

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Examen, au titre de l'article 88 du Règlement, des amendements à : 2
- la proposition de loi pour l'égalité d'accès aux soins des Ultramarins sur l'ensemble du territoire national (n° 2879) (Mme Mereana Reid Arbelot, rapporteure)..... 2
 - la proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur les conséquences des politiques publiques d'émigration institutionnalisée entre La Réunion et l'hexagone (n° 2867) (Mme Karine Lebon, rapporteure). 2
 - la proposition de loi visant à renforcer la protection des mineurs en formation professionnelle (n° 2878) (Mme Elsa Faucillon, rapporteure)..... 2
 - la proposition de loi visant à l'adaptation du régime des intermittents du spectacle dans les départements et régions d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer (n° 2866) (M. Frédéric Maillot, rapporteur) 2
- 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) 3
- Présences en réunion 46

Mercredi

10 juin 2026

Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 87

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

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



La réunion commence à neuf heures trente.

(Présidence de M. Frédéric Valletoux, président)

La commission examine d'abord, en application de l'article 88 du Règlement, les amendements à la proposition de loi pour l'égalité d'accès aux soins des Ultramarins sur l'ensemble du territoire national (n° 2879) (Mme Mereana Reid Arbelot, rapporteure).

La commission a accepté les amendements figurant dans le tableau ci-après () :*

N°	Auteur	Groupe	Place
6	Mme REID ARBELOT Mereana	GDR	1 ^{er}
4	Mme SANQUER Nicole	LIOT	Ap. 1 ^{er} bis

() Les autres amendements étant considérés comme repoussés.*

La commission examine ensuite, en application de l'article 88 du Règlement, les amendements à la proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur les conséquences des politiques publiques d'émigration institutionnalisée entre La Réunion et l'hexagone (n° 2867) (Mme Karine Lebon, rapporteure).

La commission a repoussé tous les amendements.

Puis la commission examine, en application de l'article 88 du Règlement, les amendements à la proposition de loi visant à renforcer la protection des mineurs en formation professionnelle (n° 2878) (Mme Elsa Faucillon, rapporteure).

La commission a repoussé tous les amendements.

La commission examine ensuite, en application de l'article 88 du Règlement, les amendements à la proposition de loi visant à l'adaptation du régime des intermittents du spectacle dans les départements et régions d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer (n° 2866) (M. Frédéric Maillot, rapporteur)

La commission a accepté l'amendement figurant dans le tableau ci-après () :*

N°	Auteur	Groupe	Place
11	Mme BAMANA Anchya	RN	Ap. 1 ^{er}

() Les autres amendements étant considérés comme repoussés.*

Enfin, 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).

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

Amendements de suppression AS624 de M. Christophe Bentz et AS676 de Mme Annie Vidal

Mme Christine Loir (RN). La réponse à la souffrance ne peut être d'administrer ou de provoquer la mort. Elle doit être de soulager la douleur et d'accompagner par une présence humaine. Alors que des millions de Français n'ont toujours pas accès aux soins palliatifs dans des conditions satisfaisantes, notre priorité devrait être de développer ces soins sur l'ensemble du territoire plutôt que d'organiser l'aide à mourir. Notre responsabilité est aussi de protéger les personnes les plus vulnérables, celles qui peuvent se sentir isolées, dépendantes ou être une charge pour leurs proches.

Une société fraternelle ne répond pas à la souffrance par la mort mais par la solidarité et l'accompagnement.

Mme Annie Vidal (EPR). La procédure d'instruction de la demande prévue par cet article n'est collégiale qu'en apparence. Elle ne conduit pas à une décision partagée mais à un simple avis consultatif, la responsabilité ultime revenant au médecin qui a instruit la demande.

Par ailleurs, le second médecin n'est pas obligé de voir le patient et l'aide-soignante n'est pas tenue d'appartenir à l'équipe qui le prend en charge.

Cette architecture confie à un praticien isolé une décision d'une gravité exceptionnelle, sans que les garanties procédurales soient à la hauteur de l'acte autorisé.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Cet article me paraît équilibré. Il prévoit une procédure rigoureuse de vérification et d'évaluation des conditions d'accès, en se reposant sur un médecin qui la conduit et prend la décision, à l'issue d'une procédure collégiale et pluriprofessionnelle.

Le texte instaure aussi des délais qui permettent la nécessaire réflexion du médecin et du demandeur, tout en étant adaptés aux situations urgentes.

Enfin, il prévoit une prescription adaptée aux règles de sécurité et aux recommandations médicales.

Le présent article a été largement modifié en première lecture, avec l'adoption de quarante et un amendements destinés à sécuriser l'ensemble de la procédure. C'est notamment le cas de l'amendement de M. Panifous et du président Valletoux qui a modifié l'ensemble de la procédure collégiale, sur le modèle de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. Je pense aussi à l'amendement de Mme Leboucher, qui précise les caractéristiques du discernement, ainsi qu'à l'amendement du Gouvernement et aux douze identiques venant de tous les bancs pour rendre incompressible le délai de réflexion de la personne.

J'ajoute que dix-sept amendements ont été adoptés en deuxième lecture pour clarifier l'article autant que nécessaire, mais également pour sécuriser encore davantage la procédure – par exemple lorsqu'il s'agit d'un majeur protégé.

Avis défavorable.

M. Patrick Hetzel (DR). Il y a un petit écart entre les propos de la rapporteure et ce qui figure dans le texte. On utilise fréquemment le terme de collégialité mais, pour qu'elle soit véritable, elle doit s'étendre à la décision. Je considère donc que la collégialité prévue dans cet article n'est pas réelle. Comme vous le savez, certaines instances – notamment en matière juridique – prévoient que les décisions sont prises de manière collégiale. Tel n'est pas le cas en l'occurrence.

M. Yannick Monnet (GDR). La stratégie poursuivie avec ces amendements de suppression n'est pas cohérente. La collégialité telle qu'elle est prévue par l'article ne vous convient pas, mais en le supprimant vous éliminez toute forme de collégialité. Il en est de même pour la vérification du consentement libre et éclairé.

M. Philippe Vigier, rapporteur général de la proposition de loi. On ne peut pas dire que l'on a été fermé aux amendements des uns et des autres lors de l'examen de ce texte. La rapporteure a ainsi relevé à juste titre les amendements de Mme Leboucher et du président Valletoux. Je n'y reviens pas.

Je suis formellement en désaccord avec votre analyse sur la collégialité. Elle est réelle et le médecin, nourri par la réflexion collégiale, est chargé de prendre la décision. Cela se passe toujours ainsi et c'est cohérent.

M. le président Frédéric Valletoux. Les précisions apportées au rôle du collègue pluriprofessionnel, notamment grâce à l'amendement que j'avais présenté, ont été travaillées avec le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Vous avez évoqué d'autres formes de collégialité dans des instances juridiques. Elles ne peuvent pas s'appliquer et ne devront jamais l'être dans le champ médical où, après avoir recueilli les avis, un médecin a la responsabilité de prendre la décision. Selon l'Ordre des médecins, cela ne peut fonctionner que comme ça. N'étant pas moi-même médecin, je l'écoute.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS368 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Mon amendement tend à supprimer la codification opérée par le texte. On a beau nous opposer que le code de la santé publique ne traite pas seulement des soins, puisqu'il comprend par exemple des dispositions sur la vente des boissons alcoolisées, l'acte prévu par ce texte n'est pas un soin et n'a aucun rapport avec la santé publique en général.

Outre que nous sommes opposés à ce droit nouveau et à l'étendue de son champ – encore une fois, il ne concerne pas nécessairement des patients en fin de vie –, il serait plus sécurisant pour les soignants de leur signifier qu'on ne fait pas d'amalgame entre ce nouvel outil et ce qui est au cœur même de leur engagement.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Nous avons déjà débattu de ce sujet. Nous parlons d'un processus médical qui ne peut pas ne pas être codifié.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS708 de Mme Audrey Abadie-Amiel

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Cet amendement vise à sécuriser la rédaction de l'article en matière de secret médical.

En effet, le texte comprend à ce stade seulement deux références aux informations médicales. L'une concerne le médecin instructeur, à l'alinéa 2, et l'autre le médecin spécialiste, à l'alinéa 6. Or tous les professionnels qui interviennent au cours de la procédure devront disposer d'informations médicales et les partager au cours de la réunion du collège.

C'est la raison pour laquelle il est essentiel de modifier l'article, afin de garantir que les professionnels disposent des informations dont ils ont besoin, d'une part, et d'éviter tout contentieux à ce sujet, d'autre part.

Pour ce faire, je propose de créer, après l'alinéa 14, un alinéa dédié au secret professionnel et aux informations médicales sur la personne, ce qui conduit à supprimer les dispositions relatives à l'accès aux informations médicales figurant aux alinéas 2 et 6.

M. Thibault Bazin (DR). Pourriez-vous préciser quels sont les amendements susceptibles de tomber ?

M. le président Frédéric Valletoux. Les amendements AS87 et AS519.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, les amendements AS87 de M. Patrick Hetzel et AS519 de M. Yannick Monnet tombent.

Amendement AS269 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement précédent était intéressant. On nous a répété lors des deux précédentes lectures que tout était parfaitement sécurisé sur l'ensemble de la procédure – alors que, encore une fois, il faudrait vérifier le respect de l'ensemble des critères légaux au moment de la demande mais aussi de l'injection. Or vous semblez découvrir qu'il est nécessaire que le médecin qui instruit la demande examine le patient. C'est bien heureux.

Mon amendement concerne la demande de vérification du deuxième critère adressée au préfet, c'est-à-dire de la nationalité française ou de la résidence stable et régulière en France. Le fait de détenir une carte Vitale peut constituer un élément, mais il me semble essentiel que le médecin s'adresse au préfet, compétent pour le renseigner sur l'état civil de la personne.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous souhaitez rétablir une phrase que nous avons adoptée en séance en première lecture, puis supprimée en commission en deuxième lecture.

Cet ajout n'est pas nécessaire. Selon les informations fournies par les services du Gouvernement, la condition de résidence stable pourra être appréciée grâce à la carte Vitale. L'assurance maladie procède d'ores et déjà à la vérification de la résidence de la personne lors de l'ouverture des droits. Il est peu utile de solliciter les préfetures, qui ont déjà beaucoup d'autres missions à remplir.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). On en revient à l'argument du risque d'embolisation des préfetures, ce qui équivaut à admettre que l'augmentation du nombre de demandes liées au nouveau droit sera exponentielle. Si elles restaient exceptionnelles et qu'on en comptait seulement quelques-unes par an, il n'y aurait pas de risque pour les préfetures.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS352 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Je propose de renforcer l'évaluation du consentement libre et éclairé par un expert capable d'identifier les pressions qui pourraient être exercées sur un patient – ce qui n'a pas été accepté lors de l'examen de l'article 4. Comme vous le savez, on constate chaque année des abus de faiblesse. Même si cela ne protégeait finalement qu'une seule personne, il est de notre rôle de législateur de prévoir des vérifications destinées à les éviter.

Pour cela, mon amendement ajoute la phrase suivante : « Sans préjudice de la vérification opérée par le médecin, la personne exprime son consentement libre et éclairé devant le président du tribunal judiciaire ou le magistrat désigné par lui. »

Cette procédure existe en matière de don d'organes intrafamilial et elle n'alourdit aucunement la procédure. Je suis intimement convaincue que le médecin n'est pas en mesure d'identifier les sources potentielles de pressions, d'autant qu'il ne connaît pas forcément l'entourage du patient.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Premièrement, c'est le médecin qui vérifiera que la personne remplit les conditions fixées à l'article 4. De ce fait, il ne semble pas utile de judiciariser la procédure.

Deuxièmement, la personne confirmera au moins trois fois sa volonté au cours de la procédure, de sorte qu'il n'est pas utile de prévoir une quatrième confirmation réalisée devant un magistrat.

Avis défavorable.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Cet amendement revient régulièrement. Je rappelle tout de même que les patients concernés sont en fin de vie, qu'ils sont hospitalisés ou suivis à domicile et qu'ils n'ont guère de liberté de mouvement. Je ne pense pas non plus qu'un magistrat soit disponible pour se rendre chez eux. Ce type d'amendement a pour objet de ralentir la procédure, voire de l'empêcher.

Mme Justine Gruet (DR). Non, il s'agit de la sécuriser. Le juge peut se déplacer à domicile, comme cela arrive dans le cadre de la procédure des dons d'organe intrafamiliaux.

De plus, la proposition ne concerne pas seulement les personnes en fin de vie pour lesquelles il s'agirait d'un ultime recours. En raison des critères retenus à l'article 4 – et en particulier du troisième –, vous savez qu'un million de personnes seront éligibles. (*Protestations.*) La plupart seront tout à fait capables, lorsqu'elles font leur demande, de passer au tribunal pour que l'on vérifie qu'elles ne subissent pas des pressions. Encore une fois, l'objectif consiste à protéger les personnes les plus vulnérables, car les abus de faiblesse existent. Il ne s'agit pas d'alourdir la procédure mais bien de la sécuriser.

C'est un point de désaccord, mais j'assume pleinement de protéger les personnes les plus vulnérables.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS38 de Mme Sandrine Dogor-Such, amendements identiques AS83 de M. Thibault Bazin, AS84 de M. Patrick Hetzel et AS517 de Mme Karine Lebon (discussion commune)

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Mon amendement vise à renforcer la protection des personnes vulnérables en excluant du bénéfice de l'aide à mourir toutes celles dont le discernement est altéré. En effet, la rédaction actuelle prévoit que cette aide ne peut être accordée aux personnes dont le discernement est « gravement » altéré par une maladie, ce qui soulève plusieurs difficultés.

D'une part, la formule retenue introduit une appréciation subjective du degré d'altération du discernement. Or la frontière entre une altération simple et une altération grave peut varier selon les praticiens, créant une insécurité juridique et des différences de traitement entre les patients.

D'autre part, le texte limite cette altération aux seuls effets d'une maladie. Pourtant, le discernement peut être affecté par de multiples facteurs, tels que la souffrance psychique, la détresse existentielle, les traitements médicaux lourds, les troubles cognitifs, la fatigue extrême ou une situation d'une vulnérabilité particulière.

La demande d'aide à mourir constitue évidemment un acte d'une particulière gravité. Elle ne doit être regardée comme libre et éclairée que si elle émane d'une personne disposant pleinement de ses facultés de discernement.

M. Thibault Bazin (DR). Soit le discernement est altéré, soit il ne l'est pas. Que signifie le discernement « gravement » altéré prévu par l'alinéa 3, surtout lorsqu'on évoque par ailleurs la nécessité d'une volonté libre et éclairée ?

