

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

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

# Compte rendu

## Commission des affaires sociales

- 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 ..... 35

Mardi

9 juin 2026

Séance de 21 heures 30

Compte rendu n° 86

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 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).*

### Chapitre III Procédure

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

**M. le président Frédéric Valletoux.** Je propose que la durée des interventions soit limitée à une minute.

*Amendement de suppression AS619 de M. Christophe Bentz*

**M. Christophe Bentz (RN).** Au cas où nous n'aurions pas été assez clairs, je rappelle que la majorité de notre groupe s'oppose à l'intégralité du texte, à commencer par la définition donnée de l'aide à mourir – qui, faute d'employer les vrais termes, relève du mensonge par omission. Nous nous opposons à l'article 4 car les conditions d'accès retenues ne sont pas assez restrictives – de toute façon, ces pseudo-garde-fous sauteront les uns après les autres ; nous nous opposons à la procédure, dont nous débutons l'examen ce soir, car elle est bancal et comporte de nombreux angles morts et impensés ; nous nous opposons au contrôle d'évaluation tel que vous le proposez car il intervient *a posteriori* plutôt qu'*a priori* ; nous nous opposons à l'article 17, qui crée un délit d'entrave ; enfin, la clause de conscience ne nous convient pas non plus car les pharmaciens en sont exclus.

Afin d'exprimer nos inquiétudes et notre point de vue, nous avons donc déposé des amendements de suppression sur presque tous les articles.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Si la suppression de l'article – que vous aviez déjà demandée en première et en deuxième lecture – ne reviendrait pas formellement à supprimer l'aide à mourir au sein du texte, des éléments fondamentaux, comme le rôle du médecin qui reçoit la demande et les obligations d'information, disparaîtraient.

L'article est équilibré : il ouvre certes la voie à l'aide à mourir mais en maintenant des garanties essentielles.

Nous avons largement amélioré sa rédaction lors de nos travaux en première et en deuxième lecture, s'agissant par exemple des majeurs protégés, des informations et propositions faites à la personne, et de la demande écrite. En première lecture, quinze amendements ont été adoptés – à l'initiative du Gouvernement, des rapporteurs, des députés des groupes DR, GDR et LFI-NFP. De même, en deuxième lecture, onze amendements ont été adoptés à l'initiative des rapporteurs.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS367 de Mme Justine Gruet*

**Mme Justine Gruet (DR).** Nous souhaitons que le nouveau droit ne figure pas dans le code de la santé publique mais dans une loi autonome. Cela indiquerait que la démarche par laquelle une personne sollicite l'aide à mourir ne constitue pas l'entrée dans un parcours de soins mais l'ouverture d'une procédure dérogatoire. L'information délivrée, qui porte notamment sur l'accès aux soins palliatifs, garde tout son sens mais s'inscrit dans un dispositif distinct du soin, organisé par une loi propre.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Vous prétendez dans l'exposé sommaire qu'en raison de la codification du texte au sein du code de la santé publique, nous laisserions entendre que l'aide à mourir serait un soin. D'une part, comme le Conseil constitutionnel l'a souligné, la codification tend à faciliter l'accessibilité et l'intelligibilité de la loi. D'autre part, Mme la rapporteure Brigitte Liso l'a expliqué hier, le code de la santé publique comporte déjà des articles très variés, qui concernent bien d'autres sujets que les soins *stricto sensu*.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS6 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (DR).** Quoi qu'on pense de la légalisation du suicide assisté ou de l'euthanasie, il faut, au minimum, que la procédure soit la plus rigoureuse possible. Or, en l'état, elle est imparfaite, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, ne faudrait-il pas prévoir la présence d'un témoin au moment de la demande ? On parle en effet d'administrer une substance létale.

Ensuite, vous avez dit que la question des majeurs protégés avait été traitée. Certes, nous avons amélioré le texte mais ces efforts restent insuffisants. En effet, le registre que doit consulter le médecin pour vérifier si la personne a fait l'objet d'une mesure de protection n'est toujours pas opérationnel – nous avons même prévu que la consultation du registre ne serait obligatoire qu'à partir de la fin de 2028. Or si nous rendons le dispositif légal avant cette échéance, que se passera-t-il quand un médecin qui recevra une demande n'aura pas accès à ce registre ? N'y a-t-il pas un trou dans la raquette ? Protégeons-nous suffisamment les personnes sous protection ?

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Vous proposez une rédaction plus restrictive de l'article 5. Parmi les changements que vous appelez de vos vœux, je note l'obligation, pour le patient, de formuler la demande à son médecin traitant ou à un spécialiste, de confirmer son choix en présence de témoins, et de réitérer une nouvelle fois sa volonté – chacune de ces étapes étant espacée de sept jours. Le médecin, de son côté, doit orienter le patient vers différents spécialistes – et, dans le cas d'une personne en situation de handicap, vers des établissements qui lui fourniront des informations spécifiques. Nous avons déjà eu l'occasion de débattre de toutes ces questions, et nous le ferons à nouveau, tout au long de l'examen de l'article 5.

En rétablissant des rédactions que nous avons modifiées, en ajoutant des délais ou des contraintes, votre objectif est de rendre le droit à l'aide à mourir peu ou moins effectif.

Avis défavorable.

**M. Thibault Bazin (DR).** Madame la rapporteure, vous ne tenez pas compte des mises en garde que j'ai formulées. Je maintiens que des délais sont nécessaires au vu de la gravité de l'acte. Je ne nie pas que certaines mesures que je propose visent à rendre la procédure plus rigoureuse – nous parlons tout de même d'un geste qui n'est pas anodin.

J'ai évoqué des problèmes importants : l'impossibilité de consulter un registre s'agissant des personnes qui font l'objet d'une mesure de protection et l'absence de témoins au moment de la demande.

Mon amendement prévoit aussi une nouvelle mesure : l'intervention d'un algologue. Car nous savons que la douleur est un enjeu important, notamment pour toutes les personnes chez qui ce texte suscite des interrogations.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** Je note tout d'abord que vous avez reconnu que, sur la question des majeurs protégés, nous avons amélioré le texte. Il est rare de vous entendre parler ainsi. Cela prouve que nous n'avons pas été fermés à l'idée d'adopter des amendements – d'ailleurs, comme l'a dit Mme la rapporteure, vingt-six ont déjà été votés sur cet article.

Ensuite, la présence d'un témoin se heurterait au principe du secret médical entre le patient et son médecin. Car, si l'on suit votre logique, un témoin devrait être présent pour toutes les autres procédures médicales. Or je ne suis pas sûr qu'un patient l'accepterait, par exemple au moment du démarrage d'un protocole – vous savez très bien que, comme la loi le prévoit, un patient peut refuser de suivre un protocole et d'être assisté.

S'agissant de la mise à disposition du registre, nous comptons sur vous pour nous aider. Vous qui êtes un excellent rapporteur général du budget de la sécurité sociale savez très bien que, s'agissant des soins palliatifs, il a fallu attendre dix ans pour que le registre soit opérationnel et trois ans pour celui prévu dans la loi Claeys-Leonetti. Cette fois, nous serons bien plus performants. Je vous remercie de nous y encourager !

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS32 de Mme Sandrine Dogor-Such*

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** L'amendement vise à renforcer les garanties entourant la demande d'euthanasie ou de suicide assisté en prévoyant qu'elle soit formulée par écrit devant un officier d'état civil.

L'acte qui consiste à provoquer délibérément la mort d'une personne n'est pas un acte médical ordinaire. À cet égard, la demande de son exécution doit revêtir un caractère solennel et être assortie de garanties exceptionnelles.

Le texte prévoit que la personne formule cette demande « par écrit ou, lorsqu'elle n'est pas en mesure de le faire, par tout autre mode d'expression adapté à ses capacités ». Si ce souci d'accessibilité est légitime, cette rédaction introduit un risque d'interprétation et de contestation concernant la réalité, la stabilité et la liberté du consentement exprimé. Dès lors, la présence d'un officier d'état civil offrirait plusieurs garanties essentielles.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Je ne reviens pas sur l'emploi des termes « euthanasie » et « suicide assisté » – nous en avons déjà discuté.

Comme vous le savez, nous avons modifié l’alinéa 4 en deuxième lecture pour que, par défaut, la demande soit écrite. Nous avons prévu une autre possibilité pour les personnes incapables de réaliser une demande écrite. Je m’oppose à sa suppression.

Par ailleurs, nous parlons bien d’une consultation médicale. Or un officier d’état civil n’y a pas sa place.

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** La mesure que je propose vise surtout à vérifier l’identité du demandeur, la réalité de sa volonté et l’absence de toute contrainte ou pression extérieure.

*La commission rejette l’amendement.*

*Amendements AS651 de Mme Annie Vidal, AS258 de Mme Justine Gruet, AS473 de Mme Marie-France Lorho, AS259 et AS260 de Mme Justine Gruet (discussion commune)*

**Mme Annie Vidal (EPR).** Mon amendement est rédactionnel.

**Mme Justine Gruet (DR).** Les miens ne sont pas rédactionnels mais sémantiques. Il est important de bien nommer les choses. Tel est l’objet de ces amendements qui visent à établir une distinction entre l’injection par un tiers et l’auto-administration. Car, dans cette proposition de loi, elle n’est pas faite – contrairement à ce que l’on observe dans les autres pays qui ont adopté ce type de dispositif –, ce qui revient à nier que ces deux gestes sont totalement différents. Or, en matière d’intentionnalité et d’implication d’un tiers, par exemple, les enjeux ne sont pas les mêmes. Si nous discutons d’une loi d’exception sur la fin de vie, le problème ne se poserait pas de la même manière mais, à en juger par les critères définis à l’article 4, le nombre de personnes éligibles au dispositif est significatif. Nous devons assumer collectivement nos choix au moment où nous rédigeons le texte.

**M. Christophe Bentz (RN).** L’amendement AS473 est un amendement rédactionnel de vérité.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Vous proposez une nouvelle fois de renommer l’aide à mourir. Mes collègues rapporteurs ont déjà expliqué que nous étions en désaccord avec cette position, sur le fond comme sur la forme.

Avis défavorable.

**M. Patrick Hetzel (DR).** La rédaction est euphémisante. Si vous ne souhaitiez pas parler d’euthanasie ni de suicide assisté, vous pouviez par exemple employer le terme « aide active à mourir ». Or vous avez rejeté cette proposition, comme toutes celles que nous avons formulées – je ne comprends pas bien pourquoi –, si bien que vous créez une confusion avec les soins palliatifs, dont la mission consiste justement à proposer une aide à mourir.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendement AS69 de M. Patrick Hetzel*

**M. Patrick Hetzel (DR).** Afin d’instaurer une véritable collégialité – et non une collégialité de façade –, telle qu’elle se pratique habituellement, je propose que la demande du patient soit étudiée par une équipe soignante. Le dispositif prévoit qu’une seule personne

décide. Or une procédure réellement collégiale suppose que plusieurs professionnels analysent la situation du patient mais aussi que la décision soit prise collectivement.

Prenons l'exemple d'un tribunal, composé de trois magistrats : au moment du vote, la décision ne peut être prise que si au moins deux des magistrats se prononcent dans le même sens. Pouvez-vous donc nous expliquer, monsieur le rapporteur général, pourquoi, dans ce dispositif, la décision est confiée à un seul acteur ?

