d'obtenir la sédation profonde et continue jusqu'à la mort. Pourquoi vaudrait-il lorsqu'il s'agit d'endormir une personne jusqu'à ce qu'elle meure de déshydratation, mais pas pour l'aider à mourir dignement ?

Mon amendement prévoit donc que la volonté peut être exprimée dans les directives anticipées ou par la personne de confiance. Bien entendu, il existe une sécurité : si la personne

manifeste une opposition ou un refus, même sans discernement, le processus est immédiatement suspendu.

Respecter une volonté, c'est la respecter aussi quand la maladie a volé la parole, la conscience. Collègues, n'abandonnez pas ces personnes au bord du chemin.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Un peu plus restrictif, mon amendement prévoit que les personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative diagnostiquée et confirmée peuvent faire une demande anticipée d'aide à mourir précisant à quel stade elles souhaitent que celle-ci soit déclenchée, valable lorsqu'elles auront perdu leur capacité à s'exprimer du fait de l'aggravation de leur maladie. Cette proposition s'inspire du modèle québécois en vigueur depuis 2024.

M. Michel Lauzzana (EPR). Dans le même esprit, je propose de considérer que les directives anticipées expriment la volonté libre et éclairée du patient, la personne de confiance en restant garante. Mais je retire mon amendement au profit de l'amendement AS128, qui est un peu plus restrictif.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Comme vous le savez puisque nous y avons déjà longuement travaillé, le texte repose sur la manifestation libre et éclairée de la volonté, réitérée jusqu'à la dernière minute. On ne peut pas y inclure les directives anticipées. C'est l'équilibre qu'a trouvé l'Assemblée au cours des deux premières lectures et je souhaite le préserver.

Avis défavorable.

M. Nicolas Turquois (Dem). Ma réflexion a évolué tout au long de l'écriture du texte.

Pour moi, la meilleure façon de se prémunir contre des influences, quelles qu'en soient les causes, est la réitération de la volonté à plusieurs reprises. Certes, cela ne résout pas tout, mais je ne suis pas sûr que toutes les personnes ayant manifestement perdu leur lucidité – il y en a dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou les unités protégées par exemple – demanderaient l'aide à mourir aujourd'hui si elles étaient en mesure de le faire.

Je suis donc absolument défavorable à la possibilité d'exprimer cette volonté par l'intermédiaire de directives anticipées, même si je comprends que cela prive certains de solution.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Je soutiens sans partage ces amendements. Quelle terrible inégalité, quelle hypocrisie de prendre en compte les directives anticipées lorsqu'il s'agit d'une sédation profonde et continue, mais pas pour l'aide à mourir !

J'entends l'importance de la réitération de la volonté libre et éclairée, mais certaines personnes peuvent l'exprimer plusieurs fois quand elles sont en pleine possession de leurs facultés tout en sachant qu'en raison de l'évolution irréversible de l'affection dont elles sont atteintes, elles ne pourront plus le faire ensuite. Elles préfèrent anticiper pour que leur demande d'aide à mourir soit effective le moment venu. Si vous leur ôtez ce droit, elles sont obligées de demander l'aide à mourir plus tôt, alors même qu'elles sont encore capables d'avoir des échanges et qu'elles estiment que leur vie mérite d'être vécue pendant les quelques jours où elles sont encore pleinement conscientes.

Mesurez bien les conséquences de ce vote.

M. le président Frédéric Valletoux. Je vais mettre les amendements aux voix.

M. Patrick Hetzel (DR). Monsieur le président, sur un sujet aussi sensible, on ne peut pas se contenter d'un pour et d'un contre.

M. le président Frédéric Valletoux. En général, je ne suis pas avare pour donner la parole, mais nous en avons déjà longuement parlé lors des précédentes lectures. Je ne pense pas que les positions des uns et des autres évoluent beaucoup désormais.

Les amendements AS142 et AS492 étant retirés, la commission rejette successivement les amendements AS160 et AS128.

Amendements AS693 de Mme Annie Vidal et AS63 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

Mme Annie Vidal (EPR). Le texte prévoit que seule une altération grave du discernement fait obstacle à la demande. Mon amendement tient compte du fait qu'une altération temporaire, y compris modérée, empêche aussi la manifestation d'une volonté libre et éclairée – par exemple, au moment de l'annonce d'une maladie grave.