Nous avons besoin de critères clairs, afin de limiter la subjectivité. En cas de doute, on doit vérifier que la volonté de la personne est bien libre et éclairée, car elle peut être vulnérable. C'est la raison pour laquelle mon amendement propose de supprimer le mot « gravement », qui a été ajouté de manière inopportune.

M. Patrick Hetzel (DR). Nous rédigeons un texte de loi et, juridiquement, soit le discernement est aboli, soit il est altéré. C'est l'un ou l'autre. Un discernement « gravement » altéré n'a aucun sens juridique.

Comme l'a indiqué Thibault Bazin, cela renvoie à une appréciation extrêmement subjective. Or le rapporteur général Philippe Vigier a insisté sur le fait qu'il ne fallait en aucun cas que les conditions soient subjectives. L'adverbe « gravement » n'est donc pas approprié et il convient de le supprimer, car on ne peut pas fixer un barème d'altération du discernement.

M. Yannick Monnet (GDR). Toute altération du discernement fait obstacle à l'expression d'une volonté libre et éclairée.

Le mot « gravement » ne se justifie pas, ou alors il faut qu'on m'explique comment on le définit juridiquement. C'est un problème et je considère qu'il faut s'en tenir à la notion d'altération, sans chercher à évaluer son intensité.

J'en profite pour revenir sur l'amendement AS352, très différent de notre amendement AS517. Pris isolément, l'amendement de Mme Gruet signifierait que seules les personnes qui ne sont pas malades peuvent accéder à l'aide à mourir.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je rappelle que, dans le projet de loi de 2024, cet alinéa ne concernait que les maladies psychiatriques. Il a été étendu à toutes les maladies par la proposition de loi de 2025 et concerne désormais toute altération grave du discernement.

Je comprends le débat sémantique, mais il faut veiller à ce qu'une modification du texte n'entraîne pas une très forte réduction du nombre des personnes pouvant bénéficier de l'aide à mourir. Vous conviendrez que le dispositif a été fermement encadré au fil des discussions par rapport au texte initial. Il faut examiner comment la gradation de l'altération du discernement sera employée en pratique.

Avis défavorable, mais je m'engage à examiner avec les corapporteurs s'il est possible de trouver une meilleure formule, plus consensuelle, d'ici à la séance.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Mon groupe votera contre ces amendements pour deux raisons.

Tout d'abord, il nous semble utile de qualifier l'altération parce que, contrairement à ce qui a pu être dit, cela limite en partie l'arbitraire. La question n'est pas de savoir si le discernement de la personne est altéré, même si c'est de manière mineure ou conjoncturelle. Elle est de savoir si cette altération l'empêche de décider librement.

Ensuite, je ne suis pas d'accord avec nos collègues lorsqu'ils estiment que la notion d'altération grave du consentement serait une invention juridique. En effet, elle a déjà été utilisée dans la jurisprudence, notamment par la Cour de cassation. On peut légitimement discuter de la pertinence de cette notion, mais on ne peut pas dire qu'elle sort de nulle part. L'utilisation de cet argument m'incite à penser qu'on n'a pas fouillé très loin.

Mme Joëlle Mélin (RN). Imaginons qu'un médecin expert judiciaire soit chargé de trancher pour répondre au tribunal à la suite de la demande d'une famille qui estime que le discernement de la personne n'était pas gravement altéré ou qu'il l'était trop – peu importe le cas de figure. Comment cet expert va-t-il faire ? Que je sache, il n'existe pas d'échelle comparable au niveau de conscience pour les comas ou certaines pathologies cognitives. On n'aura pas de réponse sur le plan purement médico-légal.

Même si la notion d'altération grave a déjà été utilisée juridiquement, il vaudrait mieux ne pas l'employer dans ce texte car elle n'est pas légitime. Cela n'a pas de sens et cela nous mènera un peu plus dans le mur.

M. Nicolas Turquois (Dem). La proposition concerne des personnes qui sont en fin de vie et gravement malades. Par nature, leur état physiologique joue sur leur sensibilité et conduit à une altération du discernement par rapport à tout un chacun. Si l'on supprime le mot « gravement », on leur ôte la possibilité d'accéder à l'aide à mourir.

Je suis donc favorable au maintien du texte en l'état, car il a atteint un bon équilibre. De plus, monsieur Monnet, la notion d'altération grave a déjà été retenue par la Cour de cassation, comme l'a relevé M. Clouet.

M. Yannick Monnet (GDR). Je ne suis pas d'accord. Prenons les choses dans l'autre sens : tel qu'il est rédigé, le texte permet à une personne dont le discernement est altéré d'accéder à l'aide à mourir. Pour moi, c'est un problème.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS132 de M. Guillaume Florquin

M. Guillaume Florquin (RN). L'accès aux soins palliatifs constitue un droit fondamental pour toute personne atteinte d'une affection grave, évolutive ou terminale. Il ne peut être considéré comme une option secondaire car il est une condition essentielle de l'accompagnement des personnes qui souffrent.

L'amendement vise à garantir qu'une demande d'aide à mourir ne puisse être examinée lorsqu'un accès effectif aux soins palliatifs n'a pas été proposé à la personne. En effet, son discernement, sa liberté de choix et le caractère éclairé de sa décision ne peuvent être pleinement appréciés si elle n'a pu bénéficier d'une prise en charge adaptée de sa douleur, de sa souffrance psychique et de ses besoins d'accompagnement.

Il ne s'agit pas d'opposer les soins palliatifs au droit à l'aide à mourir mais de s'assurer que l'on n'aura pas recours à ce dernier parce que l'absence ou l'insuffisance de prise en charge palliative a contribué à rendre la souffrance insupportable.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous souhaitez d'une certaine manière faire des soins palliatifs un préalable à l'aide à mourir. Comme je l'ai dit hier, la personne peut refuser ces soins, d'autant qu'ils ne sont pas adaptés à toutes les situations. Je rappelle que chacun a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. C'est l'un des acquis majeurs de la loi Kouchner de 2002.

Par ailleurs l'article 5 prévoit que le médecin s'assure, si la personne le souhaite, qu'elle puisse avoir accès aux soins palliatifs.

L'amendement est satisfait. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS270, AS271 et AS272 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Sylvie Bonnet (DR). Ces amendements visent à lever toute ambiguïté sur l'objet de la demande du patient. Celle-ci n'est pas une demande d'aide ou de soutien, mais une demande de suicide assisté ou d'euthanasie. La précision des mots est une garantie minimale de transparence et de protection.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Mes collègues et moi avons déjà eu l'occasion d'exprimer notre désaccord sur le fond et sur la forme quant à cette proposition de renommer l'aide à mourir.

Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS159 de Mme Karen Erodi

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). L'article 6 pose une règle qui paraît protectrice : la personne dont le discernement est gravement altéré ne peut être reconnue comme exprimant une volonté libre. Toutefois, sans exception, cette règle devient un couperet : à la seconde où la maladie atteint votre discernement, quoi que vous ayez décidé, tout est effacé. Ce n'est pas de la prudence, mais de l'oubli organisé, une rupture d'égalité devant l'accès à l'aide à mourir : il y a d'un côté, ceux qui gardent leur conscience jusqu'au bout et, de l'autre, les victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) et de maladies neurodégénératives, piégées dans un esprit qu'elles voulaient quitter. C'est une loi à deux vitesses.

L'amendement prévoit une seule exception à l'altération du discernement qui peut balayer la volonté d'une personne : que cette dernière consigne cette volonté dans des directives anticipées ou transmises à une personne de confiance alors qu'elle est encore en pleine possession de ses facultés. C'est la philosophie de toute notre législation depuis vingt ans : faire confiance à la personne et reconnaître le droit de décider pour soi à l'avance. La loi Claeys-Leonetti avait fait la promesse que nos choix nous survivent. Tenons-la jusqu'au bout.

Monsieur le rapporteur, vous me répondrez que c'est pour l'équilibre du texte. Je pose donc la question franchement : collègues, assumez-vous de sacrifier une partie des personnes victimes d'AVC ou atteintes de maladies dégénératives pour plaire aux conservateurs, aux réactionnaires et à nos chers sénateurs ?

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Cette demande ne peut pas passer par le biais d'une personne de confiance ou par des directives anticipées, car le texte impose qu'elle soit faite face à un médecin et jusqu'à la dernière minute, à la différence de ce qui est prévu pour les soins palliatifs et la sédation profonde et continue.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS74 de M. Thibault Bazin et AS85 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

M. Thibault Bazin (DR). L'exigence d'un consentement libre et éclairé laisse penser que les personnes porteuses de déficiences intellectuelles ne pourront pas être considérées comme éligibles à l'administration d'une substance létale, mais cela n'a pas été précisé dans le texte, dont c'est une sorte d'angle mort.

Outre la seule déficience intellectuelle, il existe un ensemble de situations qui affectent la capacité de jugement et qui devaient être appréhendées avec une attention spécifique. L'amendement vise donc à ce que le médecin, dès qu'il a un doute ou suspecte un trouble, soit tenu de solliciter une expertise afin de vérifier qu'il n'y a pas d'altération. L'amendement est donc très opérant et utile.

M. Patrick Hetzel (DR). La déficience intellectuelle a sur le discernement une résonance qu'on ne peut pas négliger. Ne pas protéger de manière spécifique les personnes porteuses de déficiences intellectuelles créera pour elles un danger particulier, alors que le rôle de la société dans son ensemble est de les protéger – c'est d'ailleurs la raison pour laquelle des mesures de protection spécifiques ont parfois été instaurées. Il serait donc paradoxal de ne pas mettre en œuvre de telles mesures pour un acte aussi important que celui de donner la mort.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Je le répète, pour les déficients intellectuels, les critères d'accès sont clairs : si la personne dispose d'une volonté libre et éclairée, elle pourra avoir accès au dispositif ; sinon, elle ne le pourra pas. S'il s'agit d'une personne majeure protégée, des dispositifs spécifiques lui seront applicables, notamment en matière d'information et de recours. Je m'oppose néanmoins à l'exclusion par principe de ces personnes. Pour évaluer la volonté libre et éclairée, le médecin prendra évidemment en compte l'ensemble des éléments et il n'est pas utile de préciser tous les cas dans la loi. Quant à la saisine d'un psychiatre en cas de doute, elle est déjà possible conformément à l'alinéa 9. Je ne souhaite cependant pas qu'elle soit obligatoire : c'est le médecin qui apprécie la composition du collège au-delà de ses membres obligatoires.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (DR). Selon la volonté du législateur que vous exprimez en tant que rapporteure du texte, l'administration d'une substance qui tue serait donc ouverte, d'une certaine manière, à des personnes porteuses de déficiences intellectuelles. La question est fondamentale du point de vue des critères du consentement libre et éclairé, et il faut être très précis. Pour vous, donc, ce consentement libre et éclairé est possible de la part d'une personne porteuse de déficiences intellectuelles, alors que, pour ma part, intuitivement, j'ai plutôt l'impression que ce n'est pas totalement le cas et qu'il y a là une altération partielle du discernement – nous savons en effet qu'il existe différents types de déficiences intellectuelles. Il faut veiller à la cohérence des critères.

Mme Chantal Jourdan (SOC). Nous sommes tout à fait opposés à cet amendement. Le déficit intellectuel s'inscrit dans un diagnostic global, mais la personne présente souvent des zones d'hétérogénéité dans l'appréciation de son environnement. Pour ce qui concerne le discernement, il existe de nombreuses protections et un déficit intellectuel n'empêche pas un discernement tout à fait éclairé face à une souffrance ressentie – la souffrance est commune à toute personne et nous ne devons surtout pas établir de hiérarchie dans ce domaine. En outre, il s'agit d'un droit, qui doit être donné à tout le monde. Enfin, puisque des accompagnements sont possibles, les personnes qui accompagnent les porteurs de déficits intellectuels ou de troubles psychiatriques sont tout à fait en mesure, d'un point de vue professionnel, d'apprécier les desiderata des personnes suivies.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS189 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

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

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

Amendement AS709 de Mme Audrey Abadie-Amiel

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Il s'agit d'un amendement d'harmonisation rédactionnelle.

M. Thibault Bazin (DR). Madame la rapporteure, vos nombreux amendements montrent que le texte n'était pas abouti et que cette nouvelle lecture est utile.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Je suis tout à fait d'accord !

M. le président Frédéric Valletoux. Si vous trouvez un député qui considère que les lectures sont inutiles...

M. Philippe Vigier, rapporteur général. ... il faut changer de métier !

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS190 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Sylvie Bonnet (DR). Cet amendement, qui reprend une exigence centrale de la législation belge sur l'aide à mourir, vise à ce que le médecin mène plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable, dans le but de mener une évaluation approfondie, progressive et rigoureuse des conditions légales : la réalité de la souffrance, le caractère incurable de la maladie avec un pronostic vital engagé et l'expression d'une volonté libre et éclairée. Ce temps d'échange et de maturation permet de s'assurer de la constance de la demande, de prévenir des décisions prises sous l'effet d'une détresse ponctuelle et de sécuriser l'ensemble du processus tant pour le patient que pour l'équipe médicale. Il constitue un garde-fou éprouvé dans les législations étrangères.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Vous avez une imagination très féconde pour ralentir le processus ou pour empêcher de proposer ce nouveau droit. Ainsi, en évoquant « plusieurs entretiens » sans en préciser le nombre, vous contribuez à écrire une loi bavarde et aléatoire, alors que tout a été bien cadré pour pouvoir apporter la réponse la plus courte possible, avec les délais de réflexion totalement encadrés et l'obligation de réitérer la demande jusqu'à la dernière minute avec un discernement total. On peut en effet avoir à la fois, monsieur Bazin, un léger déficit intellectuel et un discernement total, et je vous rappelle que nous avons prévu dans la procédure l'intervention de psychiatres et psychologues : la garantie que vous demandez est apportée.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS10 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). Je vous remercie pour l'avancée que vous avez permise en ce qui concerne la collégialité, que nous demandions en première lecture. Cependant, on est ici assez loin de la procédure collégiale qui s'applique au sein de l'équipe soignante pour la sédation profonde et continue, à laquelle vous faites référence. En effet, le médecin qui instruit la demande peut ne pas connaître le patient et faire appel à un auxiliaire médical qui

ne le connaîtra pas non plus, et le recours à un psychiatre ou à un psychologue n'est pas obligatoire, leur avis n'étant de toute façon pas contraignant. Je propose donc de préciser au moins que l'évaluation des critères est faite avec ceux qui connaissent la personne, c'est-à-dire au sein de l'équipe soignante.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Nous en avons déjà discuté en deuxième lecture. En l'état de la rédaction du texte, il n'est pas possible de conduire la procédure collégiale au sein de l'équipe soignante. En effet, l'alinéa 6 dispose que le médecin spécialiste ne doit pas intervenir dans le traitement de la personne et votre amendement causerait donc une incohérence rédactionnelle.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS710 de Mme Audrey Abadie-Amiel

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Cet amendement rédactionnel précise notamment que l'absence de lien hiérarchique entre les deux médecins concerne le médecin spécialiste et le médecin instructeur de la demande.