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** Monsieur Hetzel, vous êtes trop habile et connaissez trop bien le texte pour confondre ainsi les articles 5 et 6. L'article 6 fixe parfaitement les conditions de la collégialité. Je ne vous laisserai pas dire qu'il s'agit d'une fausse collégialité. La décision est prise par plusieurs professionnels de santé. En revanche, c'est bien le médecin qui reçoit la demande qui instruit le dossier, comme cela se passe pour toutes les procédures, au quotidien – je vous invite à vous rendre dans les hôpitaux pour le vérifier. Par exemple, lorsqu'un patient doit suivre un traitement dans un établissement hospitalier, un médecin instructeur analyse le dossier puis, dans un deuxième temps, fait appel à plusieurs collègues. C'est donc bien une procédure collégiale – même si un hôpital n'est pas un tribunal.

Avis défavorable.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Je me permets d'ajouter que nous avons défini les modalités de la collégialité en adoptant un amendement que plusieurs collègues et moi avons présenté en première lecture. Or son dispositif reprenait totalement celui élaboré pour la loi Claeys-Leonetti, qui n'est absolument pas contesté.

**M. Thibault Bazin (DR).** Je vous remercie, monsieur le président, d'avoir rejoint notre combat en faveur de la collégialité. Au passage, nous constatons que les multiples lectures prévues par la navette sont utiles : nos messages finissent par être entendus puisque, depuis la première lecture, nous avons déjà pu apporter de nombreuses corrections qui étaient nécessaires – même si beaucoup reste à faire.

Toutefois, il existe une différence fondamentale avec la procédure entourant la sédation profonde et continue jusqu'au décès. Dans ce dernier cas, c'est une équipe traitante qui est mobilisée. En revanche, dans le cas de l'aide à mourir, lorsque le patient demandera qu'on soulage sa souffrance – et aura parfois même besoin de soins palliatifs –, il se retrouvera face à un médecin et à des professionnels qui ne le connaîtront pas forcément et ne connaîtront peut-être même pas la pathologie dont il souffre.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Nous débattons de cette question lors de l'examen de l'article 6.

**Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR).** Pour avoir travaillé dans des services de réanimation, je peux témoigner du fait que, souvent, la collégialité est constituée de trois personnes – un médecin, une infirmière et une aide-soignante –, qui prennent leur décision au pied du lit du patient. Parfois, il s'agit du médecin de garde, qui prend connaissance du dossier lorsqu'il rencontre le patient.

Le caractère collégial de la procédure est inscrit à l'article 6, ce qui est une bonne chose. Cependant, lorsque les soins palliatifs sont pratiqués à domicile, il n'est pas possible de réunir plus de trois professionnels. Par conséquent, si un collègue de plus de trois personnes

devenait obligatoire, on ne pourrait pas accéder à la demande du patient – car la collégialité ne peut pas être à géométrie variable.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** M. le président Valletoux a très justement rappelé que le dispositif reprenait celui de la loi Claeys-Leonetti – que je tiens à la disposition de M. Bazin même si je pense qu’il la connaît parfaitement.

D’autre part, il est inexact d’affirmer que, dans le cas de la procédure de sédation profonde et continue jusqu’au décès, telle que prévue par la loi Claeys-Leonetti, quatre praticiens entourent le patient.

**M. Thibault Bazin (DR).** Il n’y a pas non plus quatre praticiens dans le cas de l’aide à mourir !

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** Ne nous demandez pas d’inscrire cette mesure dans la proposition de loi, alors que la loi Claeys-Leonetti, dont vous estimez qu’elle offre des garanties suffisantes, ne la prévoit pas.

*La commission rejette l’amendement.*

*Amendement AS67 de M. Patrick Hetzel*

**M. Patrick Hetzel (DR).** L’ouverture d’une liste de médecins volontaires pour pratiquer une aide à mourir rendrait la procédure plus fluide. C’est pourquoi cet amendement prévoit d’ajouter, à l’alinéa 4, que le médecin doit être volontaire et inscrit auprès de la commission prévue à l’article 15.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Vous savez que l’article 14 introduit une clause de conscience spécifique à l’aide à mourir : aucun médecin ne sera contraint de recevoir une demande et d’entamer la procédure. Il est donc inutile de préciser que le médecin doit être volontaire.

D’autre part, une obligation d’inscription auprès de la commission restreindrait fortement l’accès à l’aide à mourir. Il faudrait non seulement que tous les médecins qui acceptent de recevoir une demande effectuent une démarche auprès de la commission mais également que les personnes qui souhaitent recourir à l’aide à mourir aient connaissance de la liste de ces médecins.

Avis défavorable.

*La commission rejette l’amendement.*

*Amendement AS472 de Mme Marie-France Lorho*

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

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

*Amendement AS161 de Mme Karen Erodi*

**Mme Karen Erodi (LFI-NFP).** L’amendement vise à préciser que la demande peut être formulée ou confirmée par les directives anticipées ou par la personne de confiance. Car

il ne faudrait pas que l'on invente ou devine une telle demande : le médecin doit s'appuyer sur ce que la personne a écrit noir sur blanc, lorsqu'elle était maîtresse d'elle-même.

Le texte prévoit que l'expression de la volonté doit être réitérée en pleine conscience. Cependant, qu'en est-il pour un patient dont l'état se dégrade brutalement ? Tout le processus s'arrête et on le condamne à une fin qu'il avait pourtant refusée par écrit. Vous me direz qu'on ne peut avoir de certitude en la matière. Or la loi Kouchner de 2002 a justement créé la désignation de la personne de confiance pour porter la voix de celui ou de celle qui ne peut plus s'exprimer. La loi Claeys-Leonetti de 2016 a rendu les directives anticipées contraignantes pour que la volonté survive à la perte de conscience. Nous ne proposons rien d'inédit, nous prolongeons une logique que le législateur a déjà choisie.

L'aide à mourir doit être un droit effectif, y compris pour celles et ceux dont l'esprit s'assombrit pendant que le corps, lui, continue de faire souffrir et de se dégrader petit à petit. Là encore, tout signe de refus interrompt immédiatement le processus.

La dignité ne se réduit pas à une fenêtre de tir de quelques jours. Alors que nous créons un accès supplémentaire à une fin de vie digne, vous ne pouvez pas exclure certaines personnes du dispositif.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** J'entends vos arguments et j'y suis sensible. Cependant, dans un souci d'équilibre, nous avons préféré ne pas prendre en considération les directives anticipées. Puisqu'il s'agit d'un droit que l'on crée – et non d'un droit que l'on supprime –, nous devons nous assurer que la personne veut réellement y avoir accès. Elle doit donc réitérer sa demande et peut changer d'avis jusqu'à la dernière seconde.

Avis défavorable.

**M. Yannick Monnet (GDR).** La question des directives anticipées a fait l'objet d'un débat entre nous. Je suis opposé à une telle mesure car le rapport de chacun à la mort est très personnel, et peut évoluer – il faut l'accepter. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous avons tenu à préciser que le patient pouvait exprimer son choix jusqu'au dernier moment. Nous savons par exemple que, bien souvent, lorsqu'une personne est prise en charge en unité de soins palliatifs, au bout d'une semaine, elle change totalement d'avis s'agissant de la demande d'aide à mourir.

Imaginons qu'une personne renonce à sa demande mais ne soit pas en mesure de l'exprimer : si la mesure que vous proposez était appliquée, ce serait une catastrophe.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement rédactionnel AS704 de Mme Audrey Abadie-Amiel*

**M. Christophe Bentz (RN).** Permettez-moi de me méfier des amendements rédactionnels de Mme la rapporteure. Car je vous rappelle qu'en deuxième lecture, l'adoption de deux de vos amendements rédactionnels, précisément sur cet article, a entraîné la suppression de la notion d'effectivité s'agissant de l'accès à un psychologue et aux soins palliatifs – je vous l'assure, tout cela est vérifiable.

Cet amendement ne me semble donc, lui non plus, pas tout à fait rédactionnel. Je rappelle que, dans cette même phrase, l'interdiction de confirmer la demande par téléconsultation résulte de l'adoption, en première lecture, d'un amendement du

Rassemblement national. La modification consistant à écrire « sa demande » plutôt que « une demande » peut paraître, à première vue, purement rédactionnelle, mais cette nouvelle formulation laisse supposer qu'une autre demande pourrait être faite par téléconsultation. Par conséquent, nous devrions soit nous en tenir à la formulation que nous avons proposée et qui avait été adoptée, soit, éventuellement, écrire : « de demande ».

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS257 de Mme Justine Gruet*

**Mme Justine Gruet (DR).** Même si nous constatons qu'un seul amendement, qui plus est rédactionnel, a été adopté par cette commission, nous allons continuer d'avancer nos arguments car les avis émis répondent, nous semble-t-il, à une volonté de garantir un équilibre d'ordre politique plus qu'éthique – comme nous l'avons observé avec l'amendement relatif aux directives anticipées.

J'en viens à mon amendement. Le caractère libre de la démarche doit être évalué au moment du recueil de la demande qui constitue la première étape structurante de la procédure d'aide à mourir. S'agissant de la réalité du caractère libre et éclairé de l'avis – soit le cinquième critère –, vous avez refusé qu'un juge expert vienne vérifier l'absence de pression induite. Or, pour être en mesure d'affirmer qu'une personne ne subit pas de pression, il faut procéder à une analyse très fine. C'est pourquoi cet amendement prévoit que la demande soit recueillie lors d'un entretien individuel, hors la présence de tout tiers.

M. Pilato affirmait hier qu'un médecin connaît bien son patient et sait donc parfaitement si des pressions sont exercées ou non. Or, suivant la rédaction actuelle du texte, le patient peut faire sa demande à un médecin qui ne le connaît absolument pas.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Vous souhaitez préciser que la demande est réalisée hors présence d'un tiers et consignée au dossier.

C'est à la personne seule de savoir si elle souhaite être accompagnée ou non ; il y va du respect de sa vie privée et du secret des informations qui la concernent.

Par ailleurs, chaque acte de la procédure sera consigné dans le système d'information créé par l'article 11.

Avis défavorable.

**M. Patrick Hetzel (DR).** Vos arguments, madame la rapporteure, ne permettent pas de lever l'ambiguïté. Nous vous mettons en garde depuis un certain temps sur le risque d'abus de faiblesse. Un entretien individuel hors la présence de tiers écarterait tout risque de pression. Je ne vois pas en quoi cette mesure vous dérange.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** Tout à l'heure, il a été proposé qu'une tierce personne soit présente avec le médecin et le patient qui demande l'aide à mourir. Je m'y suis opposé, en invoquant le secret médical. Nous sommes ici dans le même cas de figure puisqu'il est question d'un entretien personnalisé entre le médecin et le patient. Par conséquent, votre demande est satisfaite.

Ensuite, la procédure sera parfaitement consignée puisque le médecin devra rendre compte de toutes les étapes. Nous avons attendu dix ans pour obtenir la traçabilité des soins palliatifs, mais celle-ci sera disponible le plus vite possible.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS474 de Mme Marie-France Lorho*

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

*Amendement AS70 de M. Patrick Hetzel*

**M. Patrick Hetzel (DR).** L'amendement vise à prévoir, à l'alinéa 7, relatif aux personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique, la consultation de la personne de confiance, de la famille et des proches.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** C'est à Philippe Juvin, membre de votre groupe, que nous devons la rédaction de cet alinéa, adoptée en première lecture. Nous avons été sensibles à ses arguments.

Vous venez de dire, il y a quelques secondes, qu'il ne faudrait pas qu'une pression soit exercée. À présent, vous dites qu'il faudrait rendre obligatoire la consultation de la personne de confiance avant d'interroger le malade qui demande l'aide à mourir. Or la personne de confiance peut exercer une pression sur ce dernier.

**M. Thibault Bazin (DR).** Philippe Juvin, Patrick Hetzel et moi-même sommes très inquiets pour les personnes faisant l'objet de mesures de protection.