M. Patrick Hetzel (DR). Il convient d'indiquer dès l'article 4 que toute altération du discernement doit faire obstacle à la demande d'aide à mourir.

Vous l'avez dit, monsieur le rapporteur général, il existe des dispositions – notamment celles de la loi Kouchner – pour protéger les personnes, notamment les plus vulnérables. En tant que législateur, nous devons suivre un principe d'éthique non négociable : en cas de vulnérabilité, il faut protéger. C'est notre rôle. Or une personne dont le discernement est altéré par la maladie est vulnérable. Sa demande d'aide à mourir ne saurait être considérée comme découlant d'une volonté libre et éclairée, sinon il y aura des dérives.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Ces amendements sont satisfaits, preuve que le texte est particulièrement bien ficelé. Il prévoit déjà que le médecin s'assure du caractère libre et éclairé de la décision à tout moment de la procédure. L'alinéa 3 de l'article 6 est même plus précis que vos amendements, prévoyant que « la personne dont le discernement est gravement altéré [...] ne peut pas être reconnue comme manifestant une volonté libre et éclairée ».

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Le principe de précaution doit prévaloir.

Monsieur le rapporteur général, vous arguez que le médecin, qui connaît les pathologies et les souffrances qu'elles engendrent, est mieux placé pour s'assurer du caractère libre et éclairé de la demande qu'un magistrat qui verrait le patient seulement quelques minutes. Mais – et au-delà du fait que le magistrat en a l'expertise et la compétence – telle que la procédure est prévue, le médecin ne connaît pas forcément le patient.

Ce qui m'inquiète, c'est que nous avons choisi de délester les médecins de cette appréciation dans le cadre du don d'organes intrafamilial, mais que vous vous y refusez absolument sur un sujet aussi fondamental de l'aide à mourir. Je peux comprendre certaines de vos réticences, mais c'est notre rôle d'appliquer le principe de précaution.

Enfin, madame la rapporteure, dire que le patient n'est « *pas loin de la mort* » apporte encore plus de subjectivité qu'il n'y en a déjà dans les critères.

M. Michel Lauzzana (EPR). L'évolution d'une maladie n'est pas linéaire : il y a une alternance de hauts et de bas, de périodes de lucidité et de confusion. Le médecin est assez compétent et outillé pour apprécier si le patient est suffisamment lucide pour exprimer ou réitérer sa demande.

Mme Annie Vidal (EPR). Votre réponse ne tient pas, madame la rapporteure. Vous faites référence à une altération grave du discernement quand je dis que même une altération temporaire doit être un obstacle à la demande d'aide à mourir.

M. Lauzzana l'a dit, dans l'évolution d'une maladie, il y a des hauts et des bas, des moments où le discernement peut être temporairement altéré, pour diverses raisons – une annonce, quelque chose qui va mal, la famille n'est pas venue. Il faut que ce soit pris en compte.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je souscris aux propos de M. Lauzzana. Faites confiance au corps médical. Nous prétendons protéger les médecins, mais ce sont eux qui examineront le patient et jugeront, collégalement, si sa demande est bien libre et éclairée.

Madame Gruet, le texte intègre bien le principe de précaution, puisque la demande doit être réitérée. Dans quel autre protocole médical demande-t-on aux patients de renouveler leur accord ? Ça n'existe pas, ou très rarement. Là, c'est encadré.

Et si le médecin considère qu'il y a une absence de discernement, il peut décider que le patient ne remplit plus les critères donnant accès à l'aide à mourir. On peut difficilement sécuriser davantage la procédure.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS618 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Cet amendement vise à traiter un angle mort du texte. Les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques souffrent mécaniquement d'une altération partielle ou totale du discernement, qui entacherait le caractère libre et éclairé de la volonté. Je propose donc de faire de l'absence de soins psychiatriques un critère d'accès à l'aide à mourir.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Votre amendement est trop restrictif, il conduirait à exclure toutes les personnes consultant un psychiatre, régulièrement ou occasionnellement.