M. Christophe Bentz (RN). Madame la rapporteure, les amendements qui nous sont présentés comme rédactionnels ne le sont pas toujours et suppriment parfois des éléments essentiels, comme l'effectivité de l'accès aux soins palliatifs ou à un psychologue ou psychiatre. Nous voterons toutefois celui-ci, qui va plutôt dans le bon sens.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'amendement AS516 de Mme Karine Lebon tombe.

Amendement AS192 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Sylvie Bonnet (DR). La proposition de loi relative aux soins palliatifs et d'accompagnement prévoit la formalisation d'un plan personnalisé d'accompagnement destiné à organiser, anticiper et coordonner la prise en charge sanitaire sociale et médico-sociale en fonction des besoins, des valeurs et des préférences de la personne malade. Le présent amendement vise à assurer la cohérence entre les deux propositions de loi en prévoyant que le médecin chargé d'évaluer une demande d'aide à mourir prenne connaissance, lorsqu'il existe, de ce plan, document évolutif élaboré en lien étroit avec la personne malade et retraçant ses objectifs de soins, ses priorités et ses choix. À ce titre, ce document est de nature à éclairer utilement l'appréciation portée par le médecin sur la demande d'aide à mourir, notamment quant au contexte de son émergence, à sa temporalité et à sa cohérence avec le parcours de soins et l'accompagnement. Je précise que cet amendement a été travaillé avec France Assos Santé.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Cela ne me semble pas du tout être l'objet de l'évaluation conduite par le collège, dont la mission est claire. Il ne s'agit pas de créer de la confusion avec d'autres missions. Un échange sur les soins palliatifs est déjà prévu à l'article 5 et, ici, l'évaluation porte sur les cinq critères.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS12 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). L'alinéa 6 pose un problème de cohérence. Ni le médecin qui instruit la demande ni l'auxiliaire médical, qui peut donner son avis, ne connaît nécessairement le patient. C'est aussi le cas du médecin expert de la pathologie, alors que le bon sens voudrait qu'il puisse au moins l'examiner.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. En l'état de la rédaction, l'examen est la règle, mais le médecin peut ne pas examiner la personne s'il ne l'estime pas nécessaire. En effet, outre les problèmes d'accès effectif à l'aide à mourir que pose l'ajout d'un examen obligatoire supplémentaire par un médecin spécialiste, cet examen peut souvent être inutile car le médecin dispose déjà du dossier médical, qui peut être suffisant. La rédaction actuelle me semble équilibrée et conforme à l'esprit du texte que nous avons adopté en première lecture.

Avis défavorable.

M. Patrick Hetzel (DR). On considérera donc que, dans un certain nombre de cas, il ne serait pas nécessaire d'examiner le patient, alors que l'examen est susceptible d'apporter des éléments d'information. Comment peut-on, *ex ante*, sans avoir procédé à un examen du patient, dire qu'on n'a pas besoin de le voir, surtout pour un acte irréversible consistant à administrer la mort ? C'est la moindre des choses que de s'assurer que les médecins ne se fondent pas simplement sur un dossier, mais véritablement sur un examen du patient. L'absence d'examen du patient par le second médecin est un point troublant et l'amendement de M. Bazin est très pertinent.

M. René Pilato (LFI-NFP). Vous n'avez jamais demandé toutes ces vérifications pour la sédation profonde et continue jusqu'au décès, processus pourtant irréversible une fois engagé, et toutes les précautions que vous demandez ici relèvent de l'obstruction à ce texte. Soyez honnêtes jusqu'au bout et demandez-vous donc, pour chacun de vos amendements, si votre démarche est la même pour les deux textes.

M. le président Frédéric Valletoux. Je tiens à souligner que la collégialité est bien prévue par le texte et que la procédure est calquée sur celle de la sédation profonde et continue. Tous les efforts visant à démontrer que cette proposition de loi introduit des nuances, voire abaisse l'exigence de collégialité par rapport à la procédure Claeys-Leonetti, sont démentis par cette loi même, qui prévoit le recours à un médecin expert qui ne doit pas connaître le patient et qui est extérieur au traitement de celui-ci.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Monsieur le président, vous m'avez devancé avec votre argumentation imparable, solide et juridiquement étayée. Par ailleurs, chers collègues, le médecin qui vous reçoit aux urgences n'a pas besoin de vous avoir vu quinze fois pour savoir quelles sont vos pathologies et pour vous prendre en charge comme il faut.

Monsieur Hetzel, l'alinéa prévoit que le médecin peut examiner le malade, sauf s'il ne l'estime pas nécessaire. Faites confiance aux praticiens et laissez-leur leur libre arbitre, au lieu de leur envoyer un message de défiance.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS89 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Cet amendement vise à prévoir des garanties supplémentaires : en cas de doute sur le discernement de la personne, le médecin consultera, dans le cadre de la procédure collégiale, un psychiatre ou un neurologue. Il aura également accès au dossier médical de la personne et examinera celle-ci avant de rendre son avis. Ne poussez pas des cris d'orfraie, car cet amendement reprend au mot près un amendement porté par le Gouvernement en première lecture et qui a malheureusement été rejeté.

Quant au parallèle qu'a fait M. Pilato avec la sédation profonde et continue, les deux procédures ne sont pas comparables car, dans le cas de la sédation profonde et continue, le pronostic vital à court terme est engagé, ce qui n'est pas le cas pour l'aide à mourir. Pour être cohérent et pouvoir dialoguer, il faudrait donc écrire que le pronostic vital doit être engagé à court terme, mais vous savez pertinemment que ce n'est pas le cas.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Avis défavorable.

Nous n'allons pas refaire l'article 4, mais nous verrons en séance, en relisant le texte, que le pronostic vital est bien engagé – je ne vous laisserai pas dire le contraire. J'ai compris le fil d'Ariane que vous voulez absolument dérouler, et je respecte votre vision, mais les mots sont là et ont été pesés dans le texte que nous avons écrit tous ensemble. Il est vrai que le Gouvernement avait introduit cette disposition, mais – pour reprendre un mot que vous aimez bien – le Parlement a aussi son libre arbitre et n'a pas à suivre toujours le Gouvernement.

Mme Justine Gruet (DR). Sans vouloir faire trop d'allers-retours entre les articles, je souligne que l'article 4 était important pour définir les personnes qui pourraient accéder à la suite de la procédure. Par ailleurs, il ne suffit pas de répéter que le troisième critère prévu par cet article 4 est sécurisant, restrictif et limité à des personnes en fin de vie pour qu'il le soit effectivement. Ayez l'honnêteté de dire que c'est une ouverture à des patients qui ne sont pas nécessairement en fin de vie.

Monsieur Pilato, la sédation profonde et continue jusqu'au décès s'applique à un pronostic vital engagé à court terme, ce qui, du point de vue éthique, est fondamentalement différent, puisque le patient peut avoir, dans le cas de l'aide à mourir, encore plusieurs années ou plusieurs mois à vivre.

Et si vous dites que le texte est le même, pourquoi donc créer un nouveau texte, sinon pour créer un droit nouveau à l'autodétermination, à la liberté individuelle que vous prônez – le patient fait ce qu'il veut avec son corps, qui lui appartient. J'y suis opposée.

M. René Pilato (LFI-NFP). Je suis ravi que vous ayez dit que, d'après vous, le corps ne nous appartient pas. C'est fondamentalement ce qui nous divise. Vous faites de l'entrisme – pas nous.

Deuxièmement, je ne comparais pas la loi Claeys-Leonetti et le droit à l'aide à mourir, mais je soulignais votre attitude pointilleuse à l'égard de ce texte, qui relève presque du délit d'entrave, alors que vous n'en exigez pas autant pour la loi Claeys-Leonetti.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS546 de M. Yannick Monnet

M. Yannick Monnet (GDR). Il est normal que les esprits s'échauffent car nous sommes ici, notamment avec la question du discernement, au cœur de la philosophie du texte, voire de son acceptabilité. Le discernement est un enjeu déterminant pour permettre une expression libre et éclairée. Cet amendement vise donc à ce qu'il y ait dans le collège de professionnels un médecin spécialiste capable d'évaluer ce discernement, car le moindre doute à ce propos modifie totalement l'accès au droit à mourir.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Avis défavorable, car cet amendement remet en cause la capacité du médecin instructeur, qui le premier examine le patient et reçoit sa demande, à déterminer si son discernement est libre et éclairé. La procédure permet d'ailleurs de faire appel à un psychiatre ou un psychologue. Le médecin peut ainsi, au moindre doute, consulter d'autres personnes et la collégialité est assurée.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS711 de Mme Audrey Abadie-Amiel

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. En deuxième lecture, en séance, le proche aidant a été ajouté à la réunion du collège pluriprofessionnel par un amendement de M. Potier. Or cette présence du proche aidant dans une réunion de professionnels de santé ne semble pas envisageable, mais son avis doit pouvoir, à l'instar de celui de la personne de confiance, être recueilli par le médecin et transmis au collège. L'amendement vise à opérer cette modification dans le respect de l'intention de M. Potier et du vote de l'Assemblée en deuxième lecture.

M. Thibault Bazin (DR). Pour la sédation profonde et continue jusqu'au décès, la personne de confiance et les proches sont associés à la procédure.

Monsieur le président, je veux être précis, car je ne suis pas sûr qu'on vous ait fourni tous les éléments. Aux termes de l'article 3 de la loi du 2 février 2016, la sédation profonde et continue associée est mise en œuvre « selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement [...] les conditions » : c'est donc l'ensemble de l'équipe qui vérifie. Le décret du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévus par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie prévoit, quant à lui, que « le médecin en charge du patient peut engager la procédure collégiale [...]. Cette procédure collégiale prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins. »

M. le président Frédéric Valletoux. Le texte ajoute à ces derniers mots : « si elle existe » !

M. Thibault Bazin (DR). Pour la Haute Autorité de santé, « *la procédure collégiale implique l'ensemble des professionnels qui interviennent dans la prise en charge du patient* ». Or ce n'est pas le médecin en charge du patient qui a instruit la demande et la procédure ne se déroule pas avec l'ensemble des professionnels qui interviennent sur le patient. Je suis, comme vous, favorable à la collégialité, mais il n'est pas expressément prévu que l'équipe des professionnels suive le patient – ce peut être le cas, mais pas nécessairement. C'est une différence fondamentale.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'amendement AS556 de M. Yannick Monnet tombe.

Amendement AS145 de Mme Christine Loir

Mme Christine Loir (RN). Cet amendement vise à renforcer la collégialité de la décision car le médecin traitant n'est pas un médecin comme les autres. Il est en effet celui qui connaît le patient dans la durée, qui a suivi son parcours de soins, ses fragilités, ses renoncements parfois, mais aussi ses ressources. L'exclure du collège pluriprofessionnel prive la décision d'un regard essentiel à la fois médical, humain et contextuel. Sa présence permet d'éviter une appréciation déconnectée de l'histoire réelle de la personne.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Cet amendement n'est pas utile car le médecin traitant est, par définition, déjà inclus au titre des professionnels de santé mentionnés à l'alinéa 9.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS39 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Cet amendement vise à compléter la liste des professionnels susceptibles d'être consultés en prévoyant le recours à des psychiatres agréés auprès de la cour d'appel. La procédure d'aide à mourir repose en effet sur la condition essentielle que la personne soit capable d'exprimer une volonté libre éclairée. Or l'appréciation du discernement est parfois difficile et certaines situations peuvent soulever des interrogations quant à l'existence d'une altération du jugement, d'un trouble psychiatrique sous-jacent, d'un syndrome dépressif ou de pressions extérieures susceptibles d'influencer la décision. Dans ces situations sensibles, il apparaît légitime de pouvoir s'appuyer sur des psychiatres disposant d'une expérience reconnue dans l'évaluation de la capacité du discernement et des situations de vulnérabilité.

L'objectif de cet amendement n'est pas de judiciariser la procédure ni de remettre en cause l'appréciation médicale, mais de renforcer les garanties entourant une décision exceptionnelle en permettant le recours à des professionnels.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. En l'état actuel du texte, un psychologue ou un psychiatre peut déjà faire partie du collège pluriprofessionnel, ce qui inclut ceux qui sont agréés.

De plus, contrairement à vous, j'estime qu'un tel ajout représenterait une judiciarisation de la procédure, ce à quoi nous sommes opposés.

Enfin, je note qu'il faudra que le psychologue ou le psychiatre agréé intervienne déjà auprès du patient. Cette situation est peu probable.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS201 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Sylvie Bonnet (DR). Le présent amendement traduit en termes procédurax la logique de présomption d'incapacité instaurée aux articles 4 et 5 pour les personnes sous mesure de protection. Il vise ainsi à assurer que le médecin envisageant de lever cette présomption agisse dans le cadre d'une procédure suffisamment sécurisée pour prévenir tout risque d'erreur irréparable.

D'abord, l'amendement tend à préciser que la présomption d'incapacité s'applique spécifiquement au critère d'expression libre et éclairée de la volonté, ancrant ainsi juridiquement la présomption et évitant toute ambiguïté sur sa portée.

Ensuite, il vise à rendre obligatoire l'avis d'un médecin inscrit sur la liste prévue à l'article 431 du code civil, c'est-à-dire d'un médecin spécialisé dans l'évaluation des capacités des personnes protégées. En effet, si cet expert est jugé indispensable pour décider de placer une personne sous tutelle, il l'est *a fortiori* pour apprécier si cette même personne peut consentir à son propre décès.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Il s'agit d'un amendement de coordination avec un autre que vous aviez déposé sur l'article 5, mais qui n'a pas été adopté. J'ai par ailleurs déjà répondu sur le fond : je suis défavorable à l'exclusion par défaut des majeurs protégés.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS485 de Mme Marie-France Lorho

M. Christophe Bentz (RN). Cet amendement de sécurisation rédactionnelle, pour ainsi dire, vise à préciser que les observations du patient sous mesure de protection recueillies par le médecin doivent être écrites. Cela va sans dire, mais cela va mieux en le disant : ce point est absolument essentiel dans une telle procédure.

Si vous refusez cet amendement, pensez-vous, madame la rapporteure, monsieur le rapporteur général, que ces observations pourraient être communiquées à l'oral ?