L'alinéa 7 a été modifié de façon substantielle. Mais, faute de disposer du registre prévu à l'article 427-1 du code civil, il n'est pas opérant. Lorsqu'on lui demandera s'il fait l'objet d'une mesure de protection, le patient dira oui ou non, mais comment le médecin pourra-t-il vérifier l'exactitude de sa réponse ?

C'est tout l'intérêt de prévoir, à l'alinéa 7, une consultation de la personne de confiance. Quiconque connaît des personnes faisant l'objet de mesures de protection sait que l'entourage peut prévenir qu'elles sont sous tutelle ou sous curatelle. Tel est le sens de cet amendement.

**M. René Pilato (LFI-NFP).** J'aimerais qu'on lise les deux premières phrases de l'alinéa dans leur intégralité : « Le médecin demande à la personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne. Il vérifie ces informations en consultant le registre mentionné à l'article 427-1 du code civil. » Il faut arrêter le délire, maintenant !

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** M. Pilato a été très précis. Thibault Bazin, en tant que rapporteur général de la commission des affaires sociales, nous aidera à faire en sorte que le registre soit prêt à peu près au moment où la loi entrera en vigueur.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements AS76 de M. Patrick Hetzel et AS692 de Mme Annie Vidal (discussion commune)*

**M. Patrick Hetzel (DR).** Le registre, pour le moment, n'est pas disponible – c'est bien le problème.

Nous sommes un certain nombre à considérer qu'il faut traiter de manière spécifique le cas des majeurs protégés, qui ne sont pas en mesure d'effectuer certains actes de la vie courante. Pourtant, le texte admet qu'ils peuvent exprimer un consentement libre et éclairé. Il y a là une contradiction manifeste.

Au demeurant, l'avis du Conseil d'État est très clair. Il considère l'euthanasie et le suicide assisté comme des actes « *dont la nature implique un consentement strictement personnel, au sens de l'article 458 du code civil* ». En l'espèce, l'article 458 du code civil n'est pas respecté pour les majeurs protégés.

**Mme Annie Vidal (EPR).** Mon amendement vise à soumettre à un contrôle judiciaire préalable toute demande d'aide à mourir émanant d'une personne placée sous mesure de protection juridique. Les personnes sous tutelle ou curatelle sont, par définition, celles dont le législateur a lui-même reconnu que les facultés de discernement sont altérées au point de justifier une protection de l'État. Il serait profondément incohérent que ce même législateur les autorise à commettre l'acte irréversible par excellence sans exiger une garantie judiciaire préalable.

Le droit commun de la protection des majeurs prévoit déjà l'intervention obligatoire du juge des contentieux de la protection pour de nombreux actes bien moins graves. Le médecin, si compétent soit-il, n'est pas en mesure d'apprécier seul, dans le cadre d'une procédure médicale, si la volonté d'une personne protégée est suffisamment libre et éclairée pour fonder une décision de cette nature. Seul le juge des contentieux de la protection, qui connaît la situation personnelle de l'intéressé et dispose des outils procéduraux nécessaires, est en mesure de se prononcer sur ce point avec les garanties qu'exige un acte aussi définitif.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Le principe, pour les majeurs protégés, est l'autonomie. Aux termes du code de la santé publique, ils doivent prendre seuls les décisions relatives à leur personne dans la mesure où leur état le permet. Le législateur ne leur a pas interdit de refuser un traitement ni d'accéder à une sédation profonde et continue jusqu'au décès ; il n'a pas non plus rendu obligatoire l'intervention du juge des tutelles pour les y autoriser.

Le présent texte comporte des mesures spécifiques à leur égard, pour satisfaire la nécessité de donner des garanties supplémentaires aux personnes vulnérables : la personne assurant la protection juridique est obligatoirement informée ; le collège pluriprofessionnel a connaissance de ses observations.

Par ailleurs, dès la première lecture, nous avons renforcé la protection que nous devons à ces personnes, en ouvrant une voie de recours aux personnes chargées de la mesure de protection, conformément à l'avis du Conseil d'État. En deuxième lecture, nous avons introduit la saisine d'un médecin spécialiste des majeurs protégés.

L'accès à l'aide à mourir des majeurs protégés fait partie de l'équilibre du texte. Le médecin vérifiera, avec l'appui du collège pluriprofessionnel, leur aptitude à manifester une volonté de façon libre et éclairée, comme le prévoit l'article 2.

Avis défavorable.

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** Nous soutenons ces deux amendements, qui visent à empêcher les majeurs protégés de recourir à l'aide à mourir. Celle-ci suppose une volonté libre, éclairée et personnelle – tout le monde, je pense, sera d'accord avec moi sur ce point. Or, par définition, une personne qui fait l'objet d'une mesure de protection juridique présente une altération de ses facultés et requiert une protection particulière.

S'agissant d'une décision aussi grave et irréversible, le doute doit toujours profiter à la protection des personnes vulnérables. Ces amendements apportent une garantie de prudence et une sécurité juridique indispensables.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** Je citerai le Conseil d'État : « *l'aide à mourir s'entend comme un "acte dont la nature implique un consentement strictement personnel", au sens de l'article 458 du code civil, qui ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée* ». Ne pas écarter les personnes protégées de l'aide à mourir les protège.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendements identiques AS143 Mme Christine Loir et AS255 de Mme Justine Gruet*

**Mme Christine Loir (RN).** S'agissant de décisions médicales particulièrement graves, *a fortiori* de l'aide à mourir, il est impératif de s'assurer que la personne concernée est pleinement capable d'exprimer une volonté libre et éclairée. Lui demander si elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique ne suffit pas.

Le médecin doit procéder à une vérification effective. À défaut, une personne placée sous tutelle ou sous curatelle pourrait être amenée à prendre une décision qui méconnaîtrait les garanties que la loi lui reconnaît. C'est une question de protection des personnes vulnérables et de respect de la loi fondamentale.

**Mme Justine Gruet (DR).** Il s'agit de prévoir explicitement une vérification – j'ai même envisagé de préciser qu'elle devait être faite dès le début. En effet, une simple demande ne suffit pas. Passer à côté d'un majeur protégé, c'est ne pas l'orienter dans la bonne voie, c'est omettre les garde-fous nécessaires.

Que fait-on d'ici au 31 décembre 2028 ? Je propose d'appliquer le principe de précaution en prévoyant que la loi ne s'applique pas avant le 31 décembre 2028. Vous semblez pressé, monsieur le rapporteur général, qu'elle soit promulguée. Mais on ne peut pas conférer aux médecins cette responsabilité tant qu'ils ne sont pas en mesure de vérifier. Il est essentiel que les majeurs protégés soient orientés dans la bonne voie et, pour ce faire, qu'ils bénéficient de la vigilance nécessaire. Nous leur devons bien ça.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Vos amendements sont satisfaits par la deuxième phrase de l'alinéa. Avis défavorable.

**Mme Justine Gruet (DR).** La vérification a lieu si la personne a dit qu'elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique. Si elle ne le dit pas, nul ne vérifie. L'oubli peut être volontaire ou involontaire, par exemple en cas d'incapacité à verbaliser. L'enjeu est fondamental : il s'agit de prévoir les garde-fous nécessaires pour la suite de la procédure.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** Madame Gruet, nous allons lire ensemble l'alinéa 7, ce qui permettra à chacun d'être parfaitement éclairé. « Le médecin demande à la

personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance. Il vérifie ces informations ». Que demander de plus ? Il demande et vérifie. Les deux mots figurent dans l'alinéa.

**M. Yannick Monnet (GDR).** La précision n'est pas sans intérêt. J'avais compris l'alinéa comme une vérification systématique, quelle que soit la réponse à la question. Le médecin vérifie-t-il bien dans tous les cas de figure ? Si la personne dit qu'elle ne fait pas l'objet d'une mesure de protection juridique, vérifie-t-il ?

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** « Le médecin demande à la personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne. » Donc, il demande à toute personne. « Il vérifie ces informations » – celles que la personne lui a données.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendement AS71 de M. Patrick Hetzel*

**M. Patrick Hetzel (DR).** Si nous voulons que l'alinéa 7 soit clair, il faut rédiger ainsi sa première phrase : « Le médecin demande à la personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique. » C'est oui ou c'est non. Dans un second temps, il vérifie, quelle que soit la réponse. Puis, il « délivre à la personne protégée une information loyale ». Ce sont les trois éléments essentiels de cet alinéa.

Je propose donc de supprimer les mots « avec assistance ou représentation relative à la personne », qui ont surtout pour effet de créer une ambiguïté. Surtout, il faut s'assurer que le consentement est individuel. Vous considérez, monsieur le rapporteur général, que ce point est satisfait dans la mesure où la rédaction adoptée est celle souhaitée par le Conseil d'État. Si tel est le cas, aucune ambiguïté ne doit subsister.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** J'ai lu tout à l'heure l'extrait de l'avis du Conseil d'État justifiant l'inclusion des majeurs protégés dans le dispositif. Vous souhaitez supprimer les mots « avec assistance ou représentation juridique ». Or cette précision permet de bien identifier les deux cas de figure, qui n'emportent pas les mêmes conséquences. Sa suppression introduirait une confusion dans le texte.

Mon interprétation diverge de la vôtre, ce qui, vous me l'accorderez, n'a rien d'inadmissible. Je suis pour la simplification et la lisibilité, non pour la confusion.

Avis défavorable.

**M. Patrick Hetzel (DR).** Nos avis divergent. Je pense exactement le contraire. Il faut s'assurer que la personne fait ou non l'objet d'une mesure de protection juridique, en lui posant la question, puis en vérifiant ce qu'il en est dans le registre. Tout ajout crée de la confusion. Telle est mon interprétation de l'alinéa 7.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS656 de Mme Annie Vidal*

**Mme Annie Vidal (EPR).** L'amendement prévoit la consultation, en sus de celle du registre prévu à l'article 427-1 du code civil, du registre prévu à l'article 477-1 relatif aux

mandats de protection future, qui est opérationnel. En effet, le registre unique ne le sera pas avant 2028 – nous avons étudié de près la question lors de l'examen de la proposition de loi visant à moderniser et à simplifier la protection juridique des majeurs. C'est un amendement de précision.

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

Le médecin instruit une demande dans un délai de quinze jours. De ce fait, l'important est de savoir si la personne est protégée à l'instant T et non si elle a demandé à l'être à l'avenir, dans un ou trois ans.

**Mme Annie Vidal (EPR).** Consulter un mandat de protection future, c'est vérifier l'information. Si une personne demande un mandat de protection future, c'est enregistré. Lorsqu'elle demandera, en présence du médecin, l'accès à l'aide à mourir, ce qu'elle aura inscrit dans le mandat de protection future sera toujours visible, même si c'était cinq ans auparavant.

Un mandat de protection future, comme son nom l'indique, concerne l'avenir de la personne qui le rédige au moment où elle le rédige, non au moment de la demande d'aide à mourir. Il importe que le médecin sache s'il en existe un.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS256 de Mme Justine Gruet*

**Mme Justine Gruet (DR).** Monsieur le rapporteur général, vous indiquez que la vérification est automatique. Toutefois, une personne protégée peut l'être à plusieurs titres. Comment fait-on d'ici au 31 décembre 2028 ? Le délai est quand même de deux ans et demi. Comment les médecins feront-ils pour vérifier ?

Notre responsabilité de législateur est de doter le médecin de moyens de vérification. Il ne s'agit pas d'interdire l'accès à l'aide à mourir aux personnes protégées, mais de s'assurer que, vulnérables, elles sont orientées dans la bonne voie.

Je propose donc de compléter la deuxième phrase de l'alinéa 7 par les mots « ou, le cas échéant, en effectuant toute démarche utile auprès de l'autorité judiciaire compétente ». Ce moyen de vérification existe. En l'absence de registre jusqu'à décembre 2028, soit on reporte l'entrée en vigueur de la loi, soit on complète l'alinéa comme je propose de le faire. Ce n'est pas une question secondaire. Il y va de la protection des personnes les plus vulnérables.

Nous donnons déjà beaucoup de responsabilités aux médecins, notamment le recueil de l'avis libre et éclairé. Donnons-leur au moins les moyens de vérifier s'ils ont affaire à une personne faisant l'objet d'une mesure de protection.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** J'étais déjà député lors de l'examen de la proposition de loi Claeys-Leonetti, en 2015. Je faisais partie de ceux qui demandaient quels seraient les critères d'évaluation de la loi et les registres. Il a fallu dix ans pour les obtenir. Menons le même combat pour faire en sorte qu'il y ait une traçabilité.

Vous avez rappelé la date du 31 décembre 2028. C'est le Gouvernement qui l'a arrêtée. Au départ, le registre devait être opérationnel au 31 décembre 2026, par anticipation

d'une adoption antérieure de la proposition de loi. La ministre a avancé des raisons techniques, que pour ma part j'aime toujours bien comprendre, pour justifier le report. Je ne voudrais pas que certains allongent encore ce délai, alors même qu'on peut probablement le raccourcir.

Par ailleurs, la ministre a indiqué que la consultation de l'extrait de l'acte de naissance, qui contient une mention des mesures de protection, sera rendue possible par le décret en Conseil d'État prévu à l'article 13.

En outre, les mesures de protection figurent très souvent dans les dossiers médicaux, dont disposeront les médecins en attendant que le fichier soit pleinement fonctionnel – j'imagine que nous allons, avec le soutien de Thibault Bazin, pousser le Gouvernement à accélérer.

Enfin, le médecin discute avec le médecin traitant de la personne ou avec la personne de confiance ; tous deux connaissent la situation du patient et peuvent lui indiquer s'il fait l'objet d'une mesure de protection. Il y a donc trois garde-fous.

L'exigence est la même en matière de soins palliatifs. Ce n'est que depuis un an et demi que nous commençons à avoir un début de traçabilité. Savez-vous, mes chers collègues, quelle est la proportion de soins palliatifs tracés ? Moins de 10 %. Et je n'entends personne en parler, alors même que leur suivi devrait être tout à fait exhaustif. Moi, je m'en indigne ; j'espère vous faire partager mon indignation.

**M. Thibault Bazin (DR).** Monsieur le rapporteur général, vous me prêtez beaucoup de pouvoir. Je suis un rapporteur général qui se concentre sur les lois de financement de la sécurité sociale.

La loi dite « bien vieillir » disposait que le registre devrait être opérationnel au plus tard le 31 décembre 2026 – nous avions tous espéré qu'il le serait en 2024 ou 2025. Or, début mai, nous avons examiné la proposition de loi relative à la protection des majeurs, dont notre collègue Annie Vidal, ici présente, est la rapporteure. L'article 7 de ce texte prévoit de reporter l'échéance au 31 décembre 2028. Vous voyez que j'ai très peu de pouvoir sur l'application des mesures de la loi « bien vieillir ».

Vous nous dites que le texte sera adopté avant la fin de l'année, peut-être même avant le 15 juillet. Je vous oppose les réalités, celles de la vie, celles du registre. Pour les personnes qui font l'objet d'une mesure de protection, nous avons un problème. La rédaction proposée fait état d'un outil qui ne sera pas opérationnel avant deux ans.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** Cher collègue, sans vouloir vous prêter plus de pouvoir que vous n'en avez, il me semble que vous êtes quelqu'un qui, en politique, dit toujours que, si l'on a la volonté, on est capable. C'est au politique de faire en sorte d'accélérer les choses quand c'est nécessaire.

Je l'ai dit : comme vous, je regrette le report au 31 décembre 2028. J'ai énuméré les trois sources d'information qu'il est possible de recouper pour vérifier la situation de la personne. Mais je ne fais pas partie de ceux, et je sais que vous n'en faites pas davantage partie, qui estiment qu'il faut s'aligner sur une date sortie d'une administration centrale.

Nous verrons quels sont les obstacles. Je suis persuadé que nous serons ensemble, avec la même énergie, la même force, pour faire en sorte que l'indispensable soit réalisé.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS179 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé*

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** L'amendement vise à prendre en compte la vulnérabilité des personnes sous tutelle, non en les excluant de la procédure mais en instaurant une présomption d'incapacité qui, comme toute présomption peut être renversée. Il s'agit de les protéger, s'agissant d'un acte irréversible, tout au long de la procédure.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Vous souhaitez introduire une présomption d'incapacité à manifester une volonté libre et éclairée pour les personnes sous tutelle. Pour elles, le principe est l'autonomie. Elles doivent prendre seules les décisions relatives à leur personne.

L'accès à l'aide à mourir des majeurs protégés fait partie de l'équilibre du texte. Leur aptitude à manifester une volonté libre et éclairée sera étudiée aux termes de l'article 2.

**Mme Annie Vidal (EPR).** Je suis surprise d'entendre dire que le principe, pour les majeurs protégés, est l'autonomie, dès lors que le législateur a lui-même décidé que, si des procédures et des examens établissent qu'une personne n'est pas capable d'accomplir seule certains actes de la vie civile, alors elle a besoin d'être accompagnée ou représentée. C'est contradictoire.

**M. Yannick Monnet (GDR).** Une personne protégée ne l'est pas dans tous les domaines de la vie ; elle peut faire beaucoup de choses seule. Il ne faut pas réduire la personne protégée à une accumulation d'incapacités, même si certaines tâches doivent être encadrées.

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** Il ne s'agit pas d'exclure ces gens du dispositif, mais de prévoir une présomption d'incapacité, susceptible d'être écartée.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS732 de Mme Audrey Abadie-Amiel*

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** La dernière phrase de l'alinéa 7 est ainsi rédigée : « Le médecin délivre à la personne protégée une information loyale sur son état et adaptée à ses facultés de discernement. ». Nous souhaitons supprimer les mots « loyale sur son état et », introduits en première lecture. Ils peuvent prêter à confusion – je n'imagine pas un médecin délivrer à un patient une information déloyale.

Éviter toute confusion, tel est donc l'objet de cet amendement de précision. Je tiens à dire à notre collègue Monnet que je comprends l'esprit de cet ajout et que le maintien des mots « adaptée à ses facultés de discernement » permet de ne pas trahir sa pensée.

**M. Christophe Bentz (RN).** Je l'ai dit, nous avons un passif au sujet des amendements présentés comme rédactionnels. Celui-ci me laisse sceptique. Concrètement, vous souhaitez supprimer la notion de loyauté de l'information donnée à une personne protégée sur son état.

Vous justifiez cette proposition, dans l'exposé sommaire, par l'affirmation suivante : « Il n'est pas utile de préciser que l'information est loyale sur son état ». Pardonnez-moi, mais l'information doit être loyale !

La loyauté, c'est à la fois la fiabilité et la sincérité de l'information. C'est ce qui fait une information de confiance. Cela me paraît absolument essentiel. Je ne vois pas comment on peut dire que la loyauté de cette information est superflue. J'avoue être assez choqué par cet amendement.

**M. René Pilato (LFI-NFP).** Je ne suis pas d'accord avec l'interprétation de M. Bentz. Qu'il soit écrit dans l'exposé sommaire qu'il « *n'est pas utile de préciser que l'information est loyale* » n'implique pas que celle-ci est déloyale.

Non, il n'est pas utile de préciser dans la loi que l'information est loyale. On présuppose que le médecin donne une information loyale, parce que c'est sa raison d'être – aucun médecin ne vous mentira.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS73 de M. Patrick Hetzel*

**M. Patrick Hetzel (DR).** L'alinéa 7 concerne les majeurs bénéficiant d'une protection juridique. Si on les protège juridiquement, c'est que l'on considère qu'ils présentent une forme de vulnérabilité qui nécessite cette protection. Il faut donc tout mettre en œuvre pour que cette protection soit effective.

Je propose, pour sécuriser le dispositif, de compléter l'alinéa 7 par la phrase suivante : « En cas de doute sur les facultés de discernement, la procédure est interrompue ». Si on développe des actes de protection juridique, c'est bien parce qu'il y a des vulnérabilités, lesquelles – M. Monnet a raison sur ce point – peuvent être de diverse nature, donc affecter les capacités de discernement. Il s'agit de s'assurer que l'avis de la personne concernée est éclairé ; s'il ne l'est pas, il faut le préciser.

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

L'évaluation des conditions d'accès débute à l'article 6 et non à l'article 5. À ce stade, le médecin ne peut douter du discernement de la personne, puisqu'il n'a pas engagé la procédure prévue à l'article 6. C'est à l'issue de cette procédure qu'il pourra, en cas de doute sur le discernement, rendre une décision défavorable.

**Mme Justine Gruet (DR).** Ce que vous faites est inadmissible. Des doutes et des incertitudes subsistent, et vous supprimez des termes un peu superfétatoires sur la loyauté de l'information. En fait, vous remettez en cause le code de déontologie médicale, qui prévoit l'obligation de donner une information loyale. C'est une régression.

Pendant un an et demi, nous ne serons pas en mesure de donner aux médecins les moyens de vérifier la situation du demandeur, et cela ne vous pose pas de problème. En revanche, vous avez le culot de supprimer la précision assurant la loyauté de l'information. Fût-elle satisfaite, c'est difficile à admettre.

Vous avez l'air pressé de faire adopter ce texte de loi, même sans les garanties et les garde-fous nécessaires. L'ajout proposé par notre collègue Hetzel est sensé : en cas de doute

sur les facultés de discernement, la procédure est interrompue. Parfois, il est bon d'écrire noir sur blanc ce qui semble élémentaire.

**M. René Pilato (LFI-NFP).** L'alinéa 9 de l'article 4 prévoit que la personne demandant l'aide à mourir doit être « apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée » ; l'article 5, quant à lui, détaille la procédure ; enfin, l'article 6 vise à vérifier que la demande est libre et éclairée. La disposition que vous proposez d'introduire est déjà prévue. Vous ne cessez de répéter que la loi est bavarde : ne la complexifiez pas, s'il vous plaît !

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** Madame Gruet, vous appartenez au corps médical : la loyauté et la déontologie ont un sens. Cela a animé toute ma vie professionnelle, et je ne peux pas laisser penser qu'un médecin pourrait communiquer une information déloyale.

Par ailleurs, puisque vous dites vouloir une loi lisible et compréhensible, ne mélangez pas tout : pourquoi parler de ce qui viendra dans l'article 6 alors que nous examinons l'article 5 ? C'est un jeu auquel vous jouez depuis le début du texte, pour faire durer les débats. À l'article 4, on parle de l'article 4 ; à l'article 5, on parle de l'article 5, etc. Ce sera beaucoup plus constructif.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS215 de M. Thierry Frappé*

**M. Thierry Frappé (RN).** L'amendement vise à renforcer et à préciser l'information délivrée à la personne qui sollicite l'aide à mourir, en intégrant explicitement le déroulement prévisible de la maladie et les conséquences des traitements envisageables. Il affirme le caractère préalable et obligatoire de cette phase d'information ; c'est une condition essentielle pour que la volonté exprimée soit libre et éclairée.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Vous proposez une nouvelle rédaction de l'alinéa 9 ; très proche de l'actuelle, elle ne me paraît apporter aucune plus-value. De plus, elle ajoute davantage de complexité, de telle sorte que la rédaction actuelle me semble bien plus adaptée.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS33 de Mme Sandrine Dogor-Such*

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** Cet amendement vise à préciser l'information qui doit être délivrée au patient en substituant à la référence générale aux « dispositifs d'accompagnement disponibles » la mention explicite des « soins palliatifs qui peuvent lui être dispensés ». Cette modification n'est pas simplement rédactionnelle : elle répond à une exigence fondamentale du droit de la santé, à savoir garantir un consentement réellement libre et éclairé du patient.

Il s'agit d'un amendement de bon sens. Les soins palliatifs apportent une réponse essentielle aux personnes confrontées à une maladie grave ou à une situation de fin de vie. Il paraît donc nécessaire que la loi garantisse que cette information soit délivrée de manière

explicite et systématique. L'information actuelle, trop large, pourrait englober une multitude de dispositifs sans assurer que les soins palliatifs soient effectivement présentés aux patients.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** L'information sur les soins palliatifs est prévue à l'alinéa 10 du présent article ; votre amendement est donc satisfait.

Avis défavorable.

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** Pouvez-vous nous indiquer ce que vous entendez par « dispositifs d'accompagnement disponibles » ?

**M. Stéphane Delautrette (SOC).** La disposition que vous proposez est beaucoup plus restrictive que le texte car l'accompagnement d'un patient, quand bien même sa maladie en est à un stade avancé, ne repose pas uniquement sur les soins palliatifs. Les médecins peuvent proposer de nombreuses solutions, certes pour soulager la douleur mais aussi pour prodiguer des soins autres que soins palliatifs. L'objectif est donc d'informer le patient sur les différentes prises en charge possibles.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS477 de Mme Marie-France Lorho*

**M. Christophe Bentz (RN).** Cet amendement de précision porte sur les dispositifs d'accompagnement disponibles, mais aussi sur les droits de la personne visant à garantir la prise en charge de ses besoins médicaux, matériels, psychologiques et sociaux. Il faut en effet informer le patient qu'il a un droit à l'aide à mourir, c'est-à-dire à un accompagnement en soins palliatifs.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Les précisions que vous souhaitez ajouter figurent déjà dans les dispositifs d'accompagnement disponibles. Il n'est donc pas nécessaire de détailler autant cet alinéa.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS475 de Mme Marie-France Lorho*

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

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

*Amendement AS499 de Mme Sylvie Bonnet*

**Mme Sylvie Bonnet (DR).** Il s'agit d'interdire le don d'organes après un suicide assisté ou une euthanasie. En effet, pour des personnes en fin de vie dont le pronostic vital est engagé, notamment en cas de cancers très invasifs, l'état des organes peut soulever de graves interrogations et le principe de précaution doit s'appliquer pour le receveur.

Par ailleurs, il ne faudrait pas que des personnes jeunes qui sont en fin de vie soient incitées à l'euthanasie ou au suicide assisté pour permettre un don d'organes. On constate en effet, en Belgique ou aux Pays-Bas, que de jeunes patients atteints d'une maladie

psychiatrique peuvent voir dans ce don d'organes une justification à leur geste, comme une forme d'euthanasie altruiste.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** Je ne reviendrai pas sur la situation d'une personne qui demande l'aide à mourir – vous la connaissez comme moi : je ne suis pas persuadé que ses organes, compte tenu de leur état fonctionnel, soient utiles à d'éventuels receveurs. En revanche, chaque individu donne ses organes, sauf s'il précise expressément qu'il le refuse. Votre proposition poserait donc un problème d'égalité devant la loi.

Avis défavorable.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Tout d'abord, vous dites que l'on constate des cas en Belgique ou aux Pays-Bas, mais nous aimerions bien savoir sur quelles études repose cette affirmation.

Ensuite, même si elle souhaite faire un don d'organes, la personne reste soumise au respect des cinq critères. Or on ne peut pas feindre d'être en fin de vie ou en état de souffrance, quel que soit l'élan de générosité qui vous anime.

Enfin, une telle proposition révèle une ignorance totale de l'état des corps des personnes qui font une demande d'aide à mourir. La plupart d'entre elles ne sont absolument pas éligibles au don d'organes. Vous essayez d'inventer des situations probablement inexistantes et auxquelles le texte que nous examinons ne s'applique pas du tout, dans le but de provoquer des paniques morales avec des arguments totalement fallacieux.

**M. Jérôme End (DR).** Je soutiens cet amendement car le principe de précaution doit l'emporter. Lorsque vous avez subi une gastroscopie souple, il vous est déjà interdit de donner votre sang dans les deux mois qui suivent, pour des raisons scientifiques et sanitaires.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** Ne confondez pas don du sang et don d'organes : cela n'a rien à voir. Nous pourrions en reparler.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements identiques AS180 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé et AS506 de Mme Karine Lebon, amendement AS181 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé (discussion commune)*

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** Les deux amendements que j'ai déposés renvoient au plan personnalisé d'accompagnement créé par la loi relative aux soins palliatifs, afin que le médecin saisi d'une demande d'aide à mourir puisse prendre connaissance du plan du patient lorsque celui-ci en a formalisé un, ou qu'il puisse informer le patient de la possibilité d'en élaborer un.

**M. Yannick Monnet (GDR).** Je défends l'amendement AS506 et je souscris à ce que vient de dire ma collègue. Dans ce texte que je considère être une loi d'exception, la question du soin ne doit jamais être évacuée, à quelque stade de la procédure que l'on se trouve. Si une personne fait le choix de recourir à l'aide à mourir, je le respecte : il faut lui accorder ce droit. Mais il faut aussi continuer à travailler sur la prise en charge de la douleur et de la perte d'autonomie ; c'est l'objectif du plan personnalisé d'accompagnement.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** L'alinéa 9, tel qu'il est rédigé, n'empêche pas d'évoquer le plan personnalisé d'accompagnement : il n'est donc pas nécessaire de le préciser. De plus, l'alinéa 10 prévoit déjà une information sur les soins palliatifs et un accès à ceux-ci si la personne le souhaite. Enfin, l'article 13 renvoie à un décret en Conseil d'État la définition des modalités d'information.

Avis défavorable.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR).** Je ne sais pas si je voterai pour ou contre l'amendement de ma collègue mais celui-ci est la conséquence de la division du projet de loi initial en deux textes : le plan personnalisé d'accompagnement figurait en effet dans la partie relative aux soins d'accompagnement. Sa mise en place était prévue dès l'annonce d'une maladie grave et il devait suivre le patient jusqu'à la fin, le cas échéant avec une aide à mourir si ce dernier en exprimait le souhait.

**M. Yannick Monnet (GDR).** Selon Mme la rapporteure, rien n'empêche d'évoquer le plan personnalisé d'accompagnement. Or nous pensons que celui-ci doit être proposé : le médecin doit s'informer de l'existence d'un tel plan et, à défaut, en proposer un au patient. Cette disposition ne doit pas être renvoyée au décret ; c'est au législateur de décider.

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** Un peu plus tôt, M. Delautrette a expliqué que mon amendement sur les dispositifs d'accompagnement disponibles ne pouvait être accepté car cela relevait du texte sur les soins palliatifs ; ici, le même argument est employé contre la mention du plan personnalisé d'accompagnement : cela ne va pas. Je ne vois pas quel problème poserait le fait de préciser à l'alinéa 9 que le médecin doit s'informer du plan personnalisé d'accompagnement.

**M. René Pilato (LFI-NFP).** Si l'on vous diagnostique une maladie grave, vous bénéficierez d'un plan personnalisé d'accompagnement, pour vous accompagner au mieux : cela relève du texte sur les soins palliatifs. En cas de guérison, vous sortez des soins palliatifs – tant mieux pour vous. Mais si la maladie s'aggrave et ne peut être enrayée, deux solutions s'offrent à vous : soit vous conservez le plan d'accompagnement et vous finissez avec la sédation profonde et continue jusqu'au décès, soit vous demandez l'aide à mourir et, à condition de respecter les cinq critères, notamment concernant les souffrances réfractaires et insupportables, vous basculez dans le champ du présent texte. L'accompagnement cesse alors, puisque vous décidez du moment du décès – sous réserve que votre choix demeure libre et éclairé jusqu'au bout.

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** À vous entendre, les soins palliatifs constituent un préalable à l'aide à mourir.

**M. René Pilato (LFI-NFP).** Non !

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** Si, c'est exactement la manière dont vous venez de l'expliquer : vous avez fait des soins palliatifs un préalable.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** J'entends les arguments des uns et des autres, mais attention à l'interprétation qui peut en être faite. Les amendements AS180 et AS506 tendent à préciser que le médecin devra s'assurer de la mise en œuvre du plan d'accompagnement : chacun comprend bien que cela bouscule la procédure.

L'amendement AS181, en revanche, vise seulement à ajouter que le médecin « [p]rend connaissance du contenu du plan personnalisé d'accompagnement prévu à l'article L. 1110-10-1 du présent code, si la personne en a élaboré un ». Il est moins coercitif ; toutefois, je ne voudrais pas que la case « soins palliatifs » devienne obligatoire si le patient n'en veut pas. N'oublions pas que c'est la demande du patient qui régit tout ce texte, à la différence de celui sur les soins palliatifs – lorsque des soins palliatifs sont engagés, des directives anticipées peuvent être prises mais la demande du patient n'est jamais réitérée. Je préfère que l'on étudie l'amendement AS181 d'ici la séance car sa portée est moindre. À ce stade, j'émet un avis défavorable.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendements AS79 de M. Patrick Hetzel et AS620 de M. Christophe Bentz (discussion commune)*

**M. Patrick Hetzel (DR).** Il s'agit de garantir l'effectivité de l'accès aux soins palliatifs. La rédaction actuelle nous gêne car nous ne sommes absolument pas certains que les patients entrant dans un processus d'euthanasie ou de suicide assisté auront pu, s'ils le souhaitent, bénéficier en amont de soins palliatifs. Il serait absolument fou que des concitoyennes et des concitoyens aient recours à l'aide à mourir simplement parce qu'ils n'auront pas eu accès aux soins palliatifs.

**M. Christophe Bentz (RN).** Voici le fameux amendement de rétablissement de l'accès effectif aux soins palliatifs, notion que vous avez fait supprimer lors de la précédente lecture, à la faveur d'un amendement prétendument rédactionnel.

Si on informe une personne qu'elle peut avoir accès aux soins palliatifs, cela reste une possibilité. En revanche, si on l'informe qu'elle peut y avoir accès de manière effective, en lui indiquant qu'une place est disponible en établissement ou qu'il y a du personnel en équipe mobile pour les soins à domicile, alors cela devient une garantie : la différence est fondamentale. Mon amendement n'a donc rien de rédactionnel.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Ces deux amendements visent à revenir à la rédaction antérieure à la deuxième lecture. L'ajout proposé n'est pas utile car le médecin « s'assure » – le présent de l'indicatif valant obligation – que la personne puisse avoir accès aux soins palliatifs, si elle le souhaite. L'effectivité de l'accès est garantie par l'obligation faite aux médecins. Nous n'avons aucunement changé le sens de l'alinéa, mais simplement clarifié et simplifié sa rédaction.

Avis défavorable.

**M. Yannick Monnet (GDR).** Je suis favorable à ces amendements, même s'il s'agit d'amendements de repli – selon moi, cette obligation devrait figurer à l'article 4 car l'effectivité des soins palliatifs doit être assurée dès le stade de l'examen des critères.

Cela étant, si vous vous trouvez en plein milieu de la Haute-Loire, je serais curieux de savoir comment le médecin peut s'assurer que vous aurez accès aux soins palliatifs, parce qu'il n'y a ni unité, ni service de soins palliatifs. Ensuite, bétonner le texte sur ce point est aussi une manière de réaffirmer que notre priorité va aux soins, notamment aux soins palliatifs, et non à l'aide à mourir, qui doit rester l'exception.

**Mme Danielle Simonnet (EcoS).** Les collègues du Rassemblement national ont visiblement complètement oublié le débat que nous avons eu sur les soins palliatifs. Par ailleurs, ce n'est pas nous qui avons souhaité que deux textes distincts soient examinés. Et je rappelle qu'ils ont voté contre le fait d'instaurer un droit opposable en la matière. Ils n'en ont pas voulu, tout comme ils refusent de se battre pour que la sécurité sociale dispose des recettes suffisantes pour financer des politiques d'accès à la santé correspondant aux besoins de l'ensemble du territoire.

Nous examinons le texte sur le droit à l'aide à mourir, pas celui sur les soins palliatifs. Si l'accès à ces derniers est évidemment important, je rappelle que certains voulaient rendre obligatoire le recours à des soins palliatifs avant de demander l'aide à mourir. Ce n'est pas l'objet de cet amendement, certes, mais on sait que le but est de contraindre les personnes. Or la liberté d'accès aux soins est une question particulièrement importante ; c'est la raison pour laquelle nous tenons tant à l'expression « si elle le souhaite ». Préciser que le médecin s'assure que la personne « puisse y avoir accès » me semble également tout à fait cohérent.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendement AS78 de M. Patrick Hetzel*

**M. Patrick Hetzel (DR).** Il s'agit de préciser, à l'alinéa 10, qu'une personne qui souhaite accéder aux soins palliatifs doit pouvoir le faire « dans un délai compatible avec son état de santé, quel que soit son lieu de résidence ou son lieu de soins ». Il ne faudrait pas que cette personne ait recours au suicide assisté ou à l'euthanasie parce que l'accès aux soins palliatifs ne lui aurait pas été assuré.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** L'accès aux soins palliatifs est précisément l'objet de l'alinéa 10, qui prévoit que le médecin s'assure que la personne qui le souhaite puisse y avoir accès. Les médecins savent pertinemment dans quels délais leurs patients doivent être pris en charge ; nous pouvons leur faire confiance.

Avis défavorable.

**Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR).** Après avoir adopté un premier texte sur les soins palliatifs, nous sommes en train d'examiner un second texte, relatif à l'aide à mourir, dans lequel certains voudraient reparler des soins palliatifs. La loi Kouchner relative aux droits des malades pose le principe de la liberté d'accéder aux soins quels qu'ils soient, notamment aux soins palliatifs. On n'est pas obligé d'y avoir recours : certains patients choisissent de ne pas bénéficier de soins palliatifs, ou n'en ont pas le temps. Il faut préserver cette liberté de choix et ne pas en faire un préalable obligatoire à l'aide à mourir.

**M. Patrick Hetzel (DR).** Soyons précis : contrairement aux soins palliatifs, l'aide à mourir ne constitue en aucun cas un soin ; c'est un acte d'une autre nature.

Par ailleurs, nous ne sommes pas dans une logique de défiance à l'égard des médecins mais, en tant que législateur, nous avons le devoir de sécuriser le dispositif et de préciser certains points afin d'assurer que les droits seront bien effectifs. Ne pas le faire reviendrait à créer de l'insécurité juridique. Nous ne devons pas prendre de risques sur un sujet aussi important.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements AS507 de M. Yannick Monnet et AS182 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé (discussion commune)*

**M. Yannick Monnet (GDR).** Je souhaite rappeler que nous ne cherchons pas à imposer les soins palliatifs : il est précisé que ceux-ci seront administrés si la personne le souhaite. Nous nous inscrivons donc dans un cadre légal.

Par ailleurs, si nous avons des doutes sur l'accès effectif aux soins palliatifs, c'est en raison de l'état de notre système de santé. Quand seulement un département sur deux est équipé d'unités de soins palliatifs, on ne peut que s'inquiéter. Je suis favorable à ce droit, mais je souhaite que l'on réaffirme son effectivité dans la loi.

Mon amendement va plus loin en prévoyant que le médecin vérifie si la prise en charge est suffisante. Vouloir renforcer tant l'accès aux soins palliatifs que leur qualité, c'est une manière d'affirmer que c'est une loi d'exception et que la priorité reste le soin.

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** Je partage totalement les inquiétudes de M. Monnet, raison pour laquelle j'ai déposé un amendement quasi identique. L'aide à mourir doit rester l'exception, et nous devons inscrire dans la loi les précautions qui s'imposent.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** Nous restons toujours dans une loi d'exception. Je vous renvoie à l'argument percutant de Mme Simonnet : pour résoudre définitivement ce problème, il fallait voter les soins palliatifs opposables. Je suis d'ailleurs l'un des rares à l'avoir dit au cours des débats.

Monsieur Monnet, autant je vous suis quand vous écrivez que le médecin doit s'assurer que « cette prise en charge est effective, suffisante et satisfaisante, notamment en matière de prise en charge de la douleur » – encore que la perception de la douleur est différente d'un individu à l'autre ; il faut donc être prudent sur ce sujet –, autant je ne vous suis pas, même si je reconnais que votre raisonnement est habile, quand vous affirmez qu'il faut absolument passer par la case « soins palliatifs ». Contrairement à vous, je pense que cela relève du libre choix du patient. La loi Kouchner avait ouvert la voie en la matière – cela avait d'ailleurs donné lieu à des débats passionnés. En médecine, un patient a le choix d'accepter ou de refuser un traitement.

Enfin, vous êtes mal tombé en évoquant le département de la Haute-Loire, car celui-ci bénéficie d'une unité de soins palliatifs. Il faudra choisir un autre exemple.

**Mme Justine Gruet (DR).** Dire « vous n'aviez qu'à voter le droit opposable », c'est de la chicanerie politique ! Vous savez bien qu'un droit opposable contribuerait à judiciaireiser un système de santé qui n'offre pas un accès effectif aux soins palliatifs. Nos patients valent mieux que ça !

Nous ne cherchons pas à restreindre pour embêter, mais pour nous assurer que le patient aura vraiment le choix. Or quel choix a-t-on quand un département ne propose pas de soins palliatifs ? Notre crainte, c'est que l'on se dirige vers un choix par défaut, que l'on ait recours à l'aide à mourir faute de soins palliatifs. C'est précisément ce que M. Monnet vient d'expliquer. Vous semblez penser que nos amendements visent à restreindre ce droit que vous voulez élargir, alors que notre but est de garantir l'effectivité du droit aux soins palliatifs.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** Je ne cherche pas à imposer l'aide à mourir par défaut : je ne vous suis absolument pas sur ce point ! La différence entre nous est

totale : c'est bien le patient qui est au cœur du dispositif. Nous lui proposons les soins palliatifs et nous vérifions leur effectivité, ce qui est déjà important, mais c'est lui qui décide.

Je vous concède que certains départements ne sont pas couverts par des soins palliatifs fixes, mais il y a des équipes mobiles partout, je l'affirme ici. Vous pourrez le vérifier sur une carte, comme je l'ai fait. Il ne faut pas avancer des arguments à la légère sur un sujet aussi grave, madame Gruet – pensez à l'image que nous envoyons à ceux qui nous regardent ! Il y a bien des soignants au chevet des patients.

J'entends votre défiance, je peux comprendre votre argumentation, mais nous parlons d'un droit nouveau, et l'accord des patients est réitéré jusqu'à la dernière seconde. Arrêtons de faire sans cesse l'amalgame avec les soins palliatifs : les deux textes sont totalement séparés. De grâce, n'obscurissons pas le débat en ressortant toujours les mêmes arguments, qui n'auront d'autres conséquences que de provoquer l'incompréhension de celles et de ceux qui nous regardent.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendement AS144 de Mme Christine Loir*

**Mme Christine Loir (RN).** Une étude de la maison médicale Jeanne Garnier a montré que 90 % des demandes d'aide à mourir formulées à l'entrée de l'hospitalisation étaient retirées au cours de la prise en charge palliative. Ce chiffre révèle, et c'est essentiel, que derrière la demande de mourir, il y a bien souvent la peur de souffrir, d'être abandonné et de perdre toute dignité. Nous devons avant tout informer, soulager et accompagner, et l'amendement tend à garantir que la volonté du patient soit réellement libre et éclairée.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Vous souhaitez que le médecin informe la personne sur la sédation profonde et continue jusqu'au décès. Votre amendement est satisfait : l'alinéa 9 prévoit que la personne soit informée « sur les traitements et les dispositifs d'accompagnement disponibles » ; l'alinéa 10, que des soins d'accompagnement, y compris des soins palliatifs, lui soient proposés. La sédation profonde et continue jusqu'au décès compte parmi l'une ou l'autre de ces informations déjà prévues par le texte.

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** Depuis tout à l'heure, nous discutons d'amendements visant à informer le patient. Celui-ci aura ensuite toute liberté de refuser ce qui lui est proposé et de choisir entre soins palliatifs et aide à mourir – nous sommes tous d'accord là-dessus. Toutefois, cette liberté de choix est limitée par le fait que certains départements soient dépourvus d'unités de soins palliatifs, qui ne seront effectives que dans dix ans. Faute d'accompagnement, le patient sera donc obligé de choisir l'aide à mourir.

Vous évoquez par ailleurs le droit opposable, mais un droit n'a de sens que s'il peut être exercé ! Si le droit au logement opposable a ouvert des voies de recours légitimes, il n'a pas résolu la pénurie de logements – ce sera la même chose pour les soins palliatifs.

**Mme Annie Vidal (EPR).** Je m'étais interdit d'intervenir sur la question des soins palliatifs parce que nous avons décidé de préserver l'étanchéité entre les deux textes, tout au long de leur examen. Il est dommage de ne pas continuer à le faire.

Je ne reviendrai pas sur le droit opposable car nous avons convenu que ce qui importait, c'était l'effectivité. L'amendement AS144 me gêne parce qu'il tend une fois de plus à introduire la notion de sédation profonde et continue jusqu'au décès dans le texte sur

l'aide à mourir. Or, telle que nous l'avons définie à l'article 2, l'aide à mourir n'est pas la sédation profonde et continue. Voter cet amendement entretiendrait cette confusion – que favorise d'ailleurs déjà l'expression « aide à mourir », à laquelle je n'adhère pas.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS551 de Mme Karine Lebon*

**M. Yannick Monnet (GDR).** L'amendement est quasiment rédactionnel. En effet, tel que l'alinéa 10 est rédigé, l'accès effectif des proches au psychologue ou au psychiatre n'est pas garanti.

Je rappelle que si nous avons traité séparément les soins palliatifs et l'aide à mourir, c'était pour laisser aux personnes philosophiquement opposées à l'aide à mourir la possibilité de soutenir le texte sur les soins palliatifs. Il n'y a sinon aucune étanchéité entre soins palliatifs et aide à mourir !

Enfin, monsieur le rapporteur général, puisque vous êtes convaincu qu'il est possible d'accéder aux soins palliatifs, nos amendements ne posent pas de problème. Nous mentionnons toujours que ce qu'ils prévoient ne s'applique que si la personne le souhaite, afin de rester dans le cadre de la loi Kouchner.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Vous souhaitez que le médecin s'assure que la personne, mais aussi ses proches, aient effectivement accès à un psychologue ou à un psychiatre. En l'état du texte, le médecin leur propose à tous une orientation mais ne s'assure de l'accès effectif à ces professionnels que pour la personne concernée par l'aide à mourir. C'est bien la priorité dans le cadre de la procédure ; mon avis est donc défavorable.

**Mme Justine Gruet (DR).** Monsieur le rapporteur général, vous affirmez que chaque département compte une unité mobile de soins palliatifs. Nous avons cette chance dans ma circonscription, où une équipe mobile de trois personnes soutient les professionnels, mais, par exemple, nous n'avons pas d'hospitalisation à domicile effective. Si on dispose de trois professionnels mais qu'ils ne peuvent pas mettre en œuvre les protocoles, c'est très compliqué.

En 2023, la Cour des comptes rapportait qu'un patient sur deux souhaitant recourir aux soins palliatifs n'y avait pas eu accès. C'est le point fondamental, et ce pour quoi je parle de choix par défaut pour l'aide à mourir. Car si le texte sur l'aide à mourir est adopté, il sera appliqué partout sur le territoire ! Disposez-vous de données de la Cour des comptes, par exemple pour 2025, qui indiqueraient qu'il y a bien des unités de soins palliatifs dans tous les départements et que la proportion de patients n'ayant pas accès à ce type de soins a diminué ? C'est ce que nous souhaitons tous.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Je le redis : le texte prévoit que le médecin propose à la personne et à ses proches de les orienter vers un psychologue, mais il ne s'assure que de l'accès du patient.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** J'entends l'argument de M. Monnet. Toutefois, les ressources médicales n'étant pas extensibles, la priorité est de s'assurer que les patients ont bien accès à un psychologue ou à un psychiatre. Quand on inscrit dans la loi des garanties absolues sans avoir les moyens de les honorer, la défiance s'installe. Nous ne

pouvons pas rendre l'accès au psychologue et au psychiatre effectif pour les proches au même titre que pour le patient.

Madame Gruet, vous ne pouvez pas dire que les équipes mobiles de soins palliatifs viennent des départements voisins. Je vous présenterai la modélisation pour la région Centre-Val de Loire, que j'ai préparée avec l'agence régionale de santé : vous verrez que, même dans l'Indre, nous avons été capables de les mettre en œuvre.

**Mme Danielle Simonnet (EcoS).** Je soutiens cet amendement car il sous-entend qu'il est tout aussi important pour les proches que pour la personne concernée de bénéficier d'un soutien psychologique ou psychiatrique s'ils le souhaitent. Je suis psychologue de métier ; je sais bien que le secteur de la santé psychique est dans un état catastrophique. Mais, parce qu'il a été sous-doté de projet de loi de financement de la sécurité sociale en projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et parce que nous ne pouvons pas garantir l'accès effectif à un psychologue ou à un psychiatre à tous ceux qui en auraient ou en exprimeraient le besoin, il faudrait laisser cette possibilité de côté en rédigeant ce texte ? Non. Si nous pensons qu'il faut que les proches aient accès à un psychologue ou à un psychiatre, il faut voter cet amendement – même si cela ne suffira pas et qu'il y aura des batailles pendant le prochain budget.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** J'entends bien vos arguments, mais d'abord, combien y a-t-il de proches ? Comment définir un proche ? Vous connaissez ensuite le problème de l'accès aux soins... Ce n'est pas tout : si nous intégrons cette disposition, le fait que les proches aient effectivement bénéficié de cet accès à un psychologue ou à un psychiatre comptera dans la procédure collégiale – ce qui implique d'obtenir des rendez-vous et d'avoir des retours. Cela nous écarterait du sujet central : la procédure doit d'abord être consacrée au malade. Les proches y sont naturellement associés ; ils sont informés, mais ne sont pas de ceux qui décident. Qu'ils puissent avoir accès à ces professionnels, pourquoi pas, mais rendre cet accès effectif me semble impossible à l'heure actuelle.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS621 de M. Christophe Bentz*

**M. Christophe Bentz (RN).** Madame la rapporteure, par parallélisme des formes, nous demandons de réintroduire à l'alinéa 11 la mention de l'effectivité de l'accès à un psychologue ou à un psychiatre – vous l'avez également supprimée à la faveur d'un amendement prétendument rédactionnel. Nous ne demandons pas de droit opposable à l'accès à un psychologue, mais simplement l'effectivité de cet accès !

Madame Simonnet, vous évoquiez les positions du groupe Rassemblement National. Acceptez que nous les défendions nous-mêmes, parce que vous vous trompez sur tout ! Pour vous, nous souhaiterions l'obligation de passage en soins palliatifs : c'est faux ; les soins palliatifs sont un droit, pas un devoir. Nous nous opposerions aux plans pluriannuels d'investissement dans le PLFSS : c'est tout aussi faux puisque chaque année depuis quatre ans, nous déposons des amendements en leur sens.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Monsieur Bentz, par parallélisme des formes, je suis défavorable à votre amendement !

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS81 de M. Patrick Hetzel*

**M. Patrick Hetzel (DR).** L'amendement tend à compléter l'alinéa 11 par la phrase : « Il s'assure que la décision du patient ne souffre d'aucune pression extérieure. » Dans la mesure où il y a chaque année un certain nombre de condamnations pour abus de faiblesse, nous sommes plusieurs à être particulièrement attachés à ce point. Il faut nous prémunir de ce risque : intégrer cette disposition claire dès l'article 5 permettrait d'entamer ces vérifications dès le début de la procédure.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Votre objectif est d'enrichir le rôle du psychiatre ou du psychologue vers lequel le demandeur est orienté par le contrôle d'éventuelles pressions extérieures. Ce n'est pas l'article 5, mais l'article 6, qui prévoit le contrôle des conditions d'accès à l'aide à mourir prévues à l'article 2. Ensuite, le texte est déjà très clair : la volonté libre et éclairée ne saurait souffrir d'une quelconque pression. Un tel ajout pourrait décourager les demandeurs d'accepter une orientation pourtant utile vers un psychiatre ou un psychologue. Enfin, le contrôle des pressions est prévu aux articles 9 et 10 – nous avons déjà amélioré leur rédaction en deuxième lecture et les rapporteurs proposeront encore d'autres modifications.

Avis défavorable.

**M. Patrick Hetzel (DR).** La vérification des pressions extérieures doit figurer dès le chapitre qui concerne la procédure – lequel commence par l'article 5. Cette question, comme celle de l'effectivité de l'accès aux soins palliatifs évoquée par M. Monnet, doit apparaître très en amont pour sécuriser le dispositif et nous prémunir du risque d'abus de faiblesse. C'est notre rôle de législateur que de travailler à une rédaction extrêmement protectrice.

**Mme Élise Leboucher (LFI-NFP).** Concernant la rédaction, celle que vous proposez induit que la vérification est faite par le médecin, et non par le psychiatre ou le psychologue vers lequel le demandeur est orienté.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS622 de M. Christophe Bentz*

**M. Christophe Bentz (RN).** Je suis sûr que cet amendement fera consensus : il va à la fois dans votre sens et dans le nôtre. Nous proposons qu'à tout moment, la personne puisse renoncer à sa demande mais aussi la reporter sans y renoncer totalement. Ces possibilités me semblent rassurantes pour la personne.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** Je constate que vous devenez adepte de l'aide à mourir ! Vous proposez d'adoucir l'écriture du texte pour y intégrer la possibilité d'un report de la demande, ce qui s'inscrit dans la démarche. Non, quand on renonce à sa demande, on y renonce, et on met fin au traitement de cette demande.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS623 de M. Christophe Bentz*

**M. Christophe Bentz (RN).** Monsieur le rapporteur général, nous n'allons pas du tout dans le sens du texte ! Nous y sommes opposés, mais notre rôle de législateur est d'amender le texte, et, à défaut de supprimer le dispositif, de le restreindre. C'est ce à quoi

tend l'amendement AS623 : il ne va pas dans le sens du texte, mais dans celui de la personne, qui doit vraiment comprendre qu'elle peut renoncer à sa demande à tout moment et « par tout moyen ».

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** Votre amendement n'apporte rien puisque la personne peut déjà renoncer à sa demande à tout moment, comme elle le souhaite, et en choisissant son mode d'expression. Inutile d'écrire une loi bavarde.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS35 de Mme Sandrine Dogor-Such*

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** L'amendement vise à garantir que la personne de confiance et les membres de la famille qui le souhaitent seront informés de la procédure. Il ne s'agit pas de remettre en question l'autonomie du patient ni de subordonner sa décision à l'accord de ses proches : sa volonté demeure pleinement souveraine.

Toutefois, il serait difficile de comprendre que ceux qui l'accompagnent au quotidien et partagent ses souffrances, ses interrogations et son parcours de soins soient tenus à l'écart de cette décision grave et irréversible. La littérature scientifique montre d'ailleurs que les conséquences d'un suicide assisté ou d'une euthanasie peuvent être importantes pour les proches : plusieurs études ont mis en évidence des taux significatifs de dépression, d'anxiété ou de syndromes de stress post-traumatique. C'est donc un amendement de bon sens.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** Vous souhaitez que le médecin informe non seulement la personne, mais aussi les proches. Mais imaginez un instant que ces proches exercent une pression sur la personne ! C'est précisément ce que nous voulons éviter – et ce que vous demandez depuis le début. Le patient est seul destinataire de l'information du médecin, qu'il peut, ensuite, communiquer à ses proches.

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** Nous en reparlerons lorsque nous examinerons l'article portant sur le délit d'incitation.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements AS262, AS263 et AS265 de Mme Justine Gruet (discussion commune)*

**Mme Justine Gruet (DR).** Ces amendements s'inscrivent dans le débat sémantique. La rapporteure du texte pour les articles précédents nous a indiqué que l'article 5 pouvait être le moment de distinguer euthanasie et suicide assisté – c'est essentiel du point de vue éthique.

L'alinéa 13 prévoit que le médecin « explique à la personne les conditions d'accès à l'aide à mourir et ses modalités de mise en œuvre ». Dans la mesure où c'est à ce moment-là que le médecin détermine s'il s'agira d'une euthanasie ou d'un suicide assisté, puisqu'il évalue l'incapacité physique de la personne, leur différence doit être spécifiée.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Nous avons déjà eu ce débat et mes collègues rapporteurs et moi avons déjà exprimé notre désaccord, sur le fond comme sur la forme.

Avis défavorable.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendement AS264 de Mme Justine Gruet*

**Mme Justine Gruet (DR).** L'objet de cet amendement a été peu abordé. Dans le cas où le patient ne remplit pas les cinq critères d'accès, le médecin doit-il tout de même l'informer des critères et des modalités de mise en œuvre de l'aide à mourir ? Cette question touche au positionnement du médecin et au délit d'incitation. L'amendement vise à restreindre cette information aux seuls patients répondant aux critères d'accès.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** À ce stade, on ignore si le patient remplit les critères puisque c'est la procédure d'examen de la demande d'aide à mourir, définie à l'article 6, qui permet de le savoir. Voter votre amendement serait contreproductif.

Avis défavorable.

*L'amendement est retiré.*

*Amendements AS185 et AS184 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé*

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** Ces deux amendements visent à prendre les précautions nécessaires – maximales – pour que le malade ne fasse l'objet d'aucune pression extérieure.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Vous demandez que le médecin s'entretienne avec la personne seule, afin de s'assurer de sa volonté libre et éclairée. Les professionnels de santé sont habitués à recevoir des patients seuls ou accompagnés, et s'entretiennent au besoin en tête-à-tête avec eux. Dans tous les cas, la procédure collégiale apprécie le caractère libre et éclairé de la volonté du patient.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendements AS266 et AS261 de Mme Justine Gruet*

**Mme Justine Gruet (DR).** Ces amendements visent à éviter toute pression indue. Il s'agit d'informer la personne des répressions possibles en cas de délits d'entrave et d'incitation, en particulier si elle se trouve en situation de vulnérabilité.

Je constate sinon que l'amendement AS264 ne pourra pas être redéposé à l'article 6 puisqu'une fois la demande faite, c'est de la recevabilité ou non de sa demande que le patient est informé. Le texte dispose donc que celui-ci est informé des conditions d'accès et des modalités de mise en œuvre de l'aide à mourir, même s'il ne satisfait pas aux cinq critères. Cela peut poser un problème, eu égard au délit d'incitation.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** S'agissant de l'amendement AS266, je ne vous suis pas du tout. Alerter la personne sur le fait que ses conditions économiques ou son environnement pourraient peser sur sa décision conduit à l'infantiliser, à exercer une pression et à altérer sa capacité de décision. Ce n'est pas ma volonté ; il faut faire confiance à la personne, et qu'elle puisse prendre sa décision en toute liberté. Il en va de même de l'amendement AS261.

**M. Hadrien Clouet (LFI-NFP).** Ces amendements ainsi que l'amendement AS264, sont très étonnants. L'exposé de Mme Gruet est lui-même très paradoxal, puisqu'il nous alerte sur le fait que des personnes ne correspondant pas aux cinq critères pourraient demander si elles y correspondent ! Le principe, c'est qu'une personne qui souhaite accéder à l'aide à mourir en fait la demande à un médecin, qui lui explique les conditions d'accès et établit son éligibilité. Demander qu'une personne n'aille voir le médecin que dans le cas où elle remplit les conditions qu'il est censé lui expliquer ne marche pas ; dans ce cas, il n'y aurait plus de médecins. Nous avons bien compris que votre but était de démanteler tout ce que nous avons construit ; mais là, c'est quand même la tentative la plus exagérée. On dirait presque de l'écriture automatique ! Certaines discussions sont intéressantes, mais pas celle-là.

**Mme Justine Gruet (DR).** Le médecin pourrait peut-être expliquer à la personne les conditions d'accès à l'aide à mourir sans entrer dans les détails de sa mise en œuvre. Je retravaillerai cet amendement pour la séance.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendement AS183 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé*

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR).** L'amendement vise à s'assurer que la demande d'aide à mourir ne vienne jamais compenser une carence du système de soins et intervienne bien en dernier recours.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** Le débat a déjà eu lieu tout à l'heure : le texte dispose déjà à l'alinéa 10 que le médecin s'assure de l'effectivité de l'accès à l'accompagnement et aux soins palliatifs.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements AS36 et AS37 de Mme Sandrine Dogor-Such*

**Mme Sandrine Dogor-Such (RN).** L'amendement AS36 vise à protéger de toute pression extérieure les personnes placées sous sauvegarde de justice, curatelle, tutelle ou habilitation familiale en saisissant le juge des contentieux de la protection.

L'amendement AS37 tend à informer par écrit la personne de confiance de la formulation d'une demande d'aide à mourir dans un délai de dix jours. Cela ne remet aucunement en cause la liberté de décision du patient ni ne confère aucun pouvoir d'autorisation, d'opposition ou de contrôle à la personne de confiance.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** Il est central que le patient soit libre et éclairé et qu'en aucun cas il ne subisse d'injonction. Informer par écrit la personne de confiance pourrait induire une pression en retour, à un moment ou à un autre de la procédure. Nous devons protéger la personne ; la décision n'appartient qu'à elle, et on lui laisse ensuite la liberté d'informer ses proches, sans qu'elle soit obligée de le faire.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendement AS162 de Mme Élise Leboucher*

**Mme Élise Leboucher (LFI-NFP).** Nous sommes plusieurs ici à être sensibles à la question des directives anticipées. Je n'ai pas voté les précédents amendements relatifs à ce sujet parce que le délai entre la rédaction des directives et la procédure d'aide à mourir me semblait trop long.

Mon amendement vise, lui, à modifier les directives anticipées du patient au moment où il formule sa demande d'aide à mourir – c'est-à-dire au début de la procédure – afin que, dans le cas où il remplirait les critères d'accès mais tomberait ensuite dans un état d'inconscience, ces directives soient prises en compte et la procédure enclenchée. Il s'agit d'un compromis satisfaisant puisque les directives anticipées sont rédigées au moment où l'aide à mourir est demandée. On ne peut donc pas nous rétorquer que la personne pourrait changer d'avis, comme dans le cas de directives anticipées qui remonteraient à trois ou à cinq ans.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** Chère collègue et corapporteuse, je sais combien ce sujet est central pour vous. Cependant, il faut qu'à tout moment de la procédure la personne soit libre et éclairée. Or le discernement est altéré lorsque les soins palliatifs sont engagés et que la sédation profonde et continue jusqu'au décès débute. L'amendement AS162 remettrait en cause l'équilibre du texte ; je n'y suis pas favorable.

**Mme Danielle Simonnet (EcoS).** Je soutiens cet amendement : il me semble essentiel eu égard aux principes qui sous-tendent cette proposition de loi. Nous défendons le droit à l'aide à mourir – cette ultime liberté – dans des conditions bien précises – quand il n'y a plus d'espoir de guérison, que les soins palliatifs n'ont pas fonctionné, que les douleurs sont réfractaires à tout traitement. À ce moment-là, la personne peut formuler une demande d'aide à mourir auprès du médecin et être éligible. Toutefois, son affection peut évoluer rapidement, et la personne peut par exemple ne pas vouloir que son agonie dure longtemps si elle perd conscience – alors que la sédation profonde et continue jusqu'au décès peut durer plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Il s'agit donc de respecter cette ultime demande et cette ultime liberté, dont attestent les directives anticipées élaborées au moment de la demande.

**M. Patrick Hetzel (DR).** La spécificité de ce texte tient à la place du consentement libre et éclairé, qui doit être garanti jusqu'à la fin de la procédure. Toute prise en compte de directives anticipées, même modifiées, détruirait ce principe.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS707 de Mme Audrey Abadie-Amiel.*

*Amendements AS137 de M. Patrick Hetzel, AS186 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé et AS512 M. Yannick Monnet (discussion commune)*

**M. Patrick Hetzel (DR).** Mon amendement prévoit que l'entrée en vigueur de l'obligation de consultation du registre des mesures de protection soit effective dès 2026, et non pas en 2028. Sans cela, la protection des plus vulnérables ne serait pas assurée pendant au moins deux ans après l'entrée en vigueur du texte.

**Mme Justine Gruet (DR).** L'amendement AS186 est défendu.

**M. Yannick Monnet (GDR).** Il ne peut y avoir de doute à cause d'un tel décalage : il faut que le registre des mesures de protection soit consultable dès l'entrée en vigueur de la loi.

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** Nous avons déjà eu ce long débat tout à l'heure. Mon avis est défavorable, même si je vous accorde qu'il faut disposer de ce registre le plus rapidement possible. Le Gouvernement sera présent en séance ; nous pourrions l'interroger à ce sujet.

**M. Thibault Bazin (DR).** Monsieur le rapporteur, si vous êtes d'accord pour faire coïncider l'entrée en vigueur de la loi et la mise en œuvre du registre, peut-être pourrions-nous déposer un amendement commun en vue de l'examen en séance ? À chaque lecture du texte, la question de la mise à disposition de ce registre a posé un problème. Il faut avancer sur ce point, car si le Gouvernement annonce que le registre ne sera pas consultable avant 2028, nous aurons besoin d'une solution. Cela concerne tout de même des personnes faisant l'objet d'une mesure de protection.

**M. Jean-François Rousset (EPR).** De toute évidence, la solution est pour vous que les médecins continuent à réaliser ces actes en toute illégalité et que les malades continuent à souffrir !

**M. Philippe Vigier, rapporteur général.** Monsieur le rapporteur général, je suis prêt à ce que nous conjuguions nos efforts pour accélérer les choses – j'imagine que nous y arriverons. Cependant, nous ne pouvons accepter que la loi n'entre pas en vigueur parce que, pour des raisons administratives et techniques, on ne peut avancer la mise à disposition du registre.

Monsieur Monnet, j'ai rappelé que trois démarches permettaient aux médecins de contrôler la déclaration du malade et d'éviter le doute que vous évoquez – je vous les redonnerai pour la séance.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendement AS187 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé*

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

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

*Amendement AS216 de M. Thierry Frappé*

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

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Vous souhaitez ajouter la signature, par la personne, d'un document attestant qu'elle a reçu toutes les informations et les propositions prévues par l'article 5. Un tel formalisme ne me semble pas utile s'agissant de ces informations. Je rappelle que la demande de la personne est déjà écrite par défaut. Par ailleurs, tous les actes relatifs à la procédure seront consignés par les professionnels de santé concernés dans le système d'information créé à l'article 11.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis, suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette l'amendement AS267 de Mme Justine Gruet.*

*Amendement AS268 de Mme Justine Gruet*

**Mme Justine Gruet (DR).** L'amendement tend à confier l'information relative à l'aide à mourir aux seuls professionnels de santé participant à la prise en charge du patient, de sorte qu'aucun tiers extérieur ne puisse participer à l'entretien ou à l'accompagnement dans un but incitatif. Afin de prévenir tout risque d'influence, il importe en effet que cette information soit du ressort exclusif de professionnels de santé soumis à des obligations déontologiques de neutralité et d'indépendance.

**Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure.** Cette mesure restreindrait le nombre de médecins autorisés à recevoir la demande d'aide à mourir, ce à quoi je suis opposée. De plus, il s'agit encore une fois d'un amendement tendant à introduire la présence de tiers : mon avis sur ce point est désormais bien connu – il est défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 5 modifié.*

*La réunion s'achève à minuit.*

### Présences en réunion

*Présents.* – Mme Audrey Abadie-Amiel, Mme Ségolène Amiot, Mme Anchya Bamana, M. Thibault Bazin, M. Christophe Bentz, M. Théo Bernhardt, Mme Sylvie Bonnet, Mme Danièle Carteron, M. Hadrien Clouet, Mme Nathalie Colin-Oesterlé, Mme Josiane Corneloup, M. Stéphane Delautrette, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Fanny Dombre Coste, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Stella Dupont, M. Gaëtan Dussausaye, M. Jérôme End, Mme Karen Erodi, Mme Agnès Firmin Le Bodo, M. Guillaume Florquin, M. Thierry Frappé, M. François Gernigon, Mme Sabine Gervais, Mme Océane Godard, Mme Justine Gruet, Mme Zahia Hamdane, Mme Florence Herouin-Léautey, Mme Chantal Jourdan, Mme Julie Laernoës, M. Maxime Laisney, M. Alim Latrèche, M. Michel Lauzzana, Mme Élise Leboucher, M. René Lioret, Mme Brigitte Liso, Mme Christine Loir, M. Christophe Mongardien, M. Yannick Monnet, M. Serge Muller, Mme Sandrine Nosbé, M. René Pilato, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Sandrine Rousseau, M. Fabrice Roussel, M. Jean-François Rousset, M. Arnaud Simion, Mme Danielle Simonnet, M. Nicolas Turquois, M. Frédéric Valletoux, Mme Annie Vidal, M. Philippe Vigier, M. Stéphane Viry

*Excusés.* – Mme Béatrice Bellay, M. Marc Chavent, Mme Karine Lebon, Mme Angélique Ranc

*Assistaient également à la réunion.* – Mme Anaïs Belouassa-Cherifi, Mme Céline Calvez, M. Patrick Hetzel, Mme Graziella Melchior, Mme Véronique Riotton