

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Suite de l'examen, en nouvelle lecture, de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, en deuxième lecture, relative au droit à l'aide à mourir (n° 2773) (M. Philippe Vigier, rapporteur général ; Mme Brigitte Liso, Mme Audrey Abadie-Amiel, M. Stéphane Delautrette et Mme Élise Leboucher, rapporteurs) 2
- Présences en réunion 58

Mercredi
10 juin 2026
Séance de 15 heures

Compte rendu n° 88

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de
M. Frédéric Valletoux,
*président, puis de
Mme Annie Vidal,
vice-présidente***



La réunion commence à quinze heures.

(Présidence de M. Frédéric Valletoux, président)

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

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

Amendement de suppression AS626 de M. Christophe Bentz

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

Suivant l'avis de M. Stéphane Delautrette, rapporteur, la commission rejette l'amendement.

Amendements AS95 de M. Patrick Hetzel et AS22 de M. Thibault Bazin (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS95 vise à sécuriser l'accès effectif aux traitements et dispositifs nécessaires au soulagement de la douleur et de la souffrance dans le cadre de l'accompagnement de la fin de vie, y compris lorsqu'ils sont susceptibles d'altérer la conscience, en les inscrivant explicitement dans le champ des données acquises de la science et des recommandations de bonnes pratiques. Il précise les conditions de prescription, de préparation et d'administration de ces moyens afin de garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que la continuité de la prise en charge, dans le respect de la volonté de la personne. Il confie enfin aux agences régionales de santé (ARS) une responsabilité en matière d'organisation territoriale destinée à réduire les inégalités d'accès aux soins palliatifs et aux dispositifs de soulagement.

M. Thibault Bazin (DR). Mon amendement, qui est inspiré d'un amendement déposé au Sénat par M. Cuypers, a pour objet de réécrire l'article 8 en précisant que « les traitements, dispositifs et moyens nécessaires à l'accompagnement palliatif et au soulagement de la douleur et de la souffrance, y compris ceux susceptibles d'altérer la conscience, sont mis en œuvre conformément aux données acquises de la science, aux recommandations de bonnes pratiques et aux référentiels nationaux en vigueur ». Il prévoit également que « leur prescription, leur préparation, leur délivrance et leur administration sont assurées dans des conditions garantissant la qualité et la sécurité des soins, la continuité de la prise en charge et le respect de la volonté de la personne ». Enfin, il indique que la responsabilité de l'organisation territoriale destinée à réduire les inégalités d'accès aux soins palliatifs et aux dispositifs de soulagement incombe aux ARS. Cet amendement permettrait de sécuriser l'accès effectif aux traitements et dispositifs nécessaires.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Ces propositions sont issues d'amendements adoptés en première lecture au Sénat avant que celui-ci ne rejette la proposition de loi. Leur adoption aurait pour conséquence de supprimer l'ensemble de la procédure de l'aide à mourir et d'introduire plusieurs dispositions dépourvues de caractère normatif relatives aux soins palliatifs et à la sédation profonde et continue. Ces amendements supprimeraient le circuit de

préparation et de délivrance de la substance létale, créant un vide juridique qui fragiliserait la procédure et réduirait le degré de sécurité.

Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS370 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement s’articule avec ceux que nous avons déposés sur les précédents articles afin d’inscrire ce nouveau droit dans une loi autonome au lieu de le faire figurer dans le code de la santé publique. Pour nous, la distinction est nette : le médicament et son circuit relèvent du droit pharmaceutique, mais l’usage létal qui en est fait procède d’une dérogation qui devrait être définie par une loi spécifique, puisqu’il ne s’agit pas d’une thérapeutique.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Pour les raisons déjà évoquées concernant la suppression de la codification, mon avis est défavorable.

La commission rejette l’amendement.

Amendement AS154 de Mme Christine Loir

Mme Christine Loir (RN). L’article 8 prévoit que le médecin ou l’infirmier est chargé d’accompagner la personne dans les étapes liées à la préparation et à la délivrance de la substance létale. Or le mot « accompagner » n’est pas neutre : il renvoie au soin, à la présence, à la relation humaine et continue. En l’occurrence, la loi définit un cadre strictement procédural. Employer le mot « accompagner » revient à entretenir une confusion entre l’accompagnement des soins et un acte qui conduit à la mort. Aussi proposons-nous de remplacer ce terme par le mot « assister », qui décrit précisément la réalité de l’intention du professionnel de santé et garantit au patient une information claire sur la nature de la procédure. S’agissant d’un sujet aussi grave, la précision des mots n’est pas un détail : elle participe d’une exigence de clarté et de sincérité.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Les mots ont en effet leur importance. Le rôle du médecin ou de l’infirmier ne se limitant pas à une assistance technique passive, le mot « accompagner » a toute sa pertinence.

Avis défavorable.

La commission rejette l’amendement.

Amendement AS720 de M. Stéphane Delautrette

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Cet amendement vise à offrir la possibilité au médecin ou à l’infirmier chargé d’accompagner la personne de retirer directement la préparation magistrale létale dans la pharmacie à usage intérieur (PUI) chargée de réaliser la préparation. Il s’agit d’une mesure de simplification et de sécurisation du parcours.

Mme Justine Gruet (DR). Je suis défavorable à cet amendement. Vous dites que c’est une mesure de simplification, mais c’est aussi une façon un peu déguisée d’accélérer la procédure. Alors que nous nous efforçons de sécuriser davantage le dispositif, vous agissez en

sens inverse en offrant la possibilité de se passer du rôle d'intermédiaire de la pharmacie d'officine.

M. Philippe Vigier, rapporteur général de la proposition de loi. Cette disposition ne réduirait en rien la sécurité de la procédure puisque les pharmacies à usage intérieur et les officines sont soumises aux mêmes règles de délivrance. En outre, il ne s'agit pas d'accélérer la procédure mais de garantir l'effectivité de la loi. Vous nous dites souvent qu'il faut veiller à l'encadrement des dispositions et au respect des délais impartis : par cet amendement, nous nous donnons les moyens d'y parvenir.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, les amendements AS97 et AS98 de M. Patrick Hetzel tombent.

Amendement AS44 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Cet amendement vise à prévenir tout risque de conflit d'intérêts dans la délivrance de la préparation magistrale utilisée dans le cadre de l'aide à mourir. Il prévoit que le pharmacien chargé de cette délivrance ne peut être ni un parent, ni un allié, ni le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacs, ni un ayant droit du médecin prescripteur. Dans le cadre d'une procédure où la prescription médicale conduit à la délivrance d'une substance létale, l'exigence d'indépendance doit être absolue. Il ne suffit pas que la décision médicale soit encadrée, il faut également que chaque maillon de la chaîne soit protégé contre tout soupçon de collusion d'intérêts familiaux, patrimoniaux ou personnels. Cet amendement n'exprime aucune défiance vis-à-vis des médecins et des pharmaciens mais vise simplement à sécuriser leur intervention.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Je peine à comprendre l'intérêt de ce dispositif puisque la pharmacie d'officine est désignée non par le médecin prescripteur, mais par le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne, en accord avec celle-ci. Il n'y a donc aucun lien direct entre le médecin prescripteur, qui s'adresse à la pharmacie à usage intérieur, et la pharmacie d'officine, qui délivre la préparation.

Avis défavorable.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Il faut considérer cette question sérieusement. L'existence d'un lien de parenté avec le pharmacien pourrait entraîner des difficultés. Cette disposition contribuerait à sécuriser les choses.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 8 modifié.

Article 9 : Accompagnement de la personne pendant l'administration, modalités de cette administration et devenir de la substance létale non utilisée

Amendement de suppression AS155 de Mme Christine Loir

Mme Christine Loir (RN). Nous proposons de supprimer l'article 9, qui organise l'administration de la substance létale par un médecin ou un infirmier. Il ne s'agit pas d'un simple dispositif technique. Le jour de l'administration, le professionnel de santé doit vérifier une dernière fois la volonté du patient, préparer la procédure et en assurer le déroulement. On

n'est donc plus dans un soin, ni dans l'accompagnement palliatif : il est demandé à un soignant de participer directement à un acte qui provoque la mort. Lorsque la substance létale est administrée par un tiers, il s'agit d'une euthanasie. On ne peut pas demander à ceux dont la mission est de soigner, de soulager et d'accompagner d'être placés au cœur même de l'acte létal.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Vous souhaitez supprimer l'article 9, qui constitue le cœur du dispositif de l'aide à mourir puisqu'il concerne l'administration de la substance létale. Sans surprise, je suis défavorable à votre amendement. Je rappelle que cet article a été sensiblement amélioré en première lecture par l'adoption de vingt amendements en commission et en séance, qui concernaient notamment la vigilance vis-à-vis des pressions extérieures et le rôle du professionnel avant et après l'administration ; en outre, ils ont procédé à des améliorations rédactionnelles. En deuxième lecture, nous avons encore amélioré la rédaction de l'article en adoptant six amendements. Il me semble que nous avons sécurisé la procédure que doit suivre le professionnel lorsqu'il constate des pressions : c'est une modification qui n'a rien de mineur et qui a été poursuivie à l'article 10.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Je rappelle qu'une période assez longue s'écoule entre le début de la prise en charge du patient et la décision finale. En outre, le malade bénéficie d'un accompagnement de proximité. Des infirmières accompagnent tous les jours des patients qui se trouvent dans une telle situation pour leur éviter des souffrances. Les soignants acceptent ou non de les accompagner jusqu'à la fin ; ils peuvent faire jouer leur clause de conscience, à condition de le dire relativement tôt pour que quelqu'un d'autre assure la prise en charge. Il n'y a donc pas de raison de voter cet amendement.