Avis défavorable.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Les soins psychiatriques ne traduisent pas forcément une incapacité à exprimer un consentement libre et éclairé ! On peut très bien voir un psychiatre à un moment donné, puis arrêter pendant six mois. On peut aussi souffrir à la fois d'un cancer et d'une maladie psychiatrique plus ancienne, sans que celle-ci n'altère le discernement. Votre argument est extrêmement méprisant pour toutes les personnes qui consultent un psychiatre. C'est même hypervalidiste.

Mme Justine Gruet (DR). Vous nous répétez que le caractère libre et éclairé de la volonté sera vérifié à toutes les étapes de la procédure, mais en réalité, ce ne sera le cas que deux fois : lors de la demande puis au moment de l'administration. Or le médecin instruisant la demande ne connaît pas nécessairement le patient et n'aura pas forcément connaissance de toutes les pressions dont il peut faire l'objet. Quant à l'administration, elle peut être réalisée par un infirmier ou un autre médecin.

En l'absence de contrôle *a priori* du respect des critères, le médecin se retrouve tout-puissant, alors qu'il n'a pas nécessairement l'expertise ni la connaissance du patient suffisantes pour tout évaluer. C'est pourquoi nous avons proposé que le respect du caractère libre et éclairé de la demande soit vérifié par un expert – en l'espèce, le juge.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS64 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Nous proposons que le médecin, s'il a un doute sur le caractère libre et éclairé de la volonté du patient, fasse appel à l'expertise d'un psychiatre. Comme vous le dites, nous faisons confiance aux médecins.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Lorsqu'un médecin a un doute, il oriente son patient vers un autre professionnel. Cela arrive tous les jours. Et en tout état de cause, il sera tenu par l'article 5 de proposer « à la personne et à ses proches de les orienter vers un psychologue ou un psychiatre ». L'amendement est donc satisfait et par la pratique, et par le texte. Ne mettez pas en doute les compétences professionnelles des médecins.

Avis défavorable.

M. Michel Lauzzana (EPR). Je suis frappé par l'image que certains de nos collègues ont de la psychiatrie. Nous ne sommes pas en Union soviétique dans les années 1960, on ne rend pas tous les patients gagas en les bourrant de neuroleptiques. Au contraire, les traitements antidépresseurs permettent à beaucoup de mener une vie normale.

M. Patrick Hetzel (DR). Pour ma part, j'estime précisément qu'en cas de doute, le médecin doit faire appel au psychiatre en tant que spécialiste.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS178 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé, AS66 de M. Patrick Hetzel et AS213 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé (discussion commune)

Mme Annie Vidal (EPR). L'amendement AS178 est défendu.

M. Patrick Hetzel (DR). L'amendement AS66 a pour objet d'exclure les majeurs protégés du dispositif. Il serait en effet paradoxal que, s'agissant de l'aide à mourir, l'avis de ces personnes soit valablement recueilli alors qu'elles sont considérées par ailleurs comme incapables d'exprimer un consentement libre et éclairé dans divers actes de la vie quotidienne.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS213 tend à instaurer une présomption d'inaptitude à exprimer une volonté libre et éclairée pour les personnes relevant du régime des tutelles. Il s'inspire du principe de proportionnalité consacré par la jurisprudence

constitutionnelle et européenne, qui exige que les restrictions apportées à l'exercice d'un droit fondamental soient adaptées à la situation concrète de la personne.

Le recours à la présomption renverse la charge de la preuve afin de protéger la personne vulnérable : ce serait au médecin instructeur de démontrer que la personne sous tutelle est capable d'exprimer une volonté libre et éclairée. La capacité deviendrait une exception à démontrer. La logique de la présomption, bien connue du droit français, est adaptée à la spécificité de l'aide à mourir, qui est un acte irréversible pour lequel toute erreur d'appréciation est définitive. L'évolution de la législation française sur les majeurs protégés a renforcé les procédures de protection sans les rendre absolues, dans une logique de gradation des garanties proportionnée à la gravité de l'acte concerné.