M. Philippe Vigier, rapporteur général. L'article 13 de la proposition de loi prévoit qu'un décret précisera les modalités d'application des présentes dispositions. Nous aurons donc ce débat ultérieurement.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS146 de Mme Christine Loir

Mme Christine Loir (RN). La collégialité ne saurait être un mot creux. Les observations formulées par la personne chargée de la mesure de protection doivent donc être consignées au dossier médical et portées à la connaissance de l'ensemble du collège et du médecin qui prendra la décision. Dans le cas contraire, cette décision risquerait de reposer sur une information partielle, fragmentée, incomplète. Le présent amendement vise donc à garantir une appréciation réellement collective et à protéger les personnes vulnérables, en sécurisant juridiquement l'ensemble des acteurs.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Je le redis, le médecin rend sa décision par oral et par écrit, et la motive. Quant à la personne chargée de la mesure de protection, elle transmet ses observations, que le médecin communique lors de la réunion du collège. Cet amendement n'est donc pas utile, d'autant que nous ouvrons une voie de recours, à l'article 12, à la personne chargée de la mesure de protection. Si elle estime que son avis n'est pas entendu, notamment au sujet d'une personne dont le discernement est, selon elle, sérieusement altéré, elle pourra saisir le juge.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS486 de Mme Marie-France Lorho

M. Christophe Bentz (RN). Nous demandons que la personne chargée d'une mesure de protection s'assure que le patient concerné dispose bien de son plein discernement lors de sa demande. Vous serez peut-être encore d'un avis contraire car, à vous écouter, on ne débat jamais de rien au bon moment – de fait, votre texte est mal structuré –, mais nous estimons que cette mesure aurait toute sa place à cet alinéa, qui porte sur la réunion du collège pluriprofessionnel. Il s'agirait d'une sécurisation supplémentaire pour les personnes protégées.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. C'est un procès un peu facile ! Je n'ai jamais fait cela depuis hier et ne prévoyais pas de le faire pour cet amendement.

Quoi qu'il en soit, j'y suis défavorable pour une raison simple. Vous souhaitez renforcer la procédure, mais elle est déjà confortée. La personne chargée de la mesure de protection rend des observations ; elles sont indispensables. Ensuite, le collège pluriprofessionnel se réunit avant que le médecin se prononce. Il y a donc bien un cheminement et la solidité que vous appelez de nos vœux est au rendez-vous. Elle est même supérieure au fonctionnement que vous proposez ici.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS712 de Mme Audrey Abadie-Amiel

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. L'amendement vise à préciser que le médecin instructeur peut convier un médecin spécialiste des majeurs protégés à la réunion du collège – c'est une précision rédactionnelle étant donné que cette invitation est déjà possible aux termes du 2° du présent article –, ou recueillir son avis afin de le transmettre audit collège – c'est là une harmonisation rédactionnelle avec le précédent alinéa.

Mme Justine Gruet (DR). Vous voyez bien que la procédure est bancal : nous sommes obligés de repréciser, de sécuriser. Elle est en cela fondamentalement différente de celle de la sédation profonde et continue, décidée par une équipe soignante qui connaît le patient, qui l'a accompagné et qui est à même de s'assurer du respect des cinq critères.

Je tenais à l'exprimer parce que je crois que vous n'avez pas compris ce que je voulais dire au sujet de la liberté de disposer de son corps. C'est ce que vous prônez, et pourquoi pas, mais au nom de quoi devrait-on engager toute la société, et particulièrement les soignants, si le pronostic vital n'est pas engagé ?

Ici réside la grande différence avec la loi Claeys-Leonetti, qui prévoit l'engagement du pronostic vital à court terme, quand l'article 4 de la proposition de loi, lui, autorise l'aide à mourir pour un patient à qui il reste potentiellement plusieurs mois, voire plusieurs années à vivre. Je ne voulais pas dire que chacun ne fait pas ce qu'il veut de son corps : je demandais si c'est à la société d'encadrer un tel acte.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS538 de M. Yannick Neuder

Mme Sylvie Bonnet (DR). Cet amendement tend à affirmer que la personne de confiance occupe une place centrale dans l'expression de la volonté du patient. Rendre obligatoire le recueil de son avis permettrait de mieux sécuriser l'appréciation du caractère libre et éclairé de la demande, sans pour autant lui conférer un pouvoir décisionnel. Une telle garantie est d'autant plus utile que la décision en question est irréversible.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous souhaitez que l'avis de la personne de confiance soit obligatoire, même si le patient n'en fait pas la demande. Mais, comme ce dernier doit être apte à manifester sa volonté libre et éclairée, il aura le choix de l'associer ou non.

Avis défavorable.

M. Patrick Hetzel (DR). Nous considérons que dès lors qu'une personne de confiance a été désignée, il importe de recueillir son avis, sans que ce dernier soit décisif.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Le continuum des décisions, expression que vous employez souvent, cher collègue, c'est le corps médical et la demande du patient. Vous l'avez dit hier, il ne doit y avoir ni pressions, ni intervention extérieure. C'est au patient de décider si, oui ou non, il souhaite transférer les informations qui le concernent. Au fond, avec cet amendement, vous instaureriez une forme de hiérarchisation, ce que nous ne pouvons accepter. Je confirme notre avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS555 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). Aux termes de l'alinéa 13, le patient peut demander l'intervention de la personne de confiance qu'elle a désignée. En l'absence d'une telle personne, nous proposons que ce rôle puisse revenir à l'un de ses proches, sans bien sûr restreindre la liberté de décision du malade. Il n'y a pas d'entourloupe !

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Mon amendement AS711, que nous avons adopté il y a peu, a ajouté la notion de proche aidant et me semble plus fidèle que celui-ci à l'intention du législateur en deuxième lecture.

M. Yannick Monnet (GDR). Tel que l'alinéa 13 est rédigé, l'intervention du proche, en l'absence d'une personne de confiance désignée, ne pourrait avoir lieu qu'à la demande du patient. Nous ne faisons qu'élargir les possibilités d'assistance d'une personne sollicitant l'aide à mourir.

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Je soutiens cet amendement. Dans la mesure où la sollicitation d'un proche n'aurait lieu qu'à la demande du patient, je ne vois pas de raison de s'opposer à cet ajout.

M. Jean-François Rousset (EPR). Quand on parle de personne de confiance, on parle, selon moi, des directives anticipées. Si quelqu'un n'est plus en état de dire ce qu'il souhaite, fait-on appel à la personne de confiance qu'il a désignée pour savoir s'il veut l'aide à mourir ?

Si on veut une loi qui ne marche pas, car trop complexe, on fait exactement ce qu'on est en train de faire ! Je suis contre cet amendement.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Si cet amendement est adopté, le médecin pourrait, « à la demande de la personne, recueillir l'avis de la personne de confiance, lorsqu'elle a été désignée, ou, à défaut, de l'un de ses proches ». Dans la mesure où la volonté du patient est satisfaite, j'estime que cet ajout ne nuirait pas au texte.

Avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS147 de Mme Christine Loir

Mme Christine Loir (RN). Cet amendement tend à répondre à une situation très concrète : celle où le patient n'a pas désigné de personne de confiance. En l'état actuel du texte, les proches d'un patient peuvent être écartés du processus, même lorsque ce dernier souhaite leur implication, ce qui est humainement incompréhensible. Nous ne proposons pas de leur donner un pouvoir décisionnel mais, à la demande du malade, de recueillir leur avis, de sorte d'éclairer l'appréciation médicale. Il s'agit d'une mesure d'équilibre, de bon sens et de respect de la volonté du patient.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Nous avons eu ce débat à plusieurs reprises. Ce n'est pas aux proches d'émettre un avis avant la décision du malade. Je le rappelle, le texte concerne les patients qui, seuls, ont cette capacité de décision. Ne l'entravons pas d'une quelconque manière, surtout pas en amont.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Je respecte profondément vos positions, monsieur Rousset. Au fond, vous reprenez deux dispositions de la loi Claeys-Leonetti, relatives à la personne de confiance et aux directives anticipées, lesquelles sont d'ailleurs méconnues de nos concitoyens.

Cela étant, si la personne de confiance n'entrave pas l'avis libre et éclairé, les directives anticipées, elles, ne permettent plus de s'assurer du consentement jusqu'au bout. Vous déformez donc un peu la vérité en faisant le parallèle entre ces deux notions.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Je m'interroge sur ces multiples lectures, au cours desquelles nous changeons un mot ou une phrase en certains endroits du texte.

Le premier problème est qu'il n'est pas obligatoire de désigner une personne de confiance.

Ensuite, le patient est autonome dans sa décision. S'il dispose de sa pleine conscience et décide de façon libre et éclairée, pourquoi faire appel à une personne de confiance qui, elle, pourrait avoir un avis différent du sien ?

Le risque est donc d'approuver, par petits bouts, des éléments qui nous font perdre le sens initial de notre démarche. La personne de confiance – ou personne ressource – qui donnerait son avis à la place du malade, ce n'est pas du tout l'esprit du texte : soyons-y vigilants.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS148 de Mme Christine Loir et AS273 de Mme Justine Gruet

Mme Christine Loir (RN). Une réunion collégiale à distance n'est pas adaptée à une décision d'une telle gravité. Seul le présentiel permet d'apprécier la cohérence du discours, l'état psychologique du malade, sa capacité à exprimer une volonté libre et éclairée. Cela renforce aussi l'humanité et le sérieux de la procédure. J'y insiste, concernant un acte irréversible, le minimum exigible est d'éviter les échanges dématérialisés.

Mme Justine Gruet (DR). Compte tenu de la gravité et du caractère irréversible de l'aide à mourir, je confirme que l'examen collégial ne saurait être réduit à des échanges à distance. En effet, la présence physique de l'ensemble des membres est indispensable pour garantir la qualité des échanges humains, l'écoute mutuelle et l'appréciation fine des situations médicales, sociales et éthiques. Vous reconnaîtrez que le recours à la visioconférence affaiblirait cette collégialité de la décision et diluerait même la responsabilité collective attachée à un acte engageant la vie d'une personne. Il convient d'être exigeants et de faire preuve de solennité dans le processus décisionnel. Pour de nouveau faire le parallèle avec la loi Claeys-Leonetti, il serait inentendable que la collégialité soit assurée par l'intermédiaire d'une visioconférence.

Vous répondez peut-être que les professionnels sont parfois éloignés, mais ce qui fait la force de l'équipe accompagnant les décisions du patient, c'est justement la capacité à apprécier ensemble la légalité des critères.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. La possibilité de réunir le collège par voie numérique vient de l'adoption, à une très large majorité, d'amendements identiques du président Valletoux et de Laurent Panifous. Cette disposition reflète l'équilibre du texte.

La règle est claire : la présence physique de tous les membres du collège est requise. Pour autant, en cas d'impossibilité, la visioconférence ou la télécommunication peuvent être utilisées – mais il s'agit bien de l'exception.

Si nous ne la prévoyons pas, nous pourrions entraver l'aide à mourir pour certains de nos concitoyens. Ce n'est pas de la fiction : certains territoires sont particulièrement dépourvus de spécialistes. C'est le cas du mien, ou encore des collectivités ultramarines. Mon avis est donc défavorable.

M. Christophe Bentz (RN). Je ne suis pas certain que tout le monde se rende compte de la gravité de ce qui est proposé à cet alinéa 14. Celui-ci autorise la réunion du collège pluriprofessionnel en visioconférence pour se prononcer sur la mort d'une personne. Voilà ce qui est écrit ! Il faut absolument retirer cette possibilité de réunion à distance.

Vous dites qu'il s'agira de l'exception mais, dans la réalité, je vous assure que ce sera l'inverse : la réunion physique sera l'exception et la visioconférence sera la règle. J'appelle donc votre attention sur ce danger. En visioconférence, on peut être déconcentré ou distrait ; on sait ce que c'est, on l'a tous connu.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Vous semblez certain que la visioconférence sera la règle : pour ma part, je n'ai aucune certitude. Ce sera d'ailleurs aux professionnels d'en décider.

Vous ne pouvez pas ignorer que la médecine, au-delà du sujet qui nous occupe, recourt aux moyens modernes pour des choses aussi importantes que l'établissement de diagnostics, sans que cela empêche – et tant mieux ! – une pratique normale.

De même, on ne peut ignorer que certains territoires, à commencer par ceux d'outre-mer, sont dépourvus de spécialistes. Avec ces amendements, les personnes qui y vivent ne pourraient pas bénéficier de l'aide à mourir, au prétexte que le recours aux moyens modernes serait interdit. Je trouve cela parfaitement inadmissible.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Franchement, monsieur Bentz, le recours à la visioconférence sera réservé aux cas où réunir physiquement le collège est impossible.

Par ailleurs, imaginez ce que ressentiront nos concitoyens ultramarins si nous leur envoyons un message comme celui-ci. N'excluons personne.

Enfin, pour avoir fait partie de la commission d'enquête sur la covid, je rappelle que nous étions constamment en visioconférence et qu'aucun député n'a contesté ce fonctionnement.

Ne dévoyons pas les choses en affirmant qu'il s'agira de la règle générale, car ce ne sera pas le cas. Le président Valletoux et Laurent Panifous avaient pesé dans le débat pour parvenir à ce point d'équilibre. Les mots choisis réservent évidemment au présentiel la grande majorité des décisions.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS713 de Mme Audrey Abadie-Amiel

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Il s'agit d'un amendement rédactionnel adopté par la commission des affaires sociales du Sénat.

M. Christophe Bentz (RN). Je souhaite rebondir non sur cet amendement, qui ne change strictement rien, mais sur ce qui vient d'être dit. Vous avez comparé la réunion du collège pour se prononcer sur la mort d'une personne aux visioconférences auxquelles nous participons habituellement ou encore à celles de télémédecine, dans les territoires ultramarins ou ruraux. Mais leur objet est de soigner ! En aucune manière, elles n'ont donc la même visée, la même portée, ni les mêmes conséquences. Elles sont même d'une nature contraire !

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Vous savez bien que le numérique fait désormais partie de la médecine quotidienne. Faudrait-il, selon vous, interdire les 40 % d'images de radiologie lues à distance dans notre pays ?

La commission adopte l'amendement.

(La réunion est suspendue de onze heures cinq à onze heures vingt.)

Amendement AS489 de Mme Marie-France Lorho

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

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

Amendement AS149 de Mme Christine Loir

Mme Christine Loir (RN). Cet amendement répond à une réalité que nous ne pouvons ignorer : la vulnérabilité. Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection, la question n'est pas seulement celle de son discernement, mais aussi celle des pressions, des influences qui peuvent s'exercer sur elle. Ces dernières sont parfois invisibles, mais elles existent. C'est pourquoi des pays comme la Belgique, les Pays-Bas, le Canada ou l'Espagne ont inscrit dans leur législation une garantie pour que la demande soit formulée librement, volontairement et sans pression extérieure. Si cette vigilance a été jugée nécessaire ailleurs, elle doit l'être également dans notre pays.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Cet ajout n'est pas utile puisque le collège se prononce déjà sur l'ensemble des critères, à commencer par la manifestation libre et éclairée de la volonté. À cet égard, nous avons renforcé, aux articles 9 et 10, les conséquences de telles pressions et nous ferons de plus amples propositions en ce sens.