Mme Christine Loir (RN). Comme vous venez de le dire, une infirmière est là pour accompagner les patients, leur tenir la main, les soulager. Son rôle n'est pas de donner la mort. En ma qualité de soignante, j'ai accompagné de nombreuses personnes. Jamais je ne serais allée jusqu'à les piquer ; cela ne me paraît pas possible.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS99 de M. Patrick Hetzel

Mme Sylvie Bonnet (DR). Cet amendement a pour objet de préciser et de sécuriser les modalités de l'accompagnement, par les médecins et les soignants, des personnes en fin de vie, en cohérence avec le dispositif relatif au soulagement de la souffrance et à l'accompagnement palliatif. Il affirme le principe d'un accompagnement continu jusqu'au décès, fondé sur le respect de la dignité, de la volonté et du projet thérapeutique de la personne. L'amendement encadre la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès, dès lors que les conditions prévues par la loi sont réunies, en garantissant une surveillance médicale adaptée et une présence dans la durée de l'équipe soignante, afin d'assurer le soulagement effectif de la souffrance.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Votre amendement, qui reprend des dispositions adoptées par le Sénat, concerne le texte sur les soins palliatifs. Il n'y a pas lieu, dans le cadre de la proposition de loi que nous examinons, de procéder à cette superposition. Nous avons clarifié les conditions dans lesquelles les soignants accompagnent la patiente ou le patient, conformément à sa demande, dans le cadre de la collégialité. Les professionnels seront présents à toutes les étapes du processus.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS371 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Nous souhaitons inscrire ce nouveau droit dans une loi autonome et non dans le code de la santé publique. En effet, les actes décrits, qu'il s'agisse de la surveillance de l'administration du produit létal ou de l'acte d'administration lui-même, ne sont pas des soins : ils constituent l'application de la dérogation à l'interdit de donner la mort. Les références relatives à la destruction des produits et aux recommandations de bonnes pratiques seraient conservées et rattachées expressément au code de la santé publique.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Pour les raisons déjà évoquées à plusieurs reprises, mon avis est défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS560 de M. Yannick Monnet

M. Yannick Monnet (GDR). Notre rapport à la mort étant susceptible d'évoluer jusqu'au dernier moment, je propose que la personne puisse confirmer sa volonté de procéder ou de faire procéder à l'administration de la substance létale « oralement, par écrit ou par tout mode d'expression possible ». Il me semble important d'apporter cette précision à chaque étape, même au moment de la sédation.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. La personne peut recourir à tout mode d'expression, écrite comme orale, pour confirmer sa volonté : il n'est donc pas nécessaire d'expliciter la chose. J'imagine que la ministre le confirmera en séance.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS164 de M. René Pilato, AS450 de Mme Sandrine Rousseau et AS559 de Mme Karine Lebon

M. René Pilato (LFI-NFP). Mon amendement s'articule avec l'amendement AS524, adopté ce matin, qui a été défendu par Mme Simonnet et Mme Rousseau. Il offre la possibilité de demander à être aidé même si on a la capacité physique de s'administrer la substance. Je vous invite à le voter pour assurer la cohérence du texte, quitte à ce que nous rediscutions des deux amendements en séance.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). L'amendement AS450 vise, par cohérence avec la disposition votée ce matin, à assurer le respect de la liberté de choix des modalités d'administration de la substance létale. Nous avons déjà adopté ces dispositions à plusieurs reprises en commission. Il nous semble essentiel de les réintégrer dans le texte.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS559 est défendu.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je vous rappelle les termes de l'alinéa 6 de l'article 2, que nous avons adopté lundi : « Le droit à l'aide à mourir est le droit pour une personne qui en a exprimé la demande d'être autorisée à recourir à une substance létale et accompagnée, dans les conditions prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7, afin

qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est physiquement pas en mesure de le faire, qu'elle se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier. » Du fait de l'adoption, ce matin, de l'amendement de Mme Simonnet, les articles 2 et 6 ne sont plus coordonnés. Il me semble préférable que l'auto-administration s'exerce dans les conditions que nous avons définies afin de préserver l'équilibre trouvé lors du vote de l'article 2. Nous aurons l'occasion d'en débattre en séance.

Avis défavorable.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Je suis d'accord avec le rapporteur général. En votant contre ces amendements, nous maintiendrions la rédaction actuelle, qui subordonne l'administration par un médecin ou un infirmier à l'incapacité physique de la personne à la réaliser elle-même.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS156 de Mme Christine Loir

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Avis défavorable à cet amendement qui vise à rendre obligatoire l'information du procureur de la République en cas d'incitation à l'administration.

M. Thibault Bazin (DR). Il faudra que nous aboutissions en séance à un texte sérieux, qui soit le moins déséquilibré et le plus cohérent possible. Or, à ce stade de nos travaux, le texte ne présente plus de cohérence d'ensemble. L'implication d'un tiers ne peut-elle avoir lieu que si elle est nécessaire ou relève-t-elle du libre choix du malade ? Telle est la question éthique fondamentale qui se pose à nous. Elle renvoie à la problématique du volontariat et de l'impact pour le tiers.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Il est vrai que nous nous heurtons à un problème de coordination avec l'article 2, puisque nous avons proposé lundi des amendements qui n'ont pas été acceptés, tandis que la commission a adopté ce matin un amendement autorisant le libre choix. Il sera nécessaire de rédiger un amendement de coordination en vue de la séance. Cela étant, on ne peut pas dire que le texte n'est pas équilibré et ne se tient pas. En tout état de cause, les soignants qui accompagnent le malade peuvent faire jouer leur clause de conscience.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS102 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement a pour objet de supprimer l'alinéa 4, introduit en première lecture, aux termes duquel : « [Le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne] veille à ce qu'elle ne subisse de la part des personnes qui l'entourent aucune pression pour procéder ou pour renoncer à l'administration de la substance létale. Le cas échéant, il en informe immédiatement le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3. » Cette disposition définit des agissements, constitutifs du délit d'entrave, qui pourraient être perpétrés lors de l'administration de la substance. Or le délit d'entrave est d'ores et déjà défini par l'article 17. Il convient donc de supprimer cet alinéa.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. J'avoue ne pas comprendre le sens de cet amendement. Pour sécuriser la procédure, nous avons souhaité, en première lecture, mettre à

la charge du professionnel cette nouvelle obligation, à l'initiative de M. Pilato. En deuxième lecture, nous lui avons consacré un alinéa et avons prévu l'information du médecin ayant pris la décision, afin qu'il puisse notamment mettre fin à la procédure en cas de besoin. Nous avons ainsi sécurisé davantage le dispositif, ce qui rejoint une préoccupation que vous ne cessez de manifester. Or, en l'occurrence, vous souhaitez aller en sens contraire. Je proposerai, par l'amendement suivant, de préciser les choses.

Avis défavorable.

M. René Pilato (LFI-NFP). J'irai dans le sens de M. le rapporteur. Je me tourne vers nos collègues de la Droite Républicaine : alors que vous mettez en avant depuis ce matin la vulnérabilité de la personne et la nécessité de prévoir le parachute, la ceinture et les bretelles pour vérifier qu'elle n'est pas soumise à des pressions, voilà que vous proposez de supprimer la disposition qui vise à s'assurer de l'absence de pressions, dans un sens ou dans l'autre. Je vous invite à faire preuve d'un peu de cohérence. Il faut évidemment s'opposer à cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS721 de M. Stéphane Delautrette et AS100 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Mon amendement vise à ce que l'infirmier ou le médecin qui accompagne la personne suspende la procédure lorsqu'il constate que celle-ci a fait l'objet de pressions. Il devra alors informer le médecin ayant pris la décision – quand il ne s'agit pas du même médecin –, lequel décidera de poursuivre ou d'arrêter la procédure – en se conformant, le cas échéant, aux règles définies à l'article 10. Par ailleurs, l'amendement précise les modalités selon lesquelles le médecin ou l'infirmier définit avec la personne une nouvelle date d'administration, quand la procédure peut se poursuivre et qu'une nouvelle date est nécessaire – autrement dit, lorsque la procédure ne peut pas être reprise le jour même.

Il s'agit ici donc de répondre à des préoccupations qui avaient été exprimées quant au caractère insuffisamment précis de la procédure, en particulier sur le fait de savoir s'il fallait ou non l'interrompre lorsque des pressions étaient constatées.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS100 est défendu.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Par cet amendement, M. Hetzel souhaite que le professionnel informe le procureur de la République en cas de pressions. Or, comme j'ai eu l'occasion de le dire, l'urgence, dans ce cas, n'est pas d'informer le procureur mais de déterminer la conduite à tenir.

Avis défavorable.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Je suis favorable à ce que l'on suspende la procédure en cas de pressions, mais vous anticipez le débat que nous aurons à l'article 10. Dans l'attente de cette discussion, je m'abstiendrai.

Mme Justine Gruet (DR). Monsieur le rapporteur, j'aurais aimé que vous nous disiez que l'amendement de M. Hetzel était satisfait. Comme nous l'avons dit lors des lectures précédentes, s'il y a le moindre doute quant à l'existence d'une pression extérieure, il faut

dénoncer ces actes, constitutifs d'abus de faiblesse, au procureur de la République, conformément à l'article 40 du code de procédure pénale. Vous dites que l'information du procureur n'est pas la priorité, mais une procédure doit être engagée afin de sanctionner ces agissements.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Madame Gruet, comme vous l'avez noté, le texte a été enrichi. Quelque 160 amendements ont été adoptés au cours des différentes lectures. Si le corps médical constate des pressions, il ne faut pas attendre une décision du procureur de la République, il convient d'aller vite. La disposition proposée donnera toute latitude au médecin pour arrêter la procédure. N'opposons pas au patient des délais judiciaires qui complexifieront la procédure et modifieront l'esprit du dispositif. Celui-ci repose sur la demande du patient et est encadré par diverses conditions, l'implication du corps médical, une décision collégiale et un protocole sécurisé.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Madame Dogor-Such, je vous invite à lire attentivement le dispositif de l'amendement. L'alinéa 4 de l'article 9 dispose que « [Le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne] veille à ce qu'elle ne subisse de la part des personnes qui l'entourent aucune pression pour procéder ou pour renoncer à l'administration de la substance létale. » L'amendement ajoute les précisions suivantes : « S'il constate des pressions pour procéder à cette administration, il suspend la procédure. Le cas échéant, il en informe immédiatement le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 qui décide dans les meilleurs délais de la poursuite de la procédure ou de son arrêt dans les conditions prévues au 2° du I de l'article L. 1111-12-8. Lorsque la procédure peut se poursuivre et qu'il est nécessaire de définir une nouvelle date, le professionnel de santé convient de cette date avec la personne dans les conditions prévues à l'article L. 1111-12-5. » On ne peut pas être plus précis. Cela répond, me semble-t-il, à des préoccupations qui ont été exprimées quant à la conduite que doit tenir le professionnel confronté à cette situation.