Cet amendement traduit une position d'équilibre entre le respect de l'autonomie des personnes protégées et l'impératif de protection contre des décisions prises sous influence ou dans un état de détresse pouvant altérer le jugement.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Le texte comporte des garanties très fortes en faveur des majeurs protégés. Ainsi, l'article 5 dispose que le médecin instructeur vérifie si la personne fait l'objet d'une mesure de protection en consultant le registre des majeurs protégés. L'article 6 précise en outre qu'il doit informer la personne chargée de la mesure de protection et recueillir ses observations, qu'il transmet au collège pluriprofessionnel. Enfin, l'article 12 permet à la personne chargée de la mesure de protection de former un recours devant le juge des contentieux de la protection dans un délai de deux jours à compter de la notification de la décision du médecin instructeur. Avis défavorable.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Force est de constater que le processus repose sur la subjectivité du médecin et cantonne la liberté du patient à l'expression de sa demande initiale. Il s'agit donc non pas d'une loi de liberté ou d'autonomie des patients mais d'une loi de pouvoir médical – à moins que le rôle du médecin ne se limite à confirmer la volonté du patient, auquel cas il ne faut fixer aucun critère.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). Je ne peux pas vous laisser parler de « *subjectivité du médecin* ». Il s'agit de professionnels de santé qui agissent dans le cadre d'une relation de confiance. Je rappelle que la demande du patient est première : le médecin est chargé de l'examiner et de vérifier qu'elle remplit les critères posés par l'article 4.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS176 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement interdit l'application de l'euthanasie et du suicide assisté aux personnes atteintes de déficience intellectuelle, laquelle désigne, selon l'Organisation mondiale de la santé, une capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences.

Le texte exige que la personne qui souhaite recourir à l'euthanasie ou au suicide assisté exprime un consentement libre et éclairé. Or, le plus souvent, les personnes atteintes de déficience intellectuelle ne sont pas en mesure de comprendre pleinement les implications de l'aide à mourir, sans parler de leur grande influençabilité. Il semble donc essentiel de renforcer la protection légale de ces personnes en les excluant explicitement du champ

d'application de l'aide à mourir afin de les prémunir contre tout potentiel abus. Cet amendement a été élaboré avec le collectif Un gros truc en plus.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. La rédaction actuelle est très claire : soit la personne est capable de discernement et peut demander l'aide à mourir, soit elle ne peut pas manifester sa volonté de manière libre et éclairée et ne peut pas avoir accès au dispositif.

Défavorable.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Je suis choquée par votre conception de la déficience intellectuelle. Celle-ci s'inscrit dans un continuum : ce n'est pas tout l'un ou tout l'autre. Ainsi, certaines personnes atteintes d'une déficience intellectuelle légère sont élues au sein de conseils municipaux. Les personnes atteintes d'une telle déficience qui souffrent d'une maladie grave et incurable et dont la douleur est réfractaire à tout traitement devraient-elles souffrir jusqu'au bout ? Vous semblez penser que toute personne en situation de handicap est forcément incapable de décider par elle-même. Vous avez un siècle de retard ! Cet amendement est une honte.

M. Patrick Hetzel (DR). Ne nous faites pas de procès d'intention. Personne n'a un siècle de retard. Juridiquement – et ici nous faisons du droit – les choses sont très simples : soit vous pouvez exprimer un consentement libre, soit vous ne le pouvez pas. En l'espèce, la notion de continuum n'est pas pertinente : sur le plan juridique, la question est binaire. Au demeurant, si une personne souffre d'une légère déficience, de quel côté le doute doit-il faire pencher la balance ? C'est une véritable question éthique.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS72 de M. Thibault Bazin et AS503 de M. Yannick Monnet (discussion commune)

M. Patrick Hetzel (DR). L'amendement AS72 tend à préciser que, pour accéder à l'aide à mourir, la personne doit, d'une part, avoir reçu au préalable, sauf si elle le refuse, des soins palliatifs, et d'autre part ne pas faire l'objet d'une mesure de privation de liberté. En effet, dans une telle situation, une personne est-elle en mesure d'exprimer sa volonté de façon libre et éclairée ? C'est une question fondamentale qu'il n'est pas possible d'écarter d'un revers de main – je vous renvoie sur ce point aux travaux de Michel Foucault sur l'univers carcéral.

M. Yannick Monnet (GDR). D'abord, il est normal de s'interroger, dans le cadre d'un texte sur l'aide à mourir, sur la situation des personnes identifiées comme vulnérables, du fait par exemple d'une déficience ou d'une maladie mentale. Il faudrait être aveuglé par je ne sais quelle idéologie pour ne pas le faire.

L'amendement AS503 est central. En effet, je ne peux pas imaginer un instant que la loi puisse autoriser l'aide à mourir sans garantir à la personne qui le demande qu'elle bénéficiera de soins palliatifs. C'est pourquoi nous avons déposé cet amendement à l'article 4 : il s'agit d'en faire un critère à part entière et, ce faisant, de réintroduire une notion d'opposabilité dans l'accès à ces soins. L'article 5 ne garantit rien du tout à ce sujet.

Le système de soins est tellement dégradé dans notre pays qu'on ne peut pas s'assurer qu'une personne qui a besoin de soins palliatifs y aura accès – il n'est qu'à voir le nombre d'unités et de services dédiés. Or une personne qui n'y a pas accès ne doit pas

pouvoir bénéficier de l'aide à mourir. Je ne voterai pas un texte qui ne comporte pas une disposition de ce type. L'aide à mourir apparaîtrait alors comme une solution alternative aux soins, ce qui est contraire à la position que je défends.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. D'abord, je rappelle que selon l'article 5, le médecin informe la personne qu'elle peut bénéficier des soins palliatifs et « s'assure » – j'insiste sur ce mot –, si elle le souhaite, qu'elle puisse y accéder. Cette préoccupation-là est donc satisfaite. Quant à l'exclusion des personnes faisant l'objet d'une mesure de privation de liberté, je ne vois pas ce qui la justifierait dès lors que ces personnes remplissent les critères requis. Nous avons, sur ce point, un désaccord fondamental. Je m'étonne du reste que cette atteinte au principe d'égalité, auquel je vous sais attaché, monsieur Hetzel, ne vous touche pas.

Monsieur Monnet, si je vous comprends bien, vous souhaitez que la procédure ne puisse débiter que si la personne a pu bénéficier de soins palliatifs, si elle le demande bien sûr. Vous transformez ainsi l'engagement à ce qu'elle en bénéficie en une obligation, retardant potentiellement la demande d'aide à mourir – à laquelle vous m'aviez pourtant semblé favorable, dès lors qu'elle est encadrée.

Certes, les unités de soins palliatifs sont inégalement réparties sur le territoire mais dans mon département, qui en a été privé jusqu'à cette année, on a à chaque fois fait intervenir des équipes mobiles. C'est possible, et la loi prévoit qu'on s'en assure.

Avis défavorable.

M. Yannick Monnet (GDR). Il y a un chiffre que je ne peux pas m'ôter de la tête : 6 % des personnes admises dans un service de soins palliatifs sollicitent l'aide à mourir, mais au bout d'une semaine, la proportion tombe à 0,6 %. Que faites-vous de ce chiffre ?

Si une personne demande à bénéficier de soins palliatifs – et uniquement dans ce cas –, je ne vois pas au nom de quoi on anticiperait sa demande d'aide à mourir avant qu'elle ait effectivement pu vivre cette semaine cruciale. Or le seul moyen de le lui garantir, c'est de faire de l'accès aux soins palliatifs un critère. L'article 5 n'apporte aucune garantie en la matière – le droit opposable a même été refusé.

En l'absence d'une telle garantie, l'aide à mourir devient une solution alternative aux soins, et le texte n'est plus le même. Je suis contre un texte qui reviendrait à dire aux patients : soit vous avez accès aux soins palliatifs, soit vous n'y avez pas accès mais vous pouvez toujours demander l'aide à mourir. (*Exclamations.*) Vous pouvez ne pas être d'accord, mais c'est ce que je ressens. Je ne suis pas favorable à une libéralisation à outrance du recours à l'aide à mourir. Si l'effectivité de l'accès aux soins palliatifs n'est pas garantie, alors vos intentions sont différentes des miennes.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Lors de chacune des trois lectures, nous avons eu à examiner des amendements qui tendent à priver les détenus de la possibilité de recourir à des soins palliatifs ou à l'aide à mourir. Une fois, c'est désagréable à entendre ; trois fois, c'est inadmissible !

Monsieur Monnet, il faut proposer le passage par les soins palliatifs, pas l'imposer.

M. Yannick Monnet (GDR). Je ne l'impose pas, lisez l'amendement !

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Il est très possible qu'une personne demande l'aide à mourir en première intention, parce qu'elle ne souhaite pas bénéficier des soins palliatifs. Et si aucun lit n'est disponible, que faites-vous ?

M. Yannick Monnet (GDR). Si elle le demande, elle doit y avoir accès !

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Je relève que, lors des lectures précédentes, c'est le Rassemblement national qui déposait un amendement visant à exclure les détenus du recours à l'aide à mourir. Cette fois, ce sont nos collègues de la droite : je regrette qu'ils suivent un tel chemin. Faut-il rappeler que les détenus ont le droit de voter ? L'incarcération ne les prive pas de la capacité d'exprimer leur volonté de manière libre et éclairée. Nous devrions plutôt nous interroger sur la manière dont ces personnes sont prises en charge par le système de soins lorsqu'elles tombent malades.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Absolument !

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Des dizaines de personnes meurent encore de mort naturelle en prison.

Mme Annie Vidal (EPR). Je soutiens l'amendement AS503, car faire du recours aux soins palliatifs un critère de l'accès à l'aide à mourir a bien plus de force que de le mentionner à propos de la procédure. La demande de soins palliatifs doit être entendue et prise en compte au même titre que la demande d'aide à mourir. La moitié des personnes dont l'état de santé le requiert n'a toujours pas accès à ces soins. J'ajoute que cette proposition de loi sera d'application immédiate alors que le développement des soins d'accompagnement s'inscrit dans une stratégie décennale. Mais il y a quand même toujours un moyen d'organiser une prise en charge palliative si la personne le demande.

Mme Justine Gruet (DR). Madame Leboucher, on a dit qu'on ne disait pas de mensonges ! L'amendement relatif aux personnes détenues a été déposé en première lecture par Philippe Juvin. De fait, on peut se demander si l'on peut exprimer un avis libre et éclairé lorsqu'on est en prison. Par ailleurs, je vous rejoins sur la nécessité de mieux prendre en charge les patients en prison, car le recours à l'aide à mourir ne peut pas être leur seule option.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Monsieur Monnet, l'amendement AS503 aurait davantage sa place à l'article 5, relatif à la procédure, qu'à l'article 4 qui dresse la liste des conditions d'accès à l'aide à mourir. Je ne suis pas fermé à l'ajout d'un mot à l'alinéa 10 pour vous apporter des garanties, car nous disons la même chose. Encore une fois, il y est indiqué que le médecin doit « s'assurer » que la personne, si elle le souhaite, puisse avoir accès aux soins palliatifs. S'assurer, ce n'est pas proposer : c'est faire en sorte que la ressource médicale existe pour que ces soins puissent être prodigués. En revanche, le patient qui demande à la fois une aide à mourir et des soins palliatifs doit pouvoir exprimer ces deux demandes de manière concomitante, afin que le droit nouveau que nous créons soit non pas un droit alternatif mais un droit plein.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS617 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Je regrette amèrement le rejet de l'amendement AS503. Il me paraît tout à fait essentiel que la personne qui le demande puisse avoir un accès effectif

aux soins palliatifs avant de recourir à l'aide à mourir, et j'espère que les esprits évolueront d'ici à la séance publique.

Mon amendement, très concret, a un objet analogue puisque nous proposons que, pour accéder à l'aide à mourir, une personne doive notamment « résider ou être soignée dans un département qui dispose d'une unité de soins palliatifs ». Le département de la Haute-Marne, par exemple, n'a pas d'unité de soins palliatifs et les équipes mobiles y sont dépourvues de médecin. Si hélas le texte était adopté, que dirait-on aux Hauts-Marnais, qui ne pourront bénéficier de soins palliatifs ni dans leur département ni dans les départements voisins, où les services sont saturés ? Mettez-vous à la place des habitants des territoires qui souffrent d'importantes carences dans ce domaine.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Je comprends votre raisonnement ; la démonstration est très claire. Toutefois, restreindre l'accès à l'aide à mourir aux seules personnes qui résident ou qui sont soignées dans un département disposant d'une unité de soins palliatifs porterait atteinte au principe d'égalité. Par ailleurs, je rappelle qu'en vertu de l'article 5, le médecin instructeur informe la personne qu'elle peut bénéficier des soins palliatifs et « s'assure », j'insiste sur ce terme, qu'elle puisse y avoir accès.

Avis défavorable.

M. René Pilato (LFI-NFP). Cet amendement ferait de la frontière entre deux départements une barrière infranchissable. Pourquoi pas, bientôt, entre deux communes ? Cela n'a pas de sens.

M. Christophe Bentz (RN). Madame la rapporteure, vous me répondez de manière récurrente que mes amendements seraient satisfaits par d'autres dispositions du texte. En l'espèce, vous invoquez l'article relatif à la procédure. Or, comme cela a été dit par différents groupes, le recours effectif aux soins palliatifs doit être un critère d'accès à l'aide à mourir. Par ailleurs, vous ne m'avez pas répondu : que dira-t-on, en septembre, aux Hauts-Marnais en fin de vie qui demandent à bénéficier de soins palliatifs ? L'aide à mourir leur apparaîtra comme la seule option.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS61 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Nous proposons que la personne soit « préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner ». Ce faisant, nous reprenons le dispositif de la charte de la personne hospitalisée, qui définit l'information à fournir pour que le consentement de la personne soit éclairé.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Votre amendement est satisfait à la fois par l'article 5, qui dispose que le médecin « informe la personne sur son état de santé, sur les perspectives d'évolution de celui-ci ainsi que sur les traitements et les dispositifs d'accompagnement disponibles », et par l'article 6, qui impose au médecin d'informer, oralement et par écrit, la personne des modalités d'action de la substance létale.

Défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je m'étonne qu'il faille informer le patient du risque mortel que présente la prise d'une substance létale...

Par ailleurs, il n'est pas bien de citer des auteurs à l'appui de thèses inverses aux leurs. Michel Foucault était partisan du droit à disposer de son corps et à être accompagné vers un suicide ou une mort assistée. Dès 1979, il écrivait : « *Parlons un peu en faveur du suicide. [...] Contre les humiliations, les hypocrisies, les démarches louches auxquelles on le contraint : rassembler à la sauvette des boîtes de cachets, trouver un bon solide rasoir d'autrefois, lécher la vitrine d'un armurier, entrer en essayant de se composer une mine. Alors que je pense qu'on aurait droit, non pas à une considération empressée qui serait plutôt gênante, mais à une attention grave et assez compétente. [...] Conseils aux philanthropes. Si vous voulez vraiment que le nombre des suicides diminue, faites en sorte qu'il n'y ait plus que des gens qui se tuent par une volonté réfléchie, tranquille, libérée d'incertitude.* »

M. Patrick Hetzel (DR). J'évoquais les travaux de Michel Foucault sur l'univers carcéral, qui crée de la coercition et peut soumettre l'individu à des influences et à une dépendance qui peuvent être problématiques dans le contexte dont nous parlons.

Par ailleurs, vous semblez considérer la question soulevée par l'amendement comme négligeable. Or, dans les pays où l'euthanasie et le suicide assisté ont été légalisés, les choses ne se passent pas toujours bien. Il est de notre devoir d'en informer nos concitoyens. En tout état de cause, il n'y a pas lieu de faire de l'humour à propos de questions d'une telle gravité.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 4 non modifié.

*

La réunion s'achève à vingt-trois heures cinquante-cinq

Présences en réunion

Présents. – Mme Audrey Abadie-Amiel, Mme Anchya Bamana, Mme Anaïs Belouassa-Cherifi, M. Christophe Bentz, M. Théo Bernhardt, Mme Céline Calvez, M. Hadrien Clouet, Mme Josiane Corneloup, M. Stéphane Delautrette, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Fanny Dombre Coste, Mme Nicole Dubré-Chirat, M. Gaëtan Dussausaye, Mme Karen Erodi, Mme Agnès Firmin Le Bodo, Mme Sabine Gervais, Mme Océane Godard, Mme Justine Gruet, Mme Zahia Hamdane, M. Patrick Hetzel, Mme Chantal Jourdan, M. Alim Latrèche, M. Michel Lauzzana, Mme Élise Leboucher, Mme Brigitte Liso, Mme Graziella Melchior, M. Yannick Monnet, M. Serge Muller, M. René Pilato, Mme Véronique Riotton, 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, Mme Béatrice Bellay, M. Marc Chavent, Mme Stella Dupont, Mme Karine Lebon, Mme Angélique Ranc, M. Jean-Hugues Ratenon