Avis défavorable.

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

Amendement AS195 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Dans le même esprit que le précédent, cet amendement vise à protéger la libre expression de la volonté du patient. En cas de doute sur des pressions qui seraient exercées sur lui, le médecin saisirait préalablement le procureur de la République.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je m'en remets au médecin. En l'absence d'éléments suffisants, il fera appel, comme vous le savez, au collège pluriprofessionnel afin de forger sa décision. Je pense que nous avons bien garanti les choses, sachant que, comme vient de le dire la rapporteure, nous avons renforcé, aux articles 9 et 10, le contrôle de la volonté libre et éclairée.

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

Amendements AS274, AS276 et AS278 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

M. Patrick Hetzel (DR). Les amendements sont défendus.

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

Amendement AS75 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). Eu égard aux conséquences de l'administration d'une substance pour donner la mort, la moindre des choses serait de tenir compte de l'avis de l'ensemble des membres du collège pluriprofessionnel. Si le psychiatre ou le médecin expert de la pathologie dont souffre le patient a un avis défavorable, il faut que cela soit pris en considération.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. À l'origine, il était prévu que les professionnels rendent un avis écrit, mais c'était avant que nous décidions, en première lecture, de la réunion physique du collège, au sein duquel les échanges seront nécessairement motivés. Un compte rendu sera fait ; c'est le quotidien des prises en charge et ainsi que se déroulent toutes les procédures collégiales pluridisciplinaires.

J'ajoute que l'article 11 prévoit que chaque acte doit être enregistré dans un système d'information – c'est l'essentiel. Les avis seront donc bien consignés, ce qui est important pour la traçabilité de la procédure. Votre amendement est pleinement satisfait.

M. Patrick Hetzel (DR). Il y a, certes, la question de la traçabilité, mais il faut aussi que les avis soient écrits et motivés. Ce sont eux qui, en cas de difficulté, permettront d'exercer un contrôle ultérieur.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je comprends votre point de vue, mais un avis non motivé n'est pas un avis. Par définition, un médecin qui pose un diagnostic ou vérifie des critères motive son avis. C'est le fameux continuum des mots auquel vous êtes attaché.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS385 de Mme Justine Gruet et AS196 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Mon amendement est très intéressant en ce qu'il découle des auditions et des précédentes lectures. En l'état, le texte impose au médecin de notifier sa décision dans un délai maximal de quinze jours à compter de la demande du patient, y compris lorsque le décès n'est pas imminent. Or les législations étrangères retiennent la logique inverse avec non un plafond mais une période d'évaluation minimale, destinée à garantir que tous les moyens de soulager la douleur ont été envisagés.

Le droit canadien impose ainsi, lorsque le décès n'est pas raisonnablement prévisible, une période d'évaluation d'au moins quatre-vingt-dix jours entre le début de l'évaluation et la réalisation de l'aide à mourir. La loi belge, elle, prévoit, pour ces mêmes patients dont le décès n'est pas attendu à brève échéance, des consultations supplémentaires et un délai d'un mois.

J'aimerais donc que nous distinguions la phase terminale, pour laquelle des délais courts paraissent appropriés, et le stade avancé, pour lequel des délais plus longs s'appliqueraient afin de permettre la réflexion et la collégialité.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). J'ai élaboré mon amendement avec le Conseil national de l'Ordre des médecins, profession en laquelle nous avons toute confiance. Compte tenu de la gravité de la demande, la décision doit être communiquée à la personne dans le cadre d'un entretien réalisé en présentiel.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. L'avis est défavorable.

Le médecin a quinze jours pour rendre sa décision : vous souhaitez porter le délai à trois mois et nous comprenons bien l'idée derrière un tel allongement. Quinze jours pour aboutir à une décision collégiale à la lumière de tous les éléments d'appréciation disponibles me semblent une bonne durée pour répondre à la demande d'une personne qui se trouve en phase avancée de la maladie et peut disparaître en trois semaines ou un mois. Porter le délai à trois mois reviendrait à la priver du droit que nous voulons lui donner.

Mme Justine Gruet (DR). Nous ne retirons aucun droit ; nous souhaitons simplement octroyer plus de temps à la réflexion du patient. Celle-ci peut fluctuer : d'autres législations, à l'étranger, intègrent ce paramètre et distinguent l'engagement du pronostic vital à court terme de celui à plus long terme. Elles offrent deux voies : la première s'ouvre lorsque le pronostic vital est engagé à court terme et la seconde lorsque le stade de la maladie est avancé – là, l'élément le plus important est la volonté de la personne et non le pronostic vital.

Il me paraît essentiel de prévoir des consultations supplémentaires et des délais de réflexion plus longs, afin de s'assurer du caractère libre et éclairé de la volonté du patient lorsque le pronostic vital n'est pas engagé à court terme. Cette disposition distingue les personnes qui vont mourir de celles qui veulent mourir.

M. Michel Lauzzana (EPR). L'une des conditions pour accéder à l'aide à mourir est le stade avancé ou terminal de la maladie. Soit on prend le temps, on se place très en amont et on supprime ce critère, soit on agit en phase terminale ou avancée. Je voterai contre ces deux amendements inutiles.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS90 de M. Patrick Hetzel, AS277 de Mme Justine Gruet, AS478 de M. Eddy Casterman, AS133 de Mme Sandrine Runel, amendements identiques AS217 de M. Thierry Frappé et AS491 de Mme Marie-France Lorho (discussion commune)

M. Patrick Hetzel (DR). Les débats que nous avons eus à l'article 4 montrent que les critères d'éligibilité sont relativement larges, donc le champ du dispositif excède les cas où le pronostic vital serait engagé à court terme. La question du délai dans lequel les médecins doivent se prononcer se pose. Si le pronostic vital n'est pas engagé à court terme, il n'est pas nécessaire de prévoir un délai de quinze jours à compter du dépôt de la demande.

En Belgique, le délai est d'un mois et il atteint trois mois en Autriche et quatre-vingt-dix jours, soit trois mois, au Canada. La rédaction de l'alinéa 15 est ambiguë : soit le pronostic vital est engagé à court terme et le délai de quinze jours a du sens, soit il ne l'est pas et il est pertinent de supprimer ce délai.

Mme Justine Gruet (DR). Vous insistez sur le caractère restrictif de la procédure, qui serait l'une des plus contraintes à l'échelle internationale, mais tel n'est pas le cas pour le délai dans lequel les médecins doivent se prononcer. D'autres législations ont fixé un délai beaucoup plus long et ont distingué la phase terminale – je vous rejoins, monsieur Lauzzana, il faut en effet être capable de rendre une décision cohérente avec le pronostic vital – du stade avancé. Dans celui-ci, c'est davantage la volonté du patient qui prime. Le législateur doit définir un délai adapté au fait que le patient puisse vivre plusieurs mois, voire plusieurs années. En Autriche, le délai de réflexion est de douze semaines.

Mon amendement renverse l'approche : la décision ne doit pas intervenir dans les quinze jours – cela pourrait être dans la demi-heure ! –, mais à partir d'une période de quinze jours. Il est important de prévoir suffisamment de temps pour réunir le collège.

M. Eddy Casterman (RN). Je regrette que l'un de nos amendements, qui visait à renforcer la collégialité de la décision en exigeant que l'avis du second médecin soit conforme, ait été déclaré irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution, alors qu'il avait été examiné lors des deux premières lectures et qu'il répondait à un enjeu majeur de sécurité et de déontologie médicale.

Mon amendement poursuit le même objectif que celui de mes collègues, à savoir garantir que la décision de mettre fin à une vie humaine soit prise avec une extrême prudence et dans une réelle collégialité. Il prévoit que le délai laissé au médecin pour rendre sa décision ne peut être ni inférieur à quinze jours ni supérieur à trente jours. Le délai incompressible de quinze jours est indispensable pour la réflexion du patient et pour la concertation que doivent mener les professionnels impliqués dans la décision entre eux, notamment les médecins et les auxiliaires de vie. La décision en question est irréversible, donc il est impensable qu'une demande d'euthanasie puisse recevoir une réponse favorable le jour même de son dépôt, situation que la rédaction actuelle du texte rend possible.

En Belgique, pays pourtant permissif dans ce domaine, un délai minimal d'un mois est prévu entre le dépôt de la demande écrite et l'acte d'euthanasie. La prudence, la responsabilité et la conscience de la gravité de l'acte envisagé doivent aiguiller notre action.

Mme Sandrine Runel (SOC). Il est crucial que la décision du médecin intervienne dans un délai adapté au pronostic vital du patient. Les quinze jours accordés au médecin pour recueillir les avis contribuant à éclairer sa décision nous semblent un délai insuffisamment protecteur pour que les patients dont l'espérance de vie est très limitée puissent exercer leur droit.

Sans réduire le délai, l'amendement précise que le médecin doit statuer dans un délai adapté à la situation médicale et au pronostic vital de la personne, soit dans une période ne pouvant excéder quinze jours. Cela laissera le temps nécessaire aux professionnels de santé de se forger une appréciation, sans empêcher ceux à qui il ne reste plus que quelques jours à vivre d'accéder à l'aide à mourir.

Mme Christine Loir (RN). L'amendement AS217 est défendu.

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS491 est défendu.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Ces amendements ont pour objet de modifier le délai laissé au médecin pour se prononcer à compter du dépôt de la demande. Nous défendons l'équilibre du texte : certains amendements allongent le délai jusqu'à trente jours, celui de M. Hetzel le supprime, celui de Mme Gruet fixe une période incompressible de quinze jours et Mme Runel affirme que le délai doit être compatible avec le pronostic vital de la personne et qu'il ne doit pas excéder quinze jours.

Il y a lieu de prendre en compte la célérité de la procédure car l'état de santé de la personne peut exiger une réponse rapide, de même que l'attente peut être difficilement supportable pour une telle demande. Le médecin a besoin d'un minimum de temps pour

engager la procédure et recueillir des avis. La conciliation de ces impératifs implique d'écarter des délais qui, dans un sens comme dans l'autre, ne me paraissent pas crédibles.

L'avis est donc défavorable sur les amendements.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Un délai de quinze jours pour instruire une demande d'aide à mourir, réunir un collège pluriprofessionnel, évaluer la situation médicale, vérifier le discernement du patient et s'assurer de l'absence de pressions extérieures, est trop court pour une décision irréversible. Dans tous les domaines de la médecine, nous privilégions la prudence, la réflexion et le discernement : pourquoi faudrait-il aller plus vite pour mettre fin à une vie ? Plusieurs pays ayant légalisé l'aide à mourir ont retenu des délais nettement plus longs, donc l'exigence de temps n'est pas un obstacle à la liberté du patient. Pour obtenir un rendez-vous dans certains centres antidouleurs, nos concitoyens attendent plusieurs mois, mais quinze jours suffiraient pour accéder à une aide à mourir. Cette inversion des priorités nous interroge profondément.

Mme Brigitte Liso (EPR). Je n'aimerais vraiment pas être le médecin traitant de nos collègues de droite et d'extrême droite, parce qu'ils mettent en doute la capacité du praticien à poser un diagnostic et prendre une décision. Quinze jours me semblent largement suffisants. Monsieur Casterman, vous voulez laisser plus de temps aux patients, mais ceux-ci disposent encore d'un délai de réflexion après la décision du corps médical, alors qu'ils sont à l'origine de la demande. Nous voterons contre les amendements.

M. Michel Lauzzana (EPR). Certains collègues ont évoqué un délai de trois mois en Autriche, mais ils oublient de mentionner que le critère de stade avancé ou terminal de la maladie n'existe pas dans ce pays : il est normal que le délai y soit plus long puisqu'il peut être enclenché bien plus tôt. On ne peut pas comparer les législations petit bout par petit bout. Les critères posés par le texte sont suffisamment restrictifs.

M. René Pilato (LFI-NFP). Je rejoins M. Lauzzana : en la matière, comparaison n'est pas raison. Le texte établit cinq critères – dont l'engagement du pronostic vital – qui n'existent pas à l'étranger. Regardez vraiment ce que propose le texte, lequel est très équilibré et se révèle le plus restrictif de ceux qui existent dans le monde.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS714 de Mme Audrey Abadie-Amiel

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Cet amendement de coordination rédactionnelle vise à mettre en cohérence le texte avec la voie de recours ouverte à l'article 12.

Si la personne chargée de la mesure de protection dispose d'une voie de recours, elle doit recevoir la notification de la décision et non être informée de celle-ci.

M. Thibault Bazin (DR). Il est intéressant que la décision soit motivée : cela fait écho à notre proposition faite en séance publique de prévoir un avis motivé.

Il faut un registre pour suivre la personne chargée de la mesure de protection. Tant que celui-ci n'existe pas, comment rendre le dispositif de l'alinéa opérant ? Quelle responsabilité est engagée ?

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Une fois de plus, nous conjuguerons nos efforts. N'essayez pas de trouver une mauvaise raison pour repousser cet amendement de coordination, qui vise à notifier la décision motivée par écrit à la personne chargée de la mesure de protection. Cette pièce sera versée au dossier et au récapitulatif de la procédure. L'amendement apporte un élément de sécurité supplémentaire. Je vous remercie d'en apporter un quatrième dans votre intervention. L'avis est évidemment favorable sur l'amendement.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'amendement AS197 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé tombe.

Amendements AS661 de Mme Annie Vidal et AS279 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Annie Vidal (EPR). Nous souhaitons que la personne de confiance soit également informée de la décision motivée du médecin, en plus de celle chargée de la mesure de protection juridique. Cette disposition accroît la transparence de la procédure et l'information des personnes qui entourent tous les jours le patient dans son parcours de soins et dans la fin de sa vie. Nous le savons, la personne de confiance joue un rôle fondamental dans l'accompagnement. Elle est souvent la première interlocutrice du patient et son implication est précieuse pour assurer la continuité du suivi, prévenir les ruptures de prise en charge et respecter les volontés exprimées.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous souhaitez informer la personne de confiance de la décision du médecin, mais le patient pourra décider lui-même des personnes qu'il souhaite informer. Laissons-le choisir !

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS358 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Nous proposons de compléter l'alinéa 15 par la phrase suivante : « Lorsque l'affection de la personne engage le pronostic vital, sans que celui-ci soit engagé à court terme, ce délai est porté à trois mois. »

L'article 4 ouvre l'accès à l'aide à mourir aux personnes dont l'affection est en phase avancée – caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé – ou en phase terminale. Cette distinction n'est pas formelle : elle traduit une réalité clinique et temporelle fondamentalement différente selon que le décès de la personne est imminent ou que celle-ci se trouve dans un processus évolutif dont l'horizon reste indéterminé. Le droit canadien offre un précédent éclairant : il distingue explicitement deux voies d'accès à l'aide médicale à mourir, selon que la mort naturelle du demandeur est ou non temporellement prévisible de manière raisonnable.

L'amendement spécifie qu'en phase avancée, le délai d'examen de la demande est allongé, non pour empêcher celle-ci d'aboutir mais pour garantir un temps de réflexion suffisamment long.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. J'ai déjà répondu. L'avis est défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS275 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Nous revenons sur le cinquième critère d'accès à l'aide à mourir, qui touche au caractère libre et éclairé de la volonté manifestée par le patient. Le texte a confié au médecin la responsabilité de prendre la décision d'autoriser l'aide à mourir, alors qu'il n'est pas l'expert le mieux placé pour évaluer les pressions qui peuvent s'exercer sur le patient.

L'amendement a pour objet de faire figurer dans la décision motivée les éléments ayant conduit le praticien à considérer que la personne avait manifesté une volonté libre et éclairée ; la décision fera état des questionnements adressés au patient pour garantir l'absence de pressions indues.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Vous remettez en permanence en cause la capacité d'appréciation du médecin. Je ne vous suivrai jamais sur ce chemin. Vous adressez un message de défiance terrible au corps médical, que je rejette totalement.

Mme Justine Gruet (DR). La procédure ne sécurise pas le recueil d'un avis libre et éclairé. (*Exclamations.*)

Je reconnais totalement l'expertise du corps médical et la valeur ajoutée qu'il apporte, mais il ne dispose pas de tous les éléments pour évaluer les éventuelles pressions, notamment familiales, subies par le patient.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je regrette, mais vous faites montre de défiance envers les médecins. En outre, vous êtes d'habitude une avocate de la simplification ; or vous ne cherchez qu'à alourdir la procédure. Je ne m'inscris pas du tout dans votre démarche.

M. Patrick Hetzel (DR). Ce débat est important. Il s'agit certes de la troisième lecture du texte à l'Assemblée nationale, mais j'entends, lorsque notre collègue Justine Gruet s'exprime, des remarques lui enjoignant d'achever son propos pour passer au vote sur l'amendement. Je demande un minimum de respect pour nos collègues. Le sujet est de nature éthique : chacun d'entre nous dispose d'une liberté de vote totale, ce qui est essentiel. Écoutons-nous les uns et les autres et laissons les intervenants s'exprimer sans les perturber. Mme Gruet a été régulièrement perturbée lorsqu'elle a pris la parole. (*Exclamations.*)

Le brouhaha de nos collègues ne fait qu'illustrer mes propos de manière très révélatrice.

M. le président Frédéric Valletoux. Monsieur Hetzel, je m'inscris totalement en faux contre votre intervention : la qualité d'écoute et d'expression est remarquable lors de cette troisième lecture, à l'image de ce qu'elle avait été lors des deux premières.

Il est vrai que certains amendements s'appuient sur des arguments déjà plusieurs fois entendus et que nous pouvons parfois avoir envie d'avancer.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Cher monsieur Hetzel, j'ai répondu précisément sur le fond à Mme Gruet, laquelle bénéficie souvent d'un temps supérieur à celui accordé aux autres intervenants. Ce n'est pas un reproche, c'est un fait, qui découle de la tolérance du président, lequel conduit les débats avec beaucoup d'élégance. Les rapporteurs peuvent avoir des avis différents des vôtres, mais nous respectons vos opinions. Mme la

rapporteure et moi-même avons pris le temps de répondre sur le fond de vos propositions, donc nous pouvons avancer.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS91 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Il apporte une garantie procédurale visant à accroître la protection du patient et des professionnels. Nous souhaitons qu'un compte rendu anonymisé des débats du collège pluriprofessionnel soit communiqué à la personne demandant l'aide à mourir ou à celle chargée d'une mesure de protection, afin d'assurer la transparence de la procédure et de renforcer la confiance du patient dans le processus décisionnel. Cela nous semble important, alors que nous sommes en désaccord avec le fait de confier à un seul professionnel la responsabilité de la décision.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Le médecin rendra une décision motivée, document plus utile qu'un compte rendu de la réunion du collège.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle rejette l'amendement AS280 de Mme Justine Gruet.

Amendement AS382 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Nous souhaitons rédiger en ces termes l'alinéa 16 de l'article : « La personne peut confirmer au médecin qu'elle demande l'administration de la substance létale à l'issue d'un délai de réflexion courant à compter de la notification de la décision mentionnée [...]. Ce délai de réflexion ne peut être inférieur à deux jours lorsque l'affection [...] est en phase terminale ; il ne peut être inférieur à un mois lorsque cette affection est en phase avancée sans être en phase terminale. »

L'amendement porte sur le délai de réflexion avant l'injection. On fait souvent référence à la législation d'autres pays ; or certains d'entre eux ont clairement distingué l'engagement du pronostic vital à court terme de celui en phase avancée. Je ne suis pas obstinément opposée à ce droit, mais je souhaite que nous l'entourions des sécurités nécessaires. Il me semble important de distinguer, sur le plan de l'éthique, les patients qui vont mourir de ceux qui veulent mourir.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous souhaitez faire varier le délai selon le pronostic vital de la personne. Une telle disposition pose des questions d'application car elle créerait des difficultés pratiques pour les médecins. Nous n'avons pas accepté que le délai de réflexion de la personne puisse être abrégé et nous nous opposons à de telles modulations selon la situation, car elles seraient délétères pour le patient comme pour le médecin.

L'avis est défavorable.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Cela fait plusieurs fois que nous revenons sur la notion de terme. Nous avons voulu solder cette discussion car cette notion est extrêmement difficile à appréhender. La maladie peut malheureusement évoluer très rapidement chez certaines personnes et plus lentement chez d'autres : il est impossible de prédire le rythme de

progression de la pathologie. La notion de terme rend le texte ineffectif et ne répond pas à la situation dans laquelle les patients se trouvent.

Lorsque le diagnostic d'une maladie grave est posé, la question naturelle est de demander combien de temps il reste à vivre. La plupart du temps, le médecin affirme qu'il ne connaît pas la réponse à cette question, car elle dépend de plusieurs facteurs, dont l'efficacité du traitement. Remettons les choses dans leur contexte !

Mme Justine Gruet (DR). Au Canada, si l'état de santé du patient se dégrade, celui-ci réintègre la voie de l'engagement du pronostic vital à court terme. Les délais sont alors adaptés à son état de santé. C'est fondamental en termes d'éthique. Nous sommes en train de légaliser un nouveau droit dont je puis comprendre l'inspiration – la promotion de l'autodétermination et de la liberté individuelle –, mais nous devons sécuriser la procédure. Pour ce faire, il faut accorder une grande importance aux délais de réflexion : lorsque le pronostic vital n'est engagé qu'à plus long terme, la volonté du patient fluctue, donc le délai de réflexion doit s'adapter à cette configuration.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Si je vous comprends bien, vous souhaitez modifier le délai si l'état du patient s'aggrave. Nous n'allons pas déstabiliser une procédure que nous avons mis du temps à équilibrer. Ce que vous proposez ouvre le champ à toutes les interprétations possibles. Nous ne pouvons pas l'accepter et maintenons donc le délai de quinze jours.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS383 de Mme Justine Gruet, amendements identiques AS40 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS150 de Mme Christine Loir, AS384 de Mme Justine Gruet et AS662 de Mme Annie Vidal, amendements AS16 de M. Thibault Bazin et AS540 de M. Yannick Neuder (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Le texte prévoit qu'une fois la décision notifiée, le patient dispose d'au moins deux jours de réflexion pour confirmer au médecin qu'il souhaite recevoir l'administration d'une substance létale. Nous proposons d'augmenter ce délai à quinze jours, comme le fait la loi de l'État de l'Oregon.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Un délai de quinze jours offrira davantage de garanties pour s'assurer du caractère libre, réfléchi, stable et persistant de la demande. Cette période de réflexion supplémentaire donnera également aux patients la possibilité de bénéficier d'un accompagnement renforcé, d'une information complète sur les alternatives existantes et d'une réévaluation de leur situation médicale. L'amendement ne remet pas en cause la liberté du patient, il vise au contraire à garantir que son choix, s'il est maintenu, soit pleinement éclairé et confirmé dans la durée. Le sujet est grave, car la décision est irréversible. Le texte prévoit un délai de réflexion de quarante-huit heures, sept fois inférieur à celui dont on dispose pour annuler un achat sur internet.

Mme Annie Vidal (EPR). Nous souhaitons étendre de deux à quinze jours le délai de réflexion entre la notification de la décision favorable du médecin et l'administration de la substance létale. Cette période est de douze semaines en Autriche, d'un mois en Belgique et de quatre-vingt-dix jours au Canada. Deux jours de réflexion pour procéder à un acte irréversible, c'est manifestement insuffisant.

Dans le domaine de la chirurgie esthétique, la loi impose une période de réflexion de quinze jours incompressibles. Le délai de rétractation pour un simple contrat de résidence en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) est de quinze jours. Et pour la stérilisation, acte irréversible également mais non léthal, le délai est de quatre mois. Une période de quinze jours est un équilibre raisonnable, qui prend en compte la situation de fin de vie dans laquelle la personne peut se trouver, même si le terme de fin de vie n'est pas précis, puisque celle-ci peut durer quelques jours, quelques mois ou quelques années.

M. Thibault Bazin (DR). Le délai pose une question éthique. Les personnes qui accompagnent les patients en fin de vie expliquent que les souhaits qu'ils formulent fluctuent. Des patients peuvent ainsi demander à mourir puis changer d'avis : c'est d'ailleurs ce que l'on constate dans 90 % des cas lorsque les douleurs sont prises en charge, parfois même après sept jours. Une durée de deux jours constitue une réponse inadaptée à la question éthique. La fluctuation de la demande du patient nous oblige à réviser le délai de réflexion actuellement inscrit dans le texte. L'objectif est d'assurer une juste prise en charge.

M. Patrick Hetzel (DR). L'amendement AS540 de repli de repli, dû à Yannick Neuder, vise à modifier le délai de réflexion, actuellement fixé à deux jours, soit une période extrêmement courte. Nous souhaitons le porter à sept jours, afin de garantir le caractère libre et éclairé de la décision, laquelle concerne un acte grave et irréversible.

Il s'agit d'un sujet éthique majeur. La volonté du patient peut fluctuer, donc deux jours de réflexion constituent un moment trop bref. Une semaine semble le minimum pour obtenir une maturation plus sereine de la décision et une meilleure articulation avec l'accompagnement médical et psychologique.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je suis défavorable à tous ces amendements. Monsieur Hetzel, vous dites qu'un délai de deux jours ne garantit pas le caractère libre et éclairé de la décision. D'abord, ce caractère libre et éclairé, c'est le médecin qui le définit. Ensuite, le patient ne prend pas sa décision en quarante-huit heures : il y a réfléchi avant, dans un contexte pathologique que tout le monde a décrit.

Vous avez employé le mot « maturation », mais celle-ci a commencé bien plus tôt. D'ailleurs, je note que Yannick Neuder propose un délai plus court que celui que vous souhaitez. Pendant les quinze jours dévolus au médecin pour répondre à la demande du patient, celui-ci continue de réfléchir. Et, après que le professionnel a rendu sa décision, il peut encore refuser l'administration de la substance létale au bout de deux jours. On ne peut pas prévoir de procédure aussi sécurisée et laissant autant de temps à la maturation de la décision finale. Cet encadrement garantit le caractère libre et éclairé de la volonté du patient. Sur ces deux points, votre préoccupation est satisfaite, donc l'avis est défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). J'ai l'impression que vous feignez d'ignorer, encore une fois, les conditions d'éligibilité à l'aide à mourir dans la dignité. L'un des critères – fondamental – du recours à cette aide est la douleur insupportable qui ne cède à aucune médication. Ce constat est dressé par le médecin, à la suite de la demande formulée par le patient, au terme des quinze jours qui lui sont octroyés pour évaluer son état. Or vous êtes en train de nous dire qu'à l'issue de ce long processus, on va imposer à la personne de souffrir pendant sept, quinze ou trente jours supplémentaires, juste pour le plaisir de la voir souffrir, pour le cas où elle ne pourrait pas dire qu'elle veut faire demi-tour – alors qu'en réalité, elle peut faire demi-tour à tout moment, jusqu'à la dernière seconde. Arrêtez de faire

mine de ne pas savoir tout cela et de vouloir faire expier et souffrir les gens jusqu'à l'ultime instant.

Mme Justine Gruet (DR). Le texte n'évoque pas une douleur insupportable qui ne cède à aucune médication mais indique que la douleur doit être « insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement ». Je ne porte aucun jugement sur ce choix qui est l'exercice d'une liberté fondamentale du patient, reconnue en 1999. Nous demandons simplement qu'une différence soit faite entre la phase terminale et la phase avancée. La phase avancée n'est pas synonyme de fin de vie : le patient doit exprimer la volonté de mettre fin à sa vie. Il faut prévoir un délai de réflexion raisonnable, plus long, pour lui permettre, éventuellement, de changer d'avis.

Monsieur le rapporteur général, le médecin dispose d'un délai de quinze jours pour rendre sa décision mais il peut prendre celle-ci en une demi-heure. Vous dites qu'on ne peut pas faire plus mais il nous incombe, en notre qualité de législateurs, de définir les délais qui nous paraissent nécessaires. Nous pouvons faire plus si nous en avons la volonté.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS557 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). Cet amendement vise à préciser que la personne confirme sa demande d'aide à mourir « oralement, par écrit ou par tout mode d'expression possible ». Cette précision paraît nécessaire afin d'éviter toute ambiguïté quant à la volonté du patient dont l'état peut se dégrader très rapidement.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. La disposition que vous proposez n'apporterait rien, à mon sens, puisque le texte n'impose aucun formalisme. Nous débattons de cette question lors de l'examen de l'article 13, qui prévoit qu'un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du contenu de la demande et de sa confirmation.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle rejette l'amendement AS359 de Mme Justine Gruet.

Amendements identiques AS198 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé et AS663 de Mme Annie Vidal

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS198 vise à ce que le délai obligatoire de réflexion, pour les personnes sous mesures de protection, ne puisse être inférieur à quinze jours. Si ces personnes ont, potentiellement, un avis libre et éclairé, elles peuvent éprouver le besoin de disposer d'un délai de réflexion plus long. Il s'agit d'appliquer un principe de précaution et de surprotection de ces personnes plus vulnérables.

Mme Annie Vidal (EPR). Il s'agit d'une mesure de repli par rapport à la proposition précédente, qui consistait à prévoir un délai de réflexion de droit commun de quinze jours. S'il n'est pas possible d'étendre le délai à quinze jours pour tout le monde, je propose que ce soit au moins le cas pour les personnes majeures sous protection juridique. À titre d'exemple, la curatelle, qui est la mesure de protection juridique la plus légère, concerne des personnes

dont les facultés mentales et corporelles sont altérées et qui ont besoin d'être accompagnées dans les actes importants de la vie civile sans pour autant être privées de leurs droits. Leur vulnérabilité particulière justifie des garanties renforcées. Un délai de deux jours est trop court pour que le représentant légal prenne connaissance de la situation et assure un accompagnement de la personne placée sous sa protection dans le cadre d'une réflexion éclairée. Cela rend la protection illusoire.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Le texte comprend des mesures spécifiques pour les majeurs protégés, que nous avons renforcées en première et en deuxième lectures : je pense notamment à l'information de la personne chargée de la mesure de protection, à l'avis d'un médecin spécialiste des majeurs protégés et à l'ouverture d'une voie de recours aux personnes chargées des mesures de protection. Ces mesures me paraissent nécessaires, adaptées et proportionnées, à la différence du délai de réflexion de quinze jours que vous proposez.

Avis défavorable.

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

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle **rejette** l'amendement AS281 de Mme Justine Gruet.*

*L'amendement AS389 de Mme Justine Gruet est **retiré**.*

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission **rejette** l'amendement AS282 de Mme Justine Gruet.*

Amendements AS524 de Mme Danielle Simonnet et AS163 de M. René Pilato (discussion commune)

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Mon amendement vise à ce que l'on respecte le principe fondamental du libre choix de la personne quant aux modalités d'administration de la substance létale. À cette fin, nous vous proposons d'ajouter, à l'alinéa 19, après la première occurrence du mot « administration », les mots « , selon le choix de la personne, par la personne elle-même ou par un médecin ou par un infirmier, ». En effet, même si la personne est capable de s'auto-administrer la substance, elle peut souhaiter, pour des raisons qui lui sont propres et au sujet desquelles elle ne doit pas avoir à se justifier, qu'un soignant – médecin ou infirmier – lui administre la potion létale. Il s'agit de faire en sorte que, dans ses derniers instants, elle puisse se concentrer sur ses échanges avec ses proches et non sur l'administration de la substance.

M. René Pilato (LFI-NFP). J'ajoute aux arguments qui viennent d'être exposés que, dans l'hypothèse où la personne estimerait, en accord avec son médecin, ne pas avoir la capacité physique de s'administrer la substance, cette disposition lui offrirait la possibilité de demander à son médecin qu'il en informe le médecin ou l'infirmier qu'il aura désigné.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. L'article 2, que nous avons voté, a consolidé et stabilisé le dispositif. Au nom de l'équilibre qui a été trouvé, je ne peux pas vous suivre. L'auto-administration sera réalisée par celles et ceux qui peuvent y procéder ; celles et ceux qui n'en ont pas la capacité s'adresseront à un professionnel de santé. Je ne souhaite pas que l'on rouvre le débat même si je comprends votre intention.

Avis défavorable.

M. Patrick Hetzel (DR). Je suis en totale opposition à ces amendements. La logique initiale du texte consistait à affirmer un principe – le droit, sous certaines conditions, de recourir au suicide assisté – tout en l’assortissant d’une exception permettant, dans des cas précis, l’emploi de l’euthanasie. Si ces amendements étaient adoptés, l’euthanasie perdrait son caractère exceptionnel. Cette mesure est en décalage avec ce qui avait été annoncé. On voit bien, au nombre élevé de cosignataires de ces amendements, que certains promoteurs de la proposition de loi considèrent qu’elle n’est qu’une étape avant d’autres textes, à leurs yeux inévitables, qui iront encore plus loin.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Je rappelle que nous avons voté ces amendements lors des lectures précédentes. J’avais déjà posé la question à l’époque : que se passera-t-il si nous n’autorisons pas un soignant à réaliser cet acte dans le moment d’intimité où la personne prend son médicament ? Si une personne qui a décidé de bénéficier de l’aide à mourir demande à une personne présente de réaliser ce geste, celle-ci le fera. Ne pas voter ces amendements, ce serait mettre en danger les personnes qui accompliront ce geste en dehors de la légalité. À titre personnel, je suis très favorable à cette disposition. Non seulement elle apportera de la sérénité et rassurera les personnes qui auront recours à ce geste mais elle protégera les soignants. Je voudrais dire à nos collègues socialistes que le fait de voter l’un de ces amendements en commission – quitte à ce que nous en rediscutions dans l’hémicycle – constituerait un message signifiant.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je connais bien et comprends l’argumentation que vous développez, madame Rousseau. Monsieur Hetzel, notre volonté de parvenir à un texte équilibré nous conduit à accomplir des pas les uns en direction des autres : c’est aussi à cette aune que l’on apprécie la qualité du travail parlementaire. On peut faire passer l’intérêt général, la préoccupation pour les patients avant ses convictions propres. Je me retrouve dans ce qu’a dit Mme Rousseau même si, à ce stade, je ne donne pas un avis favorable pour ne pas fragiliser l’équilibre trouvé.

La commission adopte l’amendement AS524.

En conséquence, l’amendement AS163 tombe.

M. Thibault Bazin (DR). On a complètement déséquilibré le texte !

Amendement AS715 de Mme Audrey Abadie-Amiel

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. C’est un amendement rédactionnel.

Mme Justine Gruet (DR). Nous avons procédé à plusieurs reprises à des secondes délibérations dans l’hémicycle pour revenir sur certaines décisions. Le vote précédent nous montre, une nouvelle fois, que la volonté du législateur est d’ôter à l’euthanasie son caractère d’exception.

La commission adopte l’amendement.

En conséquence, l’amendement AS151 de Mme Christine Loir tombe.

Amendement AS496 de M. Jean-François Rousset

M. Jean-François Rousset (EPR). Ce texte s'adresse à des personnes qui se trouvent dans une situation très pénible et qui ont parfois besoin de bénéficier de l'accompagnement des professionnels qui les ont soignés et de se sentir humainement proches d'eux. Cet amendement vise à ce que le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne jusqu'à la prise de la substance létale soit le professionnel qui assure habituellement sa prise en charge, lorsque le patient le demande et si le soignant l'accepte.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Votre amendement est satisfait puisque l'alinéa 19 offre cette possibilité. Avis défavorable.

L'amendement est retiré.

Amendement AS199 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Justine Gruet (DR). Nous avons procédé à plusieurs reprises à des secondes délibérations dans l'hémicycle pour revenir sur certaines décisions. Le vote précédent nous montre, une nouvelle fois, que la volonté du législateur est d'ôter à l'euthanasie son caractère d'exception.

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

Amendement AS152 de Mme Christine Loir

Mme Christine Loir (RN). Peut-on demander à un pharmacien de préparer une substance létale comme s'il s'agissait d'un acte purement technique ? Je ne le crois pas. L'Académie nationale de pharmacie l'a rappelé : la préparation d'une substance létale engage la responsabilité professionnelle, éthique et personnelle du pharmacien. Cette préoccupation est largement partagée, puisque 81 % des pharmaciens hospitaliers souhaitent pouvoir bénéficier d'une clause de conscience. Il serait donc cohérent que les pharmaciens appelés à préparer ces substances soient volontaires. On ne peut pas reconnaître la gravité de cet acte, avec les médecins et les infirmiers, tout en considérant qu'il est neutre pour les pharmaciens. Le volontariat est une garantie minimale du respect de la conscience des professionnels.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je vous rappelle que j'avais interrogé à ce sujet, lors de son audition, la présidente du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens : elle m'avait répondu que l'Ordre ne demandait pas l'institution d'une clause de conscience. D'autres raisons justifient que l'on n'instaure pas une telle clause.

Avis défavorable.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Il aurait été plus logique d'examiner cet amendement à l'article 14 puisqu'il traite de la clause de conscience. Des pharmaciens salariés, qui exercent dans des pharmacies à usage intérieur, ne bénéficient pas d'une clause de conscience collective. En outre, la plupart des pharmaciens indépendants n'auront pas à préparer la substance létale. Il faut donc arrêter de demander la reconnaissance d'une clause de conscience au profit de gens qui ne sont pas en prise directe avec l'aide à mourir mais seulement prestataires de services, dans la mesure où ils permettent d'assurer la délivrance du médicament.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Il faut distinguer les pharmaciens d'officine des pharmaciens hospitaliers. Des difficultés pourront survenir lorsque la dose létale arrivera en

officine. Il faut aussi prendre en compte le point de vue des syndicats de pharmaciens. Cette question ne fait pas l'unanimité au sein de la profession.

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

Amendement AS716 de Mme Audrey Abadie-Amiel

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Il s'agit de supprimer l'alinéa 23 afin de tirer les conséquences de la suppression d'une disposition opérée en séance, en deuxième lecture, au cours d'une seconde délibération demandée par la commission. Il s'agit, autrement dit, de supprimer le gage de l'amendement qui avait été adopté.

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

*En conséquence, l'amendement AS653 de Mme Annie Vidal **tombe**.*

*La commission **adopte** l'article 6 **modifié**.*

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

Amendements de suppression AS19 de M. Thibault Bazin, AS625 de M. Christophe Bentz et AS677 de Mme Annie Vidal

M. Thibault Bazin (DR). Je ne sais pas si tout le monde a bien pris conscience que nous venons de voter, à l'article 6, la fin de l'exception d'euthanasie, alors que le dispositif prévu par le texte était très encadré et était conforme aux préconisations du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé ainsi que de l'Académie nationale de médecine.

La formulation de l'article 7 me met un peu mal à l'aise, puisqu'il y est question des modalités de fixation d'une date pour l'administration de la substance létale. L'alinéa 2, qui établit ces modalités, me semble problématique car un malade peut changer d'avis d'un jour à l'autre – cela arrive fréquemment. N'y a-t-il pas un risque, une fois la date fixée, que la personne n'ose plus remettre en question sa décision ?

L'alinéa 4, quant à lui, manque de précision. Il exclut que l'administration de la substance puisse avoir lieu sur la voie publique ou dans les espaces publics, mais celle-ci pourrait être réalisée dans des lieux symboliques hors du cadre prévu par la loi. Il convient de prévenir ce risque.

L'alinéa 5 permet à toute personne d'assister un proche lors de l'euthanasie ou du suicide assisté, ce qui peut se révéler extrêmement traumatisant : des études ont fait état de symptômes de stress post-traumatique. Il faut faire preuve d'un peu plus de prudence sur cette question, me semble-t-il, afin d'éviter que les personnes concernées vivent dans un état de mal-être après l'accomplissement de l'acte.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Cet article est fondamental pour rendre effectif le droit à l'aide à mourir. Je serai donc défavorable à votre amendement. J'entends qu'on peut l'améliorer – tel est l'objet du débat –, mais ce n'est pas en le supprimant que l'on répondra aux questions que vous soulevez.

La commission rejette les amendements.

Puis, suivant l'avis du rapporteur, elle rejette l'amendement AS369 de Mme Justine Gruet.

Amendement AS42 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Cet amendement ne vise nullement à remettre en cause la compétence, l'engagement et la place essentielle des infirmiers dans l'accompagnement des patients mais, au contraire, à protéger une profession dont le cœur de mission est le soin, la présence, la continuité de l'accompagnement et la relation de confiance avec les personnes malades. L'acte dont nous parlons n'est pas un acte de soin ordinaire. Il intervient au terme d'une procédure médicale complexe, qui suppose l'établissement d'un diagnostic et d'un protocole, la détermination du caractère réfractaire ou insupportable des souffrances ainsi que de la capacité de discernement et du caractère libre et éclairé du consentement du patient. L'extension aux infirmiers et infirmières de la faculté de réaliser l'acte légal entraînerait une dilution des responsabilités. S'agissant d'une question aussi grave, et de mesures irréversibles, la chaîne de décision doit être claire, identifiable et contrôlable.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Vous soulignez la nécessité de garantir juridiquement la procédure. Tel est l'objet de l'encadrement que nous proposons, qu'il s'agisse de l'examen de la demande par un médecin, qui organise la procédure collégiale, de la possibilité pour la personne d'arrêter la procédure à tout moment ou encore du choix par le patient d'une date d'administration de la substance létale adaptée à l'évolution de son état. Je vous renvoie aux propos que nous avons entendus lors des auditions. Les infirmiers sont, au quotidien, au côté des malades. Nous faisons valoir le fait qu'ils puissent jouer un rôle compte tenu de leur proximité avec les patients.

Avis défavorable.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Les infirmiers sont en effet au côté des patients ; ils sont là pour les accompagner et les soulager. Eu égard à leur éthique et aux finalités de leur métier, il leur sera compliqué, au terme d'un accompagnement de plusieurs jours ou de plusieurs semaines, de déclencher un décès. Seul le médecin, à mon sens, devrait réaliser l'acte légal. L'amendement vise à les protéger.

M. Jean-François Rousset (EPR). Je pense exactement l'inverse. Il s'agit d'un long processus : les professionnels accompagnent et soignent le patient depuis le début de la maladie, dont on connaît l'issue. Si le soignant ne fait pas jouer sa clause de conscience – ce qu'il aurait vraisemblablement déjà fait depuis un moment s'il en avait eu l'intention –, il tiendra la main de la personne jusqu'au dernier instant. Tous les professionnels vous diront que, dans ces circonstances, il est essentiel pour le malade qui est sur le point de décéder que quelqu'un lui tienne la main, et qu'il s'agisse de ce soignant. C'est du vécu. Je vous invite à aller voir comment ça se passe.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS717 de M. Stéphane Delautrette.

Suivant l'avis du rapporteur, elle rejette ensuite l'amendement AS388 de Mme Justine Gruet.

Amendement AS283 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement a pour objet de préciser que la date à laquelle la personne souhaite procéder ou faire procéder à l'administration de la substance létale ne peut être fixée qu'après la validation de la demande d'aide à mourir.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Je vous rappelle que le texte que nous avons adopté à deux reprises subordonne bien évidemment le choix de la date d'administration de la substance létale par la personne au fait que le médecin instructeur de la demande d'aide à mourir l'ait préalablement validée.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS202 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

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

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

Amendement AS93 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Il s'agit de compléter l'article 7 afin que le médecin, lorsqu'il a des doutes sur le caractère libre et éclairé de l'expression de la demande du patient, saisisse le juge des contentieux de la protection. Celui-ci est sans doute le plus qualifié pour se prononcer sur cette question. Je rappelle que l'on applique cette procédure en cas de don d'organe intrafamilial.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Nous avons déjà eu ce débat à plusieurs reprises. Le médecin constate si, oui ou non, la personne a pris sa décision de manière libre et éclairée. S'il a le moindre doute, il peut réactiver la procédure collégiale. S'il apparaît que la décision n'a pas été prise de façon libre et éclairée, le malade n'entre plus dans les critères. Ne cherchons pas à complexifier inutilement les choses.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS718 de M. Stéphane Delautrette

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Cet amendement vise à préciser que, lorsque la date choisie pour l'administration de la substance létale est postérieure de plus de trois mois à la notification de la décision du médecin ayant instruit la demande d'aide à mourir, celui-ci devra prescrire à nouveau la substance létale.

La commission adopte l'amendement.

Amendements AS403 de Mme Justine Gruet et AS129 de Mme Nicole Dubré-Chirat (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Mon amendement vise à préciser les lieux dans lesquels peut intervenir l'administration de la substance létale, à savoir au « domicile [de la personne], dans un établissement de santé ou dans un établissement ou un service social ou

médico-social mentionné à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles dans lequel elle est prise en charge, à l'exclusion de tout établissement recevant du public ».

Tel qu'il est rédigé, le texte exclut que l'administration puisse être réalisée « sur la voie publique et dans les espaces publics ». La voie publique désigne les rues, routes, avenues, boulevards, places, trottoirs, chemins. Les espaces publics, juridiquement, sont les espaces accessibles au public, affectés à un usage collectif et appartenant le plus souvent à une personne publique ou, parfois, à une personne privée lorsque l'accès y est libre. La rédaction actuelle n'exclut pas les établissements recevant du public. Nous avons eu de longs débats à ce sujet lors des précédentes lectures mais il me semble que la formulation actuelle n'est pas assez précise. L'aide à mourir pourrait être autorisée dans des lieux totalement inappropriés, ce à quoi l'amendement vise à remédier.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Mon amendement a pour objet de modifier le libellé de l'alinéa 4, qui est assez étonnant. Nous proposons d'écrire que l'administration de la substance létale peut avoir lieu au domicile de la personne « ou dans un établissement de santé de son choix ». La notion d'« établissement de santé » est large puisqu'elle englobe les établissements sanitaires et médico-sociaux. L'adoption de cet amendement éviterait à Mme Gruet de devoir proposer l'exclusion de l'aide à mourir sur un bateau, une montgolfière ou dans une fête foraine.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Madame Gruet, la rédaction de votre amendement est incohérente et rendrait le texte inapplicable. En effet, elle conduirait à exclure les établissements de santé et les établissements médico-sociaux du champ de l'article pour la simple raison qu'ils reçoivent du public.

Madame Dubré-Chirat, nous n'avons pas la même lecture juridique. En effet, les Ehpad ne font pas partie des établissements de santé, au sens du code de l'action sociale et des familles.

Avis défavorable sur les deux amendements.

Mme Justine Gruet (DR). Tout ce que nous demandons, c'est que le dispositif soit sécurisé. Notre rôle de législateur est d'y veiller. Les deux amendements sont quasiment identiques : le mien intègre le domicile, l'établissement de santé ou l'établissement médico-social. Nous pouvons le retravailler, si vous estimez qu'il n'est pas exhaustif.

Je ne cherche pas à restreindre l'aide à mourir mais à faire en sorte qu'elle ne puisse pas être délivrée dans des lieux inappropriés comme le permet la rédaction actuelle du texte. Je le redis : ce qui n'est pas interdit est autorisé.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). La rédaction actuelle de l'alinéa 4 n'est pas adaptée au texte que nous examinons. Il faut encadrer les choses, pour que l'administration de la substance létale puisse se faire au domicile ou bien dans un établissement de santé. J'ai vérifié : ce terme couvre l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux.

*La commission **rejette** l'amendement AS403 et **adopte** l'amendement AS129.*

*En conséquence, les amendements AS393, AS400, AS391, AS218, AS401, AS402, AS399, AS398, AS396, AS397, AS395, AS394 et AS392 de Mme Justine Gruet **tombent**.*

Amendement AS94 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). L'amendement vise à ajouter que « la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 1111-12-3 et L. 1111-12-4 [du code de la santé publique] ne peut être imposée aux établissements, notamment confessionnels, lorsque celle-ci est incompatible avec leur éthique du soin ». Il me semble que le Gouvernement souhaitait voir évoluer le texte sur ce point.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Votre amendement vise à instaurer la mise en place d'une clause de conscience collective. C'est un débat que nous avons déjà eu à plusieurs reprises et que nous aurons de nouveau plus tard. Comme le disait Olivier Falorni, « *les murs n'ont pas de conscience* ». Une clause de conscience ne pouvant être qu'individuelle, j'émet un avis défavorable.

M. Patrick Hetzel (DR). Ce ne sont pas les murs qui sont concernés : vous savez qu'il existe des projets d'établissement d'une part, et que notre législation reconnaît le caractère propre de certains établissements d'autre part. La méconnaissance de ces éléments serait un affront fait aux professionnels engagés depuis longtemps dans l'accompagnement de nos concitoyens en fin de vie. Il faut que nous puissions débattre sereinement et sérieusement de la question.

M. Jean-François Rousset (EPR). En admettant qu'il soit possible de répondre à la demande de M. Hetzel, il faudrait que les établissements fassent preuve de transparence et annoncent, de la même façon qu'ils affichent la liste des soins qu'ils délivrent, qu'ils ne permettent pas le recours à l'aide à mourir.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous aurons de nouveau ce débat ultérieurement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS284 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Je suis surprise que l'amendement ne soit pas tombé ; il est défendu.

J'ajoute, en réponse notre collègue, que l'aide à mourir n'est pas un soin.

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

Amendement AS285 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement vise à interdire toute activité privée lucrative ayant pour objet d'organiser de manière régulière la pratique de l'aide à mourir dans un lieu déterminé. Il s'agit de prévenir le développement d'une offre commerciale dédiée telle que celle qui est proposée au Québec par des entreprises du secteur funéraire ou des structures privées. Il est important que nous nous positionnions sur ce point.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. J'entends votre préoccupation mais l'adoption de votre amendement interdirait le recours à l'aide à mourir dans un établissement de santé privé à but lucratif. Je ne crois pas que ce soit ce que vous souhaitez.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Chaque mot a son importance : l'amendement précise que c'est l'organisation régulière de ce type d'activité qui est interdite. Si l'aide à mourir est un ultime recours et concerne très peu de patients, elle ne sera pas organisée de façon régulière. Si j'indiquais qu'elle ne doit pas être organisée « de façon régulière et exclusive », je ne doute pas que vous donneriez un avis de sagesse à mon amendement...

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis du rapporteur, elle rejette l'amendement AS286 de Mme Justine Gruet.

Amendement AS719 de M. Stéphane Delautrette

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. L'amendement vise à préciser, en cohérence avec la phrase précédente de l'alinéa 5, que ce sont les personnes entourant le demandeur de l'aide à mourir qui sont informées et orientées par le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner celui-ci.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS289 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Aux termes de la rédaction prévue, le nouvel article L. 1111-12-5 du code de la santé publique dispose que le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne informe les proches et les oriente. Il n'est pas précisé que cette information porte également sur le déroulement de l'administration de la substance létale, alors que cette étape constitue un moment particulièrement sensible pour l'entourage.

Une telle lacune peut entraîner, chez les proches, des incompréhensions, des angoisses ou des réactions inappropriées susceptibles de perturber le bon déroulement de la procédure ou d'accroître la charge émotionnelle des acteurs concernés.

Le présent amendement vise donc à préciser que l'information porte notamment « sur le déroulement de l'administration de la substance létale ».

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Le texte a été modifié en première lecture, comme vous le savez, et l'information des proches est prévue. Je rappelle que pour toute pathologie, les médecins expliquent à l'entourage la façon dont les choses vont se dérouler ; ils feront de même pour l'aide à mourir. Votre amendement est donc satisfait.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS153 de Mme Christine Loir

Mme Christine Loir (RN). Le moment de la fin de vie n'est pas seulement médical, il est aussi profondément humain. Lorsqu'un patient est confronté à une décision aussi grave, il peut ressentir le besoin d'un accompagnement spirituel conforme à ses convictions personnelles. Le présent amendement vise simplement à garantir qu'il puisse en bénéficier s'il le souhaite ; il ne crée aucune obligation, n'impose aucune référence religieuse et ne met nullement en cause la neutralité de l'État.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Je ne vois pas pourquoi cette disposition devrait être inscrite dans le projet de loi. Celui-ci est clair : la personne peut être entourée par les personnes de son choix lors de l'administration de la substance létale. Il peut y avoir, parmi ces personnes, un prêtre ou un aumônier – je rappelle qu'il y en a dans les hôpitaux. Par ailleurs, le terme « accompagnement » me semble ici inapproprié dans la mesure où, dans le texte, il désigne l'accompagnement dans l'aide à mourir.

J'émet un avis défavorable.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Notre groupe soutient évidemment cet amendement, qui ne crée aucune obligation et n'impose aucune démarche particulière. La demande du patient ne pourra pas être satisfaite en tous lieux, monsieur Delautrette. Je ne vois rien de problématique à ce que l'on ajoute la possibilité pour le patient de bénéficier d'un accompagnement spirituel ou philosophique dans ses derniers instants.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS288 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Si la personne en fin de vie souhaite partager ce moment avec ses enfants, il pourra arriver que des mineurs soient présents lors de l'administration de la substance létale. Une telle situation comporte toutefois des risques psychologiques spécifiques et potentiellement durables pour les mineurs concernés.

Le présent amendement vise à rendre obligatoire un suivi psychologique adapté à l'âge des enfants, afin de prévenir tout traumatisme et de garantir leur protection. Il dispose par ailleurs que ce suivi ne relève pas de la prise en charge par l'assurance maladie – une précision visant à rendre mon amendement recevable, vous l'aurez compris.

Je reconnais au patient la liberté de choisir que ses enfants soient à ses côtés ; notre rôle de législateur est de garantir cette liberté. Il est néanmoins délicat pour un mineur d'être confronté à l'injection d'une substance létale, au-delà du fait qu'il accompagne son parent en train de mourir : le suivi psychologique ne doit pas être facultatif mais obligatoire.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. L'article 7 prévoit que « le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne les informe et les oriente, si nécessaire, vers les dispositifs d'accompagnement psychologique ».

Vous voulez faire du suivi une obligation ; nous estimons quant à nous que les professionnels de santé impliqués dans la procédure sont aptes à juger de ce qui est nécessaire. Il y aura évidemment un échange avec les proches et le suivi sera déterminé au regard du besoin. Pourquoi chercher à rigidifier les choses ? On ne peut pas prévoir toutes les situations.

Avis défavorable.

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Je rejoins les propos du rapporteur. Ce qui est traumatisant pour l'enfant, c'est la perte de son parent ou d'une personne proche : si l'on vous suit, il faudrait rendre obligatoire un suivi psychologique pour tous les mineurs qui perdent un proche ! Si l'on ne peut le présumer, on peut toutefois penser que le cadre de l'aide à mourir rassurera les enfants et leur laissera le temps, sans brutalité, de dire au revoir ou de faire un dessin, par exemple.

N'ayons pas peur des mots : la mort fait partie de la vie. On ne peut pas tout prévoir, et il existe déjà dans le texte un dispositif de prise en charge.

Mme Annie Vidal (EPR). Je soutiens l'amendement de ma collègue Gruet. Vous dites, monsieur le rapporteur, que l'orientation vers un dispositif d'accompagnement psychologique est prévue à l'article 5. Or vous avez émis un avis défavorable à un amendement à cet article défendu par M. Monnet, en soulignant qu'eu égard à la démographie médicale et au faible nombre de psychologues, il fallait réserver le suivi au patient et ne pas l'étendre à ses proches. Il faut être cohérent.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Je n'ai pas fait référence à l'article 5 mais à l'article 7.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS287 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement vise à rendre obligatoire la présence d'un témoin neutre lors de l'administration de la substance létale. Extérieur à la sphère familiale et au personnel soignant, sans intérêt personnel à l'acte, ce témoin attestera de l'absence de pression, du respect de la volonté du patient et du bon déroulement de la procédure. Il s'agit d'éviter que le professionnel de santé, seul avec le patient au moment de l'acte, ne puisse avoir un sentiment de supériorité.

Je reviens à l'amendement précédent : je reconnais que l'accompagnement doit être librement choisi par chaque famille mais il me semble d'autant plus nécessaire de protéger les mineurs qu'en plus de subir un deuil, ils assistent à une injection létale.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Nous faisons tout, dans ce texte, pour éviter que des pressions puissent s'exercer. La place que nous laissons à la relation singulière entre le médecin et le malade est un premier élément de sécurisation. Par ailleurs, l'article 9 dispose que le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne « veille à ce qu'elle ne subisse aucune pression », en particulier de la part de quelqu'un qui serait présent dans la pièce. Si une pression avait dû être exercée, enfin, elle l'aurait été durant la phase de réflexion et de décision.

Votre amendement est donc satisfait et risquerait, de surcroît, de réintroduire une forme de pression. C'est la raison pour laquelle nous nous y opposons.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 7 modifié.

La réunion s'achève à treize heures.

Présences en réunion

Présents. – Mme Audrey Abadie-Amiel, Mme Ségolène Amiot, M. Joël Aviragnet, Mme Anhya Bamana, M. Thibault Bazin, M. Christophe Bentz, M. Théo Bernhardt, Mme Sylvie Bonnet, Mme Danièle Carteron, Mme Nathalie Colin-Oesterlé, Mme Josiane Corneloup, M. Hendrik Davi, M. Stéphane Delautrette, Mme Dieynaba Diop, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Fanny Dombre Coste, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Stella Dupont, M. Gaëtan Dussausaye, M. Jérôme End, Mme Karen Erodi, M. Emmanuel Fernandes, Mme Sylvie Ferrer, Mme Agnès Firmin Le Bodo, M. Guillaume Florquin, M. Thierry Frappé, Mme Sabine Gervais, Mme Océane Godard, Mme Justine Gruet, Mme Zahia Hamdane, M. Patrick Hetzel, Mme Chantal Jourdan, M. Michel Lauzzana, M. Didier Le Gac, Mme Karine Lebon, Mme Élise Leboucher, M. Pascal Lecamp, M. René Lioret, Mme Brigitte Liso, Mme Christine Loir, Mme Joëlle Mélin, M. Christophe Mongardien, M. Yannick Monnet, Mme Agnès Pannier-Runacher, M. René Pilato, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Sandrine Rousseau, M. Jean-François Rousset, Mme Sandrine Runel, M. Arnaud Simion, Mme Danielle Simonnet, M. Emmanuel Taché, M. Nicolas Turquois, M. Frédéric Valletoux, Mme Annie Vidal, M. Philippe Vigier, M. Stéphane Viry

Excusés. – Mme Béatrice Bellay, M. Louis Boyard, M. Marc Chavent, M. Sébastien Peytavie, Mme Angélique Ranc

Assistaient également à la réunion. – M. Eddy Casterman, M. Hadrien Clouet, M. Pierre Marle, Mme Mereana Reid Arbelot