La commission adopte l'amendement AS721.

En conséquence, l'amendement AS100 tombe.

Amendement AS101 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement vise à prévoir que le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne doit s'assurer de la persistance de l'expression de sa volonté. Il précise que la confirmation de sa demande doit avoir lieu en présence de sa personne de confiance, d'un membre de sa famille ou d'un proche.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous avons déjà évoqué cette question à plusieurs reprises. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis du rapporteur, elle rejette l'amendement AS290 de Mme Justine Gruet.

Amendements identiques AS103 de M. Patrick Hetzel et AS356 de Mme Justine Gruet

Mme Sylvie Bonnet (DR). La fin de l'alinéa 6 crée un droit à l'euthanasie, dans la mesure où il est prévu qu'un patient capable de s'administrer lui-même le produit létal puisse

demander à un membre du personnel de santé de le faire. L'amendement AS103 vise donc à supprimer les mots : « ou l'administre ».

Mme Justine Gruet (DR). L'article précédent tend à faire de l'euthanasie la norme plutôt que l'exception. Il nous semble préférable de ne garder que le suicide assisté, à l'occasion duquel on peut considérer, d'un point de vue éthique, que la personne fait usage de sa liberté individuelle en s'administrant elle-même la substance létale.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Le mot « norme » me paraît inapproprié, madame Gruet. Certains ont suggéré que plusieurs centaines de milliers de personnes pourraient être éligibles à l'aide à mourir. Je vous propose pour ma part de nous en tenir au cadre de la loi. Notre objectif ne doit pas être de faire peur, mais d'apporter une sécurité juridique en pensant avant tout aux patients.

Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS291 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Nous souhaitons verrouiller le texte afin de préserver la frontière entre suicide assisté et euthanasie. Il s'agit ici de préciser que l'infirmier ou le médecin ne peut administrer la substance létale qu'à titre strictement exceptionnel, lorsque la personne « n'est pas en capacité physique de le faire ». Tous les moyens doivent être mobilisés pour que cette dernière puisse elle-même faire ce geste, car l'auto-administration garantit le respect de son autonomie et de sa volonté. Je note que depuis l'examen de l'article 2, nous n'avons toujours pas défini ce qui caractérise l'incapacité physique de la personne, y compris au vu des derniers dispositifs techniques disponibles, ni déterminé dans quelles circonstances il peut être décidé de ne pas recourir à l'auto-injection.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Je le redis, il reviendra à la Haute Autorité de santé (HAS) de déterminer les modalités de mise en œuvre. Elle mettra ces informations à disposition des professionnels de santé concernés. À ce stade, il est impossible de préciser quels cas relèveront de l'auto-administration ou de l'administration par un tiers. Il est donc inutile de mentionner à chacun des articles la notion d'incapacité physique que nous avons actée à l'article 2.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS139 de Mme Christine Loir

Mme Christine Loir (RN). Si la personne demande un report de l'administration de la substance létale, un réexamen complet et rigoureux de la procédure doit avoir lieu pour déterminer si elle a des doutes, des hésitations ou si un événement nouveau est apparu. Ce dont il est question ici n'est pas un acte médical ordinaire qu'on pourrait se contenter de reprogrammer dans un agenda : il ne saurait y avoir une simple reconduction à une autre date s'agissant d'un acte irréversible qui met fin à la vie.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous avons bien compris que vous souhaitiez que les malades demandent le moins possible l'aide à mourir, voire y renoncent. Si

la personne demande un report, cela peut être parce qu'elle considère que le moment n'est pas venu et qu'elle a encore des jours à vivre dans de bonnes conditions. Il me semble que vous pourriez être favorable à ce qu'elle puisse alors différer sa décision, ce que l'adoption de votre amendement ne permettrait pas. Si la personne renonce à l'injection, il sera simplement mis fin à la procédure.

Avis défavorable.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Une demande de report peut révéler un doute, une fragilité, un changement dans la volonté du patient. C'est un signal qui justifie que la situation soit réexaminée dans sa globalité. Ce serait une garantie supplémentaire : le médecin pourrait s'assurer à nouveau que les conditions légales et médicales sont remplies.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS104 de M. Patrick Hetzel

Mme Sylvie Bonnet (DR). Il s'agit de compléter l'alinéa 7 par la phrase suivante : « La décision de report est notifiée à la personne de confiance, à la famille et aux proches. » Cet ajout, motivé par un souci de transparence, s'inspire de l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme sur l'affaire Mortier, au cours de laquelle des enfants avaient découvert *a posteriori* l'euthanasie de leur mère.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Avec M. Pilato et d'autres, nous avons exprimé notre méfiance à l'égard de toute forme de pression. Comment être sûr qu'un membre de l'entourage, une fois informé du report, ne cherchera pas à faire changer d'avis la personne ? Vous ne pouvez pas, d'un côté, plaider pour une relation exclusive entre le malade et le médecin au nom de la sécurité du dispositif et, de l'autre, introduire des tiers, que ce soit des juges, un procureur ou des membres de la famille. L'information médicale concerne le seul patient.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS561 de M. Yannick Monnet

M. Yannick Monnet (GDR). Nous avons déjà longuement débattu de la présence du professionnel de santé une fois la substance létale administrée. L'alinéa 8 dispose qu'elle « n'est plus obligatoire ». Nous préférons la rédaction suggérée par France Assos Santé, qui propose d'écrire que la présence du professionnel « est facultative, en fonction de la demande de la personne ». Cette formulation apporte davantage de garanties lors des derniers instants.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Votre amendement est satisfait : la rédaction actuelle prévoit déjà que la présence du professionnel est facultative. Elle ouvre la possibilité qu'il reste aux côtés de la personne si elle le souhaite. En outre, votre rédaction supprime l'adverbe « plus » que nous avons ajouté à l'initiative de M. Clouet l'an dernier. Or ce terme a son importance : il rappelle le caractère obligatoire de la présence du professionnel durant l'administration.

Avis défavorable.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Je suis pour ma part favorable à cet amendement. Sa rédaction, plus explicite, respecte la logique d'autonomie : elle permet de

mieux prendre en compte la volonté qu'exprime la personne et d'organiser rapidement une intervention en cas de difficulté. Écoutons la voix des associations !

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Vos préoccupations sont prises en compte par la rédaction actuelle, monsieur Monnet, qu'il s'agisse du caractère facultatif de la présence du professionnel de santé ou de sa capacité à intervenir. L'alinéa 8 dispose en effet qu'il « est toutefois suffisamment près [...] pour pouvoir intervenir en cas de difficulté ».

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS722 de M. Stéphane Delautrette

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Cet amendement porte sur la localisation du médecin ou de l'infirmier après l'administration de la substance létale. La rédaction à laquelle la navette a abouti semble peu lisible pour les personnels de santé à qui il reviendra de mettre en œuvre l'aide à mourir : elle indique que le professionnel doit être « dans le champ de vision de la personne », alors que l'inverse serait plus logique. Nous proposons donc de supprimer cette mention pour préciser qu'il doit rester présent « dans la même pièce ».

La commission adopte l'amendement.

Puis, suivant l'avis du rapporteur, elle rejette l'amendement AS702 de M. Yannick Monnet.

Amendement AS165 de M. Hadrien Clouet

Mme Sylvie Ferrer (LFI-NFP). Cet amendement vise à rétablir la rédaction adoptée par la commission en première lecture, à savoir : « Est réputée décédée de mort naturelle la personne dont la mort résulte d'une aide à mourir ».

Il importe de rester fidèle à une approche humaine et déculpabilisante du recours à ce droit. Refuser cette réalité revient non seulement à nier la souffrance ayant pu conduire la personne à faire ce choix, mais aussi à invalider sa démarche, puisque l'aide à mourir est une conséquence directe de l'affection dont elle est atteinte.

En outre, si la cause de la mort était considérée comme non naturelle ou comme un suicide, cela pourrait pénaliser les héritiers ou ayants droit, ce qui serait particulièrement injuste.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Avis défavorable.

Plusieurs réponses ont été apportées aux inquiétudes qui se sont exprimées à propos du certificat de décès, notamment en séance.

D'abord, il n'y a pas d'enjeux assurantiels liés à la cause de la mort. Mme Vautrin, alors ministre de la santé, a eu l'occasion de le rappeler lors de la discussion générale en commission et en séance. L'article 19 porte précisément sur ce sujet : il n'est pas utile de procéder à cet ajout.

Ensuite, la question de savoir quelle case cocher sur le certificat de décès ne relève pas de la compétence du législateur. Lorsque j'avais interrogé Mme Vautrin en première lecture, elle s'était engagée à faire évoluer le modèle des certificats de décès. Lors des débats

en deuxième lecture, Mme Rist nous a informés que les travaux avaient avancé et qu'une nouvelle case réservée à l'aide à mourir serait ajoutée. Elle devrait nous en dire davantage en séance.

Mme Justine Gruet (DR). La question peut se poser lorsque le pronostic vital est engagé à court terme, mais le troisième des critères énumérés à l'article 4 prévoit que l'aide à mourir peut être demandée alors que le pronostic est engagé à plus long terme.

Il a été envisagé, me semble-t-il, que la HAS se penche sur la rédaction du certificat de décès. J'en profite pour revenir sur vos propos, monsieur le rapporteur : vous avez indiqué qu'il lui reviendrait de déterminer les modalités de mise en œuvre du dispositif, notamment de définir la différence entre suicide assisté et euthanasie. Pouvez-vous confirmer qu'elle a été saisie sur ce point le 9 février 2026 ? Autrement dit, est-elle appelée à se prononcer sur des dispositions sur lesquelles notre assemblée n'a pas encore voté ? Si oui, cela me paraît poser problème, eu égard à l'exigence de sincérité des débats et de liberté de vote.

M. René Pilato (LFI-NFP). Je suis favorable à cet amendement, car la personne va de toute façon mourir de sa maladie et elle le sait. Au rythme auquel les ministres de la santé se succèdent, le plus sécurisant serait d'intégrer cette précision dans la loi. Il sera ainsi inutile de faire évoluer le certificat de décès.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Madame Gruet, vous qui appelez à la clarté, évitez de semer le trouble en revenant à des articles dont nous avons déjà débattu.

S'agissant des certificats de décès, nous avons commencé à combler le vide juridique : des avancées ont eu lieu et nous pourrions demander à la ministre de nous apporter des précisions complémentaires sur la manière dont ce décès sera reconnu, au même titre que les autres décès. Cette question renvoie à des décrets d'application ; en la matière, nous sommes un peu démunis.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS723 de M. Stéphane Delautrette.

Amendement AS292 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Il est prévu que le compte rendu de l'injection de la substance létale soit versé au système d'information afin d'exercer un contrôle *a posteriori*. Or cette plateforme ne sera pas forcément d'un accès aisé. Mieux vaut faciliter ce contrôle en adossant ce document au dossier médical du patient qui le suit depuis sa naissance.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Je ne vois pas l'utilité d'enregistrer ce document dans le dossier médical d'un patient après sa mort. L'article 11 précise que l'ensemble des actes de la procédure seront enregistrés au sein d'un système d'information spécifiquement créé à des fins d'évaluation, de suivi et de contrôle *a posteriori*.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 9 modifié.

Article 10 : Arrêt des procédures

Amendement de suppression AS628 de M. Christophe Bentz

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

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

Amendement AS372 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Comme précédemment, nous estimons que les dispositions prévues à l'article 10 ne devraient pas figurer dans le code de la santé publique. Les garanties prévues, notamment le signalement de pressions au procureur de la République, renvoient au contrôle d'une dérogation et non à la conduite d'un traitement. Leur place est dans une loi propre.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Ce sera évidemment un avis défavorable. Nous avons suffisamment abordé cette question de codification.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette successivement les amendements en discussion commune AS293, AS294 et AS295 de Mme Justine Gruet.

Amendement AS562 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). Nous avons déjà longuement débattu de la présence du professionnel de santé une fois la substance létale administrée. L'alinéa 8 dispose qu'elle « n'est plus obligatoire ». Nous préférons la rédaction suggérée par France Assos Santé, qui propose d'écrire que la présence du professionnel « est facultative, en fonction de la demande de la personne ». Cette formulation apporte davantage de garanties lors des derniers instants.

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

Amendement AS24 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). Il faudrait prendre en compte les cas où la personne fait part de son renoncement à d'autres professionnels de santé que le médecin qui s'est prononcé sur la demande ou que le professionnel chargé d'administrer la substance létale.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Avis défavorable.

Le périmètre couvert par les termes « tout professionnel de santé qui l'accompagne dans son parcours de soins » est très large. Respectons le choix initial de la personne et restons-en au médecin à qui elle a demandé d'engager la procédure.

M. Thibault Bazin (DR). La HAS souligne que, dans le cadre de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, tous les professionnels ayant participé à la prise de décision collégiale sont associés.

Si la personne dit qu'elle veut mettre fin à la procédure à un professionnel, qu'il intervienne à son domicile ou dans le service dans lequel elle est hospitalisée, il faut en tenir compte.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. La sédation profonde et continue repose sur une autre procédure, qui prévoit notamment la prise en compte des directives anticipées, élément que nous n'avons pas voulu intégrer dans l'aide à mourir pour préserver un certain équilibre. Ne reprochez pas au professionnel auquel la personne a confié cette lourde décision de ne pas diffuser l'information.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS46 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Nous avons déjà eu l'occasion de débattre de la place des infirmiers dans la procédure. Nous considérons qu'ils n'ont pas à participer à une mission qui excède le cadre de leurs fonctions. L'administration de la substance létale relève d'une responsabilité exclusivement médicale. C'est le choix de prudence qui a été retenu dans la plupart des législations étrangères.

Suivant l'avis du rapporteur, la commission rejette l'amendement, puis elle rejette successivement les amendements en discussion commune AS296, AS297 et AS298 de Mme Justine Gruet.

Amendement AS203 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Justine Gruet (DR). Dans le souci d'assurer une évaluation véritablement collégiale, nous souhaitons que le collège pluriprofessionnel puisse mettre fin à la procédure.

J'ajoute que l'adoption de l'amendement visant à reconnaître la mort provoquée par l'administration d'une substance létale comme une mort naturelle invisibilise l'intervention d'une personne extérieure. C'est un symbole très fort.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Avis défavorable.

La collégialité n'intervient pas dans le processus de décision globale. Nous avons sécurisé la procédure en la séquençant : le médecin qui instruit la demande recueille les avis émis dans un cadre collégial, prend une décision et en fait part au patient. C'est aussi lui qui met fin à la procédure le cas échéant. Il doit à chaque étape s'assurer que le patient peut manifester sa volonté de manière libre et éclairée et veiller à ce qu'il soit protégé. On ne peut être plus clair pour préserver les intérêts de la personne ayant demandé l'aide à mourir.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Assimiler une mort due à l'administration d'une substance létale à un décès résultant de l'évolution d'une pathologie soulève des interrogations sur le plan des statistiques de santé publique, de la traçabilité et de l'évaluation du dispositif.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Nous avons déjà défini le rôle de la collégialité, inutile d'y revenir.

Pour revenir à mon tour sur la notion de mort naturelle, voudriez-vous créer aussi une case spéciale lorsqu'une mort intervient après une sédation profonde et continue ? Pour

remplir les certificats de décès des patients qui demandent l'aide à mourir, il faut simplement savoir quelle maladie incurable les a conduits vers la mort.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS724 de M. Stéphane Delautrette.

Amendement AS630 de M. Christophe Bentz

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

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

Amendement AS168 de M. Hadrien Clouet

Mme Sylvie Ferrer (LFI-NFP). L'article 17 crée un délit d'incitation à l'aide à mourir. Il nous faut protéger le libre exercice du droit à choisir sa fin de vie dans les conditions prévues par la loi. Dès lors, le médecin chargé d'examiner la demande doit pouvoir signaler au procureur de la République les pressions subies par la personne pour renoncer à l'aide à mourir. Il est de notre devoir, en tant que législateurs, de préserver les intérêts des usagers des services de santé et de permettre à chacun d'exercer ses droits sans subir de pressions ni de violences.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Votre amendement est problématique. Selon votre hypothèse, un médecin pourrait mettre fin à la procédure d'aide à mourir d'une personne victime de pressions pour y renoncer, ce qui serait incohérent avec la volonté de cette dernière. L'amendement aurait donc l'effet inverse de celui que vous recherchez.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS631 et AS632 de M. Christophe Bentz

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Les amendements sont défendus.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS105 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). L'article 10 prévoit trois hypothèses pour mettre fin à la procédure. Il convient d'en inscrire une quatrième, à savoir un signalement effectué auprès du procureur de la République. Nous en avons parlé avec notre amendement AS100 à l'article 9.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je crois vous avoir répondu tout à l'heure. La temporalité du procureur n'est pas celle de la pratique que nous avons instaurée. En cas de pression, le médecin pourra en tenir compte et stopper la procédure. Nous ne pouvons pas avoir plus de garde-fous que ceux qui sont déjà prévus. Vous voulez attendre une décision de justice. Mais quand arrivera-t-elle ?

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 10 modifié.

Article 11 : *Création d'un système d'information pour le suivi de la procédure*

Amendements de suppression AS633 de M. Christophe Bentz et AS682 de Mme Annie Vidal

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement AS633 est défendu.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette les amendements.

Amendement AS373 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Les dispositions prévues à l'article 11 n'ont pas vocation à figurer dans le code de la santé publique. Le système d'information dont la création est proposée n'est pas un outil du soin : il permet de contrôler une procédure dérogatoire, et non de partager des informations de santé. Sa place est donc dans une loi autonome.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Pour au moins la dixième fois, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS725 de M. Stéphane Delautrette et sous-amendement AS735 de M. Patrick Hetzel

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Mon amendement vise à permettre l'enregistrement de données complémentaires dans le système d'information prévu par l'article 11. En l'état, celui-ci prévoit que « chacun des actes » accomplis dans le cadre de la procédure d'aide à mourir soit enregistré dans ce système par les professionnels concernés. La notion d'actes désigne les documents que les professionnels de santé devront enregistrer à chaque étape de la procédure, dont la poursuite sera subordonnée à cet enregistrement. Relèvent notamment de cette catégorie la demande initiale de la personne et ses confirmations successives, la décision du médecin, ou encore le compte rendu du déroulement de l'administration de la substance létale.

Je propose de prévoir aussi l'enregistrement des « informations strictement nécessaires » à l'accomplissement des missions de la commission de contrôle et d'évaluation. Cette modification tire d'abord les conséquences de l'introduction, à l'article 15, de la précision selon laquelle la commission devra adopter une « approche sociologique et éthique », que notre commission avait introduite en première lecture à l'initiative de ma corapporteuse Élise Leboucher. Or une telle approche suppose de recueillir des données complémentaires concernant les personnes qui recourent à l'aide à mourir. À cet égard, je tiens à préciser qu'Élise Leboucher proposera un amendement à l'article 15 dans le but de préciser que la conduite de recherches scientifiques sur la base des données du système d'information sera subordonnée au consentement des personnes intéressées.

M. Thibault Bazin (DR). Je défends le sous-amendement. Ce système d'information me semble intéressant pour assurer la traçabilité, ainsi que pour d'autres finalités qui seront inscrites à l'article L. 1111-12-13. Mais je ne comprends pas pourquoi vous voulez ajouter que ces informations doivent être « strictement nécessaires », puisqu'elles sont déjà liées à des finalités précises. Je propose donc de supprimer cette précision inutilement ambiguë.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je ne comprends pas votre sous-amendement. Cet amendement sécurise l'exploitation des données et garantit la traçabilité et le respect des étapes successives. Vous savez bien qu'il existe des informations nécessaires et d'autres superfétatoires.

Avis défavorable sur le sous-amendement.

M. René Pilato (LFI-NFP). Nous allons soutenir l'amendement du rapporteur, mais pas le sous-amendement. Nous avons en effet besoin de traçabilité et donc d'un minimum d'informations. Alors que l'on reproche aux médecins de ne pas avoir le temps d'être devant leurs patients à cause d'une surcharge administrative, ce « strictement nécessaires » me semble particulièrement utile !

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Nous voterons pour le sous-amendement. J'estime – à titre personnel, puisqu'il y a liberté de vote – que l'expression « strictement nécessaires » est trop floue et qu'elle risque d'être source d'interprétations divergentes et de contentieux.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Il n'y a rien de flou ! L'information est collectée selon un principe de proportionnalité aux fins d'évaluation *a posteriori*. Élise Leboucher interviendra tout à l'heure sur la question de la sensibilité des données personnelles. Je suis défavorable au sous-amendement.

La commission rejette le sous-amendement et adopte l'amendement.

En conséquence, l'amendement AS106 de M. Patrick Hetzel tombe.

Amendement AS299 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Il s'agit d'enregistrer les éléments attestant les mesures prises pour prévenir et détecter les pressions. Cet amendement s'inscrit dans la continuité de ce que j'ai déjà défendu, notamment sur les difficultés que l'on peut rencontrer dans l'appréciation de la légalité de certains critères, en particulier de celui relatif au caractère libre et éclairé de la demande. Cette appréciation est confiée au médecin, qui n'a pas nécessairement l'expertise requise. Nous y reviendrons d'ailleurs plus tard, notamment lors de l'examen des dispositions relatives à la formation des médecins, qui doit leur permettre d'être capables de détecter les pressions.

M. le président Frédéric Valletoux. La pédagogie, c'est l'art de la répétition !

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Mais la répétition conduit parfois à la confusion, surtout lorsque l'on mélange des articles. Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). J'ai omis de préciser qu'aucun contrôle *a priori* de la légalité des critères n'est prévu : ce système d'information ne servira qu'à un contrôle *a posteriori*, après le décès de la personne. Si la légalité des critères n'était pas respectée, on s'en rendrait compte trop tard.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 11 modifié.

Article 12 : Recours contre la décision d'aide à mourir

Amendements de suppression AS634 de M. Christophe Bentz et AS681 de Mme Annie Vidal

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement AS634 est défendu.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission **rejette** les amendements.*

Amendement AS374 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). J'en reviens à la notion de loi autonome. L'existence d'un contentieux propre, y compris devant le juge des contentieux de la protection, confirme que la décision en cause n'est pas une décision de soins relevant du seul colloque singulier entre le patient et son médecin, mais un acte autorisant une dérogation à l'interdit de donner la mort, justiciable comme tel.

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

Amendement AS204 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Justine Gruet (DR). Ma collègue souhaite insister sur la nécessaire collégialité dans la prise de décision. La situation n'est pas la même que dans le cas de la sédation profonde et continue, puisque c'est alors l'équipe de soins qui connaît le patient qui fait partie du collège et que la téléconsultation n'est pas permise.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Il est inutile de revenir encore une fois sur la collégialité. Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement, puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** successivement les amendements en discussion commune AS300, AS301 et AS302 de Mme Justine Gruet.*

Amendement AS80 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). Je propose une procédure de médiation facultative afin d'éviter le recours à la justice. En effet, il ne s'agit pas de multiplier les contentieux et de judiciariser cette phase compliquée. Cette médiation serait fondée sur le dialogue, la compréhension des points de désaccord sur les décisions médicales et la recherche de solutions acceptées par tous.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. J'entends votre argumentation, mais vous savez aussi bien que moi que l'ouverture d'une telle possibilité risque d'entraîner une multiplication des contentieux.

Je rappelle par ailleurs un principe fondamental : le secret médical. Il convient de préserver la relation entre le patient qui formule la demande et le médecin qui l'accompagne. À défaut, nous ouvririons la voie à de multiples recours qui deviendraient autant de moyens de contestation et de fragilisation de la procédure. Or vous qui êtes attaché à la traçabilité, vous conviendrez qu'une telle évolution risquerait précisément de l'affaiblir.

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

Amendements AS303 de Mme Justine Gruet, AS109 de M. Patrick Hetzel, AS125 de M. Thibault Bazin (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Le contrôle juridictionnel constitue une garantie fondamentale de la légalité des procédures relatives à l'aide à mourir. Toute personne susceptible de constater un manquement aux critères d'éligibilité ou aux conditions procédurales doit pouvoir saisir la juridiction compétente, dans le respect des règles de droit commun. Si le non-respect des critères ne peut être contesté que par la personne qui a fait la demande, seul le refus de ladite demande pourra être examiné ; de fait, une fois décédée, la personne aura du mal à contester. L'objectif est de sécuriser le dispositif pour qu'une contestation soit possible en cas de validation de la demande si l'on juge que la légalité des critères n'est pas respectée. Si une personne constate une pression induite sur le patient, par exemple, elle doit pouvoir contester la demande.

Dans son amendement AS109, Patrick Hetzel ouvre également le droit de recours, en disant que les décisions « peuvent être contestées par la personne ayant formé la demande, sa personne de confiance, ses proches, les membres de sa famille et toute personne y ayant intérêt ».

M. Thibault Bazin (DR). L'alinéa 2 me semble déséquilibré : le recours est limité à la seule personne qui fait la demande. Or, par la force des choses, ce recours n'est possible qu'en cas de refus. Imaginons que le médecin ait accordé le suicide assisté ou l'euthanasie sans que la personne concernée réponde aux critères fixés par loi. N'y a-t-il pas un risque de dérive ? Il y a un contrôle *a posteriori*, mais jamais *a priori*, alors que l'on parle d'une personne qui sera potentiellement décédée.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. C'est votre proposition qui crée une asymétrie. Moi, je protège le corps médical, qui aura la charge de poser le diagnostic et de voir si le patient répond aux critères que nous aurons définis. Si j'entre dans votre brèche, c'est tout notre protocole thérapeutique qui est remis en cause. La famille, les proches ou je ne sais qui iront demander pourquoi tel protocole et pas tel autre. L'expérience le montre : pourquoi y a-t-il moins d'étudiants en médecine qui souhaitent faire le magnifique métier d'anesthésiste ? Parce que les patients remettent souvent en cause leurs pratiques. J'entends vos réserves, mais nous avons vraiment sécurisé le dispositif. Une tierce personne ne peut pas intervenir.

Certes, la personne est décédée, mais si le protocole n'a pas été respecté, si les doses injectées n'étaient pas les bonnes, si les apports hydriques n'ont pas été suffisants, c'est exactement la même chose que pour la sédation profonde et continue : cela peut être constaté *a posteriori*. En revanche, là où il a fallu plus de dix ans de recul avec la loi Claeys-Leonetti, nous disposerons ici, dans un délai plus court, des éléments de traçabilité nécessaires.

M. René Pilato (LFI-NFP). Deux choses ne vont pas dans cet amendement. D'abord, il traduit un certain mépris pour la compétence du médecin et de l'équipe collégiale. Ça suffit de remettre en cause des gens qui font bien leur métier !

Ensuite, c'est vraiment la porte ouverte pour que n'importe qui fasse valoir un délit d'entrave. Si on interpose des personnes entre le médecin et le patient, on ouvre la porte à toutes les contestations. Cela revient à remettre en cause l'appréciation des médecins et, finalement, à empêcher l'exercice du droit à l'aide à mourir.

Mme Justine Gruet (DR). Nous ne demandons pas de porter un jugement sur un soin ; nous demandons la faculté de contester une décision relative à un geste qui entraîne la mort. Une fois de plus, malheureusement, la France va se distinguer en refusant tout recours par un tiers, alors que cette possibilité existe au Canada, aux États-Unis, en Belgique ou en Espagne. C'est contraire aux droits de l'homme. Faute d'un contrôle *a priori*, il faut un contrôle *a posteriori* qui tienne la route et qui soit équilibré.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Ces amendements ne remettent pas en cause l'expertise des médecins. Ils apportent une garantie procédurale supplémentaire pour sécuriser juridiquement les décisions et renforcer la confiance dans le dispositif. Ils permettent également de préserver les droits de la personne concernée et de ses proches, tout en complétant utilement le travail d'évaluation déjà réalisé par les médecins. Rappelons qu'il ne s'agit bien que d'une possibilité de recours.

M. Jean-François Rousset (EPR). Il existe déjà des médecins de recours. Ce sont des médecins qui ont un diplôme, une thèse, et qui passent leur temps à essayer de trouver des failles dans les activités médicales, chirurgicales, celles des anesthésistes en particulier. Ce sont souvent eux qui alimentent la judiciarisation de la profession médicale. On n'aime pas avoir affaire à un médecin de recours. Vous pouvez leur faire confiance : ils étudieront ces dossiers.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Dans une proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir, il est normal de prévoir des possibilités de recours pour garantir l'effectivité d'un tel droit dans les conditions définies par la loi. Ce que vous proposez, c'est tout à fait autre chose.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS108 de M. Patrick Hetzel, AS563 de M. Yannick Monnet et AS126 de M. Thibault Bazin (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). L'exclusivité de compétence confiée au juge administratif pose problème. Le juge administratif serait compétent à la fois pour les aides à mourir pratiquées dans les établissements de soins privés, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), et pour celles réalisées par la médecine générale. Le monopole confié ici à la juridiction administrative au nom d'une bonne administration de la justice n'a pas de fondement constitutionnel.

Qu'est-ce qui est du ressort du juge administratif ou du juge judiciaire ? Relève en dernier ressort de la compétence de la juridiction administrative l'annulation ou la réformation des décisions prises, dans l'exercice de leurs prérogatives de puissance publique, par les autorités publiques ou par les organismes publics placés sous leur autorité ou leur contrôle. Les autres décisions relèvent de la compétence du juge judiciaire. Le monopole de compétence accordé au juge administratif n'a donc aucune justification.

M. Yannick Monnet (GDR). Dans son avis du 4 avril 2024 sur le projet de loi initial, le Conseil d'État remarquait que « *l'étude d'impact indique de manière succincte et peu convaincante que c'est le juge administratif qui devrait être majoritairement saisi, au motif [...] que les personnes atteintes de pathologies seraient le plus souvent prises en charge dans des établissements publics de santé* ». Mais ce ne sera pas tout le temps le cas. Parce

qu'il faut permettre à tout le monde de saisir le bon juge, nous souhaitons mentionner également la juridiction judiciaire.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Dans sa décision du 23 janvier 1987, le Conseil constitutionnel a admis que, « *lorsque l'application d'une législation ou d'une réglementation spécifique pourrait engendrer des contestations contentieuses diverses qui se répartiraient, selon les règles habituelles de compétence, entre la juridiction administrative et la juridiction judiciaire, il est loisible au législateur, dans l'intérêt d'une bonne administration de la justice, d'unifier les règles de compétence juridictionnelle au sein de l'ordre juridictionnel principalement intéressé* ».

Plusieurs raisons justifient d'attribuer ce contentieux aux juridictions de l'ordre administratif : l'existence de procédures d'urgence devant le juge administratif qui ont fait la preuve de leur efficacité, notamment le référé-liberté ; la célérité des procédures devant la juridiction administrative ; la nécessité d'éviter les jurisprudences divergentes entre ordres juridictionnels dans cette matière contentieuse qui pourrait ne concerner qu'un nombre limité de cas ; la simplification des procédures pour le justiciable qui n'aura pas à rechercher l'ordre de juridiction compétent en fonction du cadre d'exercice du médecin qui s'est prononcé sur sa demande. Je souligne enfin que le juge administratif a montré sa capacité à adapter son office pour se prononcer sur des questions médicales complexes, en particulier concernant des personnes en fin de vie, en statuant sur les procédures d'arrêt de traitements.

Je suis donc défavorable à ces amendements.

Mme Annie Vidal (EPR). En ce cas, pourquoi évoquez-vous à la fin de l'alinéa la juridiction administrative compétente ?

M. Thibault Bazin (DR). Pourquoi le Conseil d'État n'a-t-il pas pris en compte, dans son avis, la décision très ancienne du Conseil constitutionnel ?

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Vos explications m'étonnent d'autant plus, monsieur le rapporteur, que vous proposez, à l'amendement AS726, de supprimer carrément les mots « devant la juridiction administrative compétente ».

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. En effet, les débats sont parfois un peu compliqués, parce que les amendements se succèdent selon une logique toute particulière. Je proposerai effectivement un amendement pour supprimer la mention « juridiction administrative compétente », ce qui répond à la question de Mme Vidal. Cette précision, ajoutée à la suite de l'adoption d'un amendement de M. Potier, crée une incohérence que je vais corriger.

L'amendement AS563 est retiré.

La commission rejette successivement les amendements AS108 et AS126.

Amendement AS726 de M. Stéphane Delautrette

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Comme promis, cet amendement rédactionnel vise à résoudre une incohérence.

Mme Justine Gruet (DR). Il est surprenant que ce domaine juridique soit le seul à échapper au droit de recours. Pourquoi, en ce cas, prévoir à l'article 15 la présence d'un

membre de la Cour de cassation ? En outre, dans le cadre de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, le contentieux n'est pas réservé au juge administratif. Cela semble paradoxal.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous allons examiner ce point très rapidement.

*La commission **adopte** l'amendement, puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** successivement les amendements en discussion commune AS304, AS305 et AS307 de Mme Justine Gruet.*

La réunion est suspendue de seize heures quarante à dix-sept heures.

(Présidence de Mme Annie Vidal, vice-présidente)

Amendements AS667 de Mme Annie Vidal, AS205 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé et AS390 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Annie Vidal, présidente. Mon amendement vise à aligner le délai de recours de la personne chargée d'une mesure de protection sur les dispositions du droit commun du contentieux, qui incluent le référé-liberté. En effet, deux jours ne sont pas suffisants pour recueillir les éléments nécessaires à la formation d'un recours utile.

La vulnérabilité d'une personne protégée ne doit pas conduire, paradoxalement, à une réduction des garanties procédurales, d'autant que le risque d'abus de faiblesse est clairement identifié.

M. Thibault Bazin (DR). Deux jours ne nous paraissent pas suffisants. Les amendements AS205 et AS390 proposent des délais plus respectueux eu égard à la portée de l'acte.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Ces amendements visent à supprimer ou à augmenter le délai dans lequel la personne chargée de la mesure de protection peut saisir le juge des tutelles.

Les délais que vous proposez ne sont pas adaptés à la situation des personnes demandant l'aide à mourir, condamnées par la maladie et dont le pronostic vital peut être engagé à brève échéance. Ils ne sont pas non plus compatibles avec les délais que nous avons adoptés dans les articles précédents.

En outre, ils ne sont pas justifiés. Si la personne chargée de la mesure de protection a un doute sur l'aptitude de la personne protégée à exprimer une volonté libre et éclairée, on voit mal pourquoi elle laisserait s'écouler huit ou quinze jours, voire un mois, après la notification du médecin avant de saisir le juge – à moins de vouloir empêcher la personne protégée d'accéder à l'aide à mourir quand bien même elle serait apte à en formuler la demande.

Le délai défini par l'article est comparable à celui observé par certaines juridictions dans le cadre de procédures d'urgence. En cas de référé-liberté devant le tribunal administratif, le juge se prononce dans un délai de quarante-huit heures. Cette procédure est régulièrement employée pour contester des décisions médicales délicates, en particulier en matière de limitation ou d'arrêt de traitement.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (DR). Encore faut-il que la personne chargée de la mesure de la protection soit informée de la demande, ce qui peut intervenir tardivement, car il est possible que le médecin ne sache pas que le patient fait l'objet d'une mesure de protection.

Je ne comparerai pas ce délai à celui valable dans d'autres situations, car l'administration d'une substance létale est d'une gravité incomparable. Mais deux jours me semblent un délai particulièrement réduit pour des personnes qui font l'objet d'une mesure de protection. Comprenez que nous soyons choqués par un délai aussi court.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS733 de M. Stéphane Delautrette

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Cet amendement vise à attribuer à la juridiction administrative le contentieux relatif à l'accès des personnes protégées à l'aide à mourir.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Cela confirme notre volonté d'apporter une réponse la plus rapide possible et de ne pas laisser courir les délais puisque, comme le rapporteur l'a dit, la juridiction administrative se prononce toujours très rapidement, notamment en cas de référé-liberté.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Donc les amendements sur ce sujet qui ont été rejetés étaient tout de même de bon sens, monsieur le rapporteur général.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, les amendements AS306 de Mme Justine Gruet et AS432 de Mme Lisette Pollet tombent.

Amendements AS77 de M. Thibault Bazin et AS110 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

M. Thibault Bazin (DR). Compte tenu de la rédaction actuelle, mon amendement mériterait d'être réécrit. Je le retire.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS110 prévoit que la décision autorisant une personne faisant l'objet d'une mesure d'assistance ou de protection à accéder à l'aide à mourir peut être contestée devant le juge des tutelles par la personne chargée de la mesure de protection.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Cet amendement va totalement à l'encontre de ce que nous avons adopté précédemment dans un objectif de simplification et d'unification. Je vous demande de bien vouloir le retirer ; à défaut, avis défavorable.

L'amendement AS77 est retiré.

La commission rejette l'amendement AS110.

Amendements AS308 et AS309 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'argument selon lequel le texte n'enlève pas de droits n'est pas recevable. De même que les pharmaciens n'ont pas de clause de conscience, les membres de la commission de contrôle et d'évaluation qui ne sont pas médecins n'auront pas accès au dossier médical du patient, et, contrairement à ce qui existe à l'étranger, les tiers ne pourront pas former de recours.

Vous dites que la procédure est sécurisée, que l'aide à mourir est un ultime recours et non un droit nouveau ouvert à de nombreuses personnes, mais nous avons le sentiment que cela va bien plus loin. Or il n'y aura pas de contrôle *a priori* et le contrôle *a posteriori* ne sera pas forcément suffisant pour protéger les personnes les plus vulnérables.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Nous sommes totalement défavorables à cette judiciarisation. La confiance dans le médecin, seul capable d'apprécier si la personne formule librement sa demande d'aide à mourir, est un des principes fondateurs de cette loi : nous y sommes attachés.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle adopte l'article 12 modifié.

Article 13 : Mesures réglementaires d'application

Amendements de suppression AS635 de M. Christophe Bentz et AS683 de Mme Annie Vidal

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement AS635 est défendu.

Mme Annie Vidal, présidente. L'article 13 prévoit que les conditions d'application du dispositif sont fixées par voie réglementaire, ce qui prive le Parlement de sa capacité à débattre – d'où mon amendement.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Le texte détaille chacune des étapes de la procédure : tous les textes ne se caractérisent pas par la même exhaustivité, tant s'en faut. On ne peut donc assurément pas dire que le législateur s'est dessaisi de sa compétence au profit du pouvoir réglementaire.

En outre, il n'est pas anormal de laisser à ce dernier le soin d'apprécier et de préciser les conditions d'application de la loi, comme c'est le cas pour la procédure collégiale aboutissant à l'arrêt des traitements et à la sédation profonde et continue du patient.

Enfin, en application de l'article 21 de la Constitution, le pouvoir réglementaire peut toujours déterminer les conditions d'application de la loi. Supprimer l'article 13 ne priverait donc pas le Gouvernement de cette faculté, mais, en supprimant la mention d'un décret pris en Conseil d'État, abaisserait le niveau de formalisme des dispositions ainsi que leur place au sein de la hiérarchie des normes.

Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS111 de M. Patrick Hetzel

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

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

Amendement AS375 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Il s'agit une nouvelle fois de renvoyer les dispositions de l'article à une loi autonome et non à une codification dans le code de la santé publique : le décret pris en Conseil d'État précisera les conditions d'application d'un régime dérogatoire, et non les modalités d'un soin.

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

Amendement AS728 de M. Stéphane Delautrette

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Lors de la deuxième lecture, nous avons précisé en séance publique que le décret d'application de la loi serait pris après avis du Conseil national de l'Ordre des médecins. Je propose de supprimer cet ajout, car le décret, qui porte sur des aspects procéduraux, ne relève pas des attributions de l'Ordre, qui concernent la déontologie médicale et le cadre d'exercice de la médecine.

En outre, il ne me semble pas opportun de risquer de retarder la publication de cet acte réglementaire : si la loi est adoptée, il faut la rendre rapidement effective. L'absence de consultation formelle n'empêchera évidemment pas les représentants des médecins – et pas seulement les instances ordinales – de prendre position.

Mme Justine Gruet (DR). À nos yeux, la consultation préalable du Conseil national de l'Ordre des médecins constituait une garantie, d'autant que le dispositif a des conséquences sur le code de déontologie médicale. Par exemple, il y figure la notion d'« information loyale », qui a été supprimée du texte au cours des débats. Des coordinations seront donc nécessaires.

L'aide à mourir ne nous semble déjà pas très sécurisée ; ne faisons pas sauter les garanties introduites lors de la précédente lecture.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Le rapporteur l'a dit, et vous le savez puisque vous êtes vous-même une professionnelle de santé, les instances ordinales ne sont pas là pour construire la loi, mais pour vérifier que la déontologie est bien respectée dans le cadre de son application. Elles ne peuvent pas être juges et parties, sinon il y a mélange des genres.

Ce qu'elles nous ont demandé lors de leur audition – notamment le Conseil de l'Ordre des médecins et celui des infirmiers –, c'est de définir un protocole opposable aux praticiens rattachés à l'ordre pour assurer la traçabilité de l'acte et sa conformité aux règles de déontologie, comme ils le font pour tous les actes médicaux.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'amendement AS566 de M. Yannick Monnet tombe.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette successivement les amendements en discussion commune AS310, AS311 et AS312 de Mme Justine Gruet.

Elle **adopte** ensuite l'amendement rédactionnel AS729 de M. Stéphane Delautrette.

Puis elle **adopte** l'article 13 **modifié**.

Chapitre IV Clause de conscience

Article 14 : *Création d'une clause de conscience spécifique*

Amendement de suppression AS684 de Mme Annie Vidal

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Supprimer l'article reviendrait à supprimer la clause de conscience. Connaissant votre attachement à cette dernière, je doute que ce soit votre objectif.

Avis défavorable.

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

Amendement AS320 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Cet article est fondamental. Vous le savez, il nous semble plus pertinent que les soignants favorables à l'aide à mourir soient recensés dans une base centralisée, afin que ceux qui ne le sont pas n'aient pas à faire valoir leur clause de conscience. C'est le sens de cet amendement.

Monsieur le rapporteur général, nous avons dit hier qu'on ne disait pas de mensonges. Or il semblerait que le Conseil national de l'Ordre des médecins soit consulté pour la rédaction du code de la déontologie médicale, adoptée par décret en Conseil d'État. Celui-ci serait donc bien associé à la construction de la réglementation. Pouvez-vous me le confirmer ? Le cas échéant, vous auriez pu simplement m'indiquer que mon amendement précédent était satisfait.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Non, ce n'est pas juste. La loi ne modifie pas le code de déontologie médicale : elle prévoit un protocole, dont les conditions d'application seront ensuite arrêtées par décret. Et qui établit les règles de déontologie au sein du Conseil de l'Ordre ? J'en ai été membre, je peux vous en parler sagement.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Je suis défavorable à l'amendement. Je n'apprécie pas, madame Gruet, que vous puissiez penser que nous avons menti. Comme le rapporteur général l'a expliqué, la loi ne modifie pas le code de déontologie médicale.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. S'agissant de la clause de conscience, notre position est constante depuis le début : quoi que chacun puisse dire, elle est protégée et respectée. Elle est absolument intouchable, et sur ce sujet, on ne vous laissera pas dévoyer les mots, c'est trop important. Les médecins pourront faire jouer la clause de conscience pour ce nouveau droit à mourir comme pour l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ou d'autres actes médicaux – tel est le message que nous leur adressons.

Cette clause est réservée aux médecins – celui qui diagnostique, celui qui prodigue le soin, celui qui prescrit – et ne s'applique donc pas aux exécutants de la prescription, comme les pharmaciens. Sinon, comment ferait-on pour les chimiothérapies, par exemple ? Le

pharmacien de la PUI pourrait faire jouer sa clause de conscience et refuser de préparer la substance, pourtant prescrite par le médecin et attendue du patient. C'est ça, la vraie vie, et nous la prenons en pleine face !

C'est un sujet très important. Prévoir une clause de conscience pour les pharmaciens reviendrait à amputer largement la délivrance de certains produits – notamment l'atropine, certains médicaments parfois vitaux, ou encore les produits figurant au tableau B. Comment comptez-vous faire alors ? Ces substances, c'est l'espoir pour les patients d'être soignés ou, pour ceux qui répondent aux critères que nous avons définis ensemble, de demander l'aide à mourir.

C'est un nœud essentiel : le respect de la clause de conscience, le respect de la prescription, le respect de la volonté du patient.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Cet article est extrêmement important. Il protège les soignants dans leurs décisions : ils ont le droit de participer ou non, et de le dire. Nous avons repris le dispositif qui existe déjà pour l'IVG.

Je pense moi aussi qu'il ne faut pas prévoir de clause de conscience pour les professionnels qui ne participent pas à l'aide à mourir au plus près des patients, comme les pharmaciens. En l'état, cet article est très protecteur.

Mme Justine Gruet (DR). Pour éviter de brouiller les débats sur cet article important, nous reprendrons dans l'hémicycle le débat sur la place de l'Ordre dans la définition de la déontologie.

Je n'ai pas remis en cause la clause de conscience, qu'il est évidemment essentiel de maintenir et de conforter. Il faudra aussi informer les professionnels de santé. Seulement, il me semblait important d'inverser la logique, afin que ceux qui adhèrent à l'aide à mourir se déclarent volontaires.

Ce qui est essentiel dans ce que vous avez dit, monsieur Vigier, c'est que ce dont nous discutons n'est pas un soin, contrairement à tous les exemples que vous avez cités. Encore une fois, je ne mets pas en cause la clause de conscience – je respecte la position de l'Ordre des pharmaciens sur ce sujet –, mais je pense que toutes les professions concernées devraient pouvoir la faire jouer.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Tous les actes que j'ai cités sont des actes médicaux, pour lesquels on peut faire jouer la clause de conscience. Vous ne supprimerez pas cette clause : elle existe, elle est respectée, elle est protégée. Nous protégeons les soignants. Contrairement à vous, qui voulez sans cesse faire intervenir une tierce personne pour voir si elle a le même jugement que le médecin sur le caractère libre et éclairé de la volonté du patient, nous faisons confiance aux praticiens et nous les laissons libres de pratiquer l'acte ou non – c'est une marque de respect absolu. Et sur ce point, nous serons intangibles.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS376 de Mme Justine Gruet.

Amendements AS112 de M. Patrick Hetzel et AS206 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé (discussion commune)

M. Thibault Bazin (DR). L'amendement AS112 est défendu.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS206 tend à préciser à l'alinéa 4 qu'aucun professionnel de santé « n'est jamais tenu de participer, à quelque titre et à quelque étape que ce soit, à une procédure d'aide à mourir ».

Si une clause de conscience a été envisagée pour les médecins intervenant dans la procédure, les pharmaciens hospitaliers, chargés de la préparation magistrale et de la délivrance, ont été exclus. En formulant le principe de manière générale, l'amendement garantit une protection équivalente à l'ensemble des professionnels de santé.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Je suis défavorable à l'extension de la clause de conscience aux pharmaciens d'officine et aux pharmaciens hospitaliers. Dans son avis, le Conseil d'État s'était également prononcé en ce sens. Le sujet a déjà été évoqué par le rapporteur général, mais nous aurons l'occasion d'y revenir.

La commission rejette successivement les amendements.

(Présidence de M. Frédéric Valletoux, président)

Amendement AS360 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement tend à préciser que tous les professionnels de santé susceptibles d'intervenir, à un moment ou un autre, dans l'aide à mourir, peuvent faire valoir la clause de conscience – médecins, infirmiers, aides-soignants, pharmaciens, préparateurs en pharmacie.

Les amendements suivants viendront spécifier la place de cette clause pour chaque profession – notamment pour les infirmiers et les aides-soignants, ainsi que pour les pharmaciens, même si j'ai bien entendu la position de l'Ordre sur cette question.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Le texte prévoit que la clause de conscience bénéficiera aux professionnels intervenant directement dans la procédure, c'est-à-dire au médecin auprès duquel la demande est introduite, aux professionnels de santé participant au collège pluriprofessionnel – médecins spécialistes, aides-soignants, auxiliaires médicaux – et au médecin ou à l'infirmier sollicité pour accompagner la personne lors de l'administration de la substance.

Vous revenez systématiquement sur le cas des pharmaciens. Dans son avis sur le projet de loi initial, le Conseil d'État rappelait que les missions des pharmaciens « ne concourent pas de manière suffisamment directe à l'aide à mourir pour risquer de porter atteinte à [leur] liberté de conscience ». Lors de son audition par la commission spéciale, la présidente du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, le docteur Carine Wolf-Thal, avait elle-même résumé les arguments en faveur de cette exception : « Selon la procédure, le pharmacien ne sera pas en contact direct avec le patient, ne participera ni à la décision d'engager le processus ni à son accomplissement, et n'agira que sur prescription médicale. [...] Pour ces raisons, le pharmacien ne saurait disposer d'une clause de conscience. »

Avis défavorable.

M. René Pilato (LFI-NFP). Fait-on tout ce cinéma à propos de la substance permettant la sédation profonde et continue jusqu'au décès ? Je pense connaître la réponse. Mon groupe votera contre tous ces amendements.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS541 de M. Yannick Neuder et AS25 de M. Thibault Bazin (discussion commune)

M. Thibault Bazin (DR). Ce n'est pas du cinéma, monsieur Pilato, j'essaie de mener un travail sérieux. La clause de conscience est un sujet sensible, les professionnels de santé y sont très attachés.

Il s'agit de vérifier que tous les professionnels susceptibles d'intervenir à un moment ou à un autre dans la procédure sont bien cités. L'alinéa 4 renvoie aux professionnels mentionnés à l'article L. 1111-12-3 ainsi qu'aux I à V et au premier alinéa du VI de l'article L. 1111-12-4 du code de la santé publique, c'est-à-dire au médecin en activité qui a instruit la demande, aux médecins intervenant dans le collège, et à l'infirmier ou au médecin qui assure l'administration. Mais dans la chambre d'hôpital, ce dernier pourrait avoir besoin du concours indirect d'un autre professionnel – on sait que l'équipe sera pluridisciplinaire. Le cas échéant, cette personne pourra-t-elle s'y soustraire ?

Ces amendements visent à s'assurer que toute personne susceptible de concourir, par ses fonctions, à la mise en œuvre de la procédure, pourra bénéficier de la clause de conscience.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Vous avez bien résumé les choses : toutes celles et tous ceux qui sont susceptibles de participer directement à la procédure peuvent faire valoir la clause de conscience. Nous en avons déjà discuté à de nombreuses reprises.

Avis défavorable.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). La clause de conscience s'entend au regard d'une décision ou d'un acte. Or les pharmaciens ne sont inclus ni dans le processus de décision, ni dans la réalisation de l'acte : ils fournissent un produit destiné à être injecté ou avalé par un patient qui en aura fait la demande. S'ils pouvaient faire valoir une clause de conscience, celle-ci pourrait s'appliquer à beaucoup d'autres actes médicaux comme l'IVG, voire à n'importe quelle préparation pharmaceutique ; à certaines doses, toutes peuvent en effet être considérées comme létales ou presque. L'extension de la clause de conscience serait donc très dangereuse pour les droits des patients.

M. Thibault Bazin (DR). Vous avez évoqué le concours direct à la réalisation de l'acte, monsieur le rapporteur. J'aimerais quant à moi que l'on évoque le concours indirect des autres professionnels, comme les aides-soignants, qui ne procéderont certes pas à l'administration mais qui prépareront la seringue ou le matériel nécessaire. Je peux comprendre qu'ils soient gênés de ne pas pouvoir faire valoir une clause de conscience.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Sandrine Rousseau a très bien résumé les choses. Ce sont ceux qui participent à la décision collégiale et à l'administration du produit qui peuvent bénéficier, s'ils le souhaitent, de la clause de conscience. Le pharmacien de la PUI prépare le produit mais il n'a en aucun cas un rôle direct.

Vous souhaitez étendre la clause aux personnes qui ont un rôle indirect : faudrait-il l'étendre alors au brancardier qui a déplacé le patient ? Je ne sais pas si vous mesurez le risque qu'on prendrait. Pour embarquer les professionnels, nous devons respecter leur clause de conscience. C'est ce que nous faisons ; restons-en là.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS47 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). D'abord, il faut distinguer pharmacien d'officine et pharmacien hospitalier. Ensuite, le pharmacien n'est pas un simple exécutant technique. Il engage sa responsabilité professionnelle à chaque étape de la chaîne du médicament et sa contribution est indispensable à la mise en œuvre effective de l'acte. Dès lors qu'il participe directement à la procédure, rien ne justifie que sa liberté de conscience soit moins protégée que celle des autres professionnels de santé impliqués.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous avons déjà eu ce débat à de nombreuses reprises. Je maintiens mon avis défavorable.

M. Nicolas Turquois (Dem). Il faut alerter haut et fort, comme vient de le faire Mme Rousseau, sur les risques que cet amendement pourrait soulever dans d'autres champs. Il pourrait avoir des conséquences graves pour les femmes notamment, ou encore sur la politique de vaccination. Je vous invite, collègues, à faire preuve de responsabilité. Je trouve insupportable ce débat sur l'extension de la clause de conscience aux pharmaciens et je suis absolument défavorable aux amendements en ce sens.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Dans ce cas, que faites-vous de l'article R. 4235-61 du code de la santé publique, au titre duquel le pharmacien doit refuser de délivrer une prescription qui lui paraît dangereuse pour le patient ?

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS86 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). M. le rapporteur a rappelé ce matin les mots de l'ancien rapporteur général Falorni : « *Les murs n'ont pas de conscience.* » Le présent amendement ne porte pas sur les murs mais sur les directeurs d'établissement, qui ne sont pas toujours des professionnels de santé mais pourraient bénéficier d'une clause de conscience.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Eux non plus ne sont pas directement impliqués dans la mise en œuvre de l'acte. La seule obligation qui leur est faite est de ne pas s'opposer à l'intervention des professionnels de santé qui concourront à la mise en œuvre de l'aide à mourir. Il ne faudrait pas qu'un directeur d'Ehpad y fasse obstacle dans l'établissement où réside une personne qui souhaite y recourir.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Les directeurs d'établissement n'ont de surcroît aucune compétence médicale et aucune possibilité de prescription. Laissons-les dans leur champ de responsabilité.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Une extension trop large de la clause de conscience risquerait d'aboutir à la création de zones dans lesquelles le droit français ne s'appliquerait pas, et pourrait aussi donner lieu à des pratiques déviantes : pour éviter qu'un

pharmacien ne puisse faire valoir sa clause de conscience, certains professionnels pourraient être amenés à prescrire toute autre substance qui, en grande quantité, deviendrait létale.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS361 et AS446 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Je ne voudrais pas que la discussion soit trop insupportable à M. Turquois : ils sont défendus.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS362 et AS363 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Pouvez-vous attester du fait que les infirmiers et les aides-soignants pourront faire valoir la clause de conscience au même titre que les médecins, dès lors qu'ils concourront directement à la mise en œuvre de l'aide à mourir ?

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Je répète que la clause de conscience bénéficiera aux professionnels de santé intervenant directement dans la procédure, c'est-à-dire au médecin auprès duquel la demande est introduite, aux professionnels de santé participant au collège pluriprofessionnel – médecin spécialiste, aide-soignant et auxiliaire médical –, ainsi qu'au médecin ou à l'infirmier sollicité pour accompagner la personne lors de l'administration de la substance létale. Vos amendements sont donc satisfaits. Je répète que nous ne souhaitons pas que les pharmaciens des PUI soient concernés par la clause de conscience.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Vous avez évoqué le moment de la décision collégiale mais qu'en est-il de l'injection létale ? Une infirmière peut requérir la présence d'un aide-soignant. Or dans la mesure où la présence de celui-ci n'est pas mentionnée dans le texte, il ne pourra pas faire valoir sa clause de conscience à ce moment-là. Sans doute devrions-nous le spécifier, afin de sécuriser la procédure.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Je le redis : seul un médecin ou un infirmier peut intervenir dans la mise en œuvre de l'aide à mourir. Les aides-soignants ne le pourront pas.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS48 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Dans de nombreux territoires, il sera difficile pour un praticien d'identifier immédiatement un confrère susceptible de prendre en charge la demande d'aide à mourir d'un patient. Il sera souvent plus simple et plus pertinent d'orienter celui-ci vers un établissement de santé ou un établissement médico-social. C'est ce que je propose avec le présent amendement, dont l'objectif est de concilier deux principes également légitimes : le respect de la clause de conscience des professionnels de santé et la continuité de l'accompagnement du patient.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Je rappelle que la clause de conscience est individuelle et que l'on n'adressera pas le patient à un établissement mais à un professionnel de santé. Votre amendement est incohérent avec le texte.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement, puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, l'amendement AS49 de Mme Sandrine Dogor-Such.

Amendement AS28 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). L'amendement vise à faire reposer sur l'ARS la responsabilité de trouver un professionnel disposé à participer à la procédure d'aide à mourir, car elle connaît les ressources disponibles et volontaires sur le territoire.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Je ne suis pas convaincu que l'ajout d'une étape supplémentaire soit de nature à simplifier les choses, d'autant plus que le médecin aura accès au registre et pourra donc communiquer directement à la personne le nom d'un autre professionnel de santé.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS313 de Mme Justine Gruet et AS537 de M. Yannick Neuder

Mme Justine Gruet (DR). Mon amendement vise à supprimer les alinéas 6 à 8. Sans porter atteinte aux droits reconnus aux personnes par la proposition de loi, il s'agit de laisser aux établissements la capacité d'organiser l'accueil et l'accompagnement des personnes concernées dans des conditions compatibles avec leurs missions.

On demande beaucoup de choses aux professionnels de santé. Lorsqu'il y a un projet de soin ou d'établissement, il me semble important de respecter l'unité de l'équipe ainsi que la philosophie qui l'anime au quotidien, et de ne rien lui imposer.

M. Thibault Bazin (DR). L'amendement AS537 est défendu.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Je vais redire ce que disait Olivier Falorni à chaque fois que nous abordions ce sujet : « *Les murs n'ont pas de conscience.* » Les alinéas 6 à 8 permettent de garantir à toute personne hébergée dans un établissement et formulant une demande d'aide à mourir d'y accéder. Si la proposition de loi est votée, notre rôle en tant que législateur est de nous assurer de l'effectivité du droit.

J'émet donc un avis défavorable.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Le droit de la personne à demander l'aide à mourir là où elle se trouve a priorité sur le projet d'établissement. On ne ferait pas preuve d'une grande humanité si l'on demandait au résident d'un Ehpad de partir alors qu'il se trouve en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable !

Mme Justine Gruet (DR). Le respect du choix va dans les deux sens. S'il est établi que le projet d'établissement ne permet pas de recourir à l'aide à mourir, c'est en connaissance de cause qu'un patient intègre l'établissement. La liberté individuelle s'arrête là où commence celle des autres : respectons aussi la liberté des soignants qui refusent l'aide à mourir dans leur projet d'établissement, au sein de leur équipe, parce qu'elle n'est pas en adéquation avec leurs pratiques au quotidien.

Certes, les murs n'ont pas de conscience, mais les murs ne soignent pas.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. On ne peut pas entendre qu'un projet d'établissement serait en contradiction avec la loi et lui serait supérieur. Nous l'avons dit et redit : la clause de conscience est individuelle et tous les professionnels souhaitant la faire valoir le pourront, dès lors que cela sera permis par le cadre établi. En revanche, il ne sera pas possible de faire entrave à l'effectivité du droit.

M. le président Frédéric Valletoux. Imaginez ce qui pourrait arriver si l'on créait une clause de conscience pour les établissements ! Cela ouvrirait la porte à n'importe quoi, ce que personne ne souhaite.

La commission rejette les amendements.

Amendements AS120 de Mme Sylvie Bonnet et AS700 de Mme Annie Vidal, amendements identiques AS113 de M. Patrick Hetzel et AS567 de M. François Gernigon (discussion commune)

M. Thibault Bazin (DR). L'amendement AS120 est défendu.

Mme Annie Vidal (EPR). Les alinéas 6 à 8 imposent indistinctement à tous les établissements et services de permettre en leur sein la mise en œuvre de l'aide à mourir, y compris par l'intervention de professionnels extérieurs, sans considération de leur nature, de leurs missions ni de leur projet. Or ces établissements ne sont pas de simples supports matériels à l'exercice de droits individuels : ce sont des organisations collectives et structurées autour d'un projet d'établissement, lequel est juridiquement encadré par le code de la santé publique et par le code de l'action sociale et des familles.

Je propose une réécriture permettant aux établissements d'échapper à cette obligation à condition qu'ils informent le patient et qu'ils l'orientent vers une structure ou un dispositif permettant de rendre effectif son droit. Il ne s'agit pas de mettre en place ce que vous appelez une clause de conscience d'établissement mais de respecter les projets tout en garantissant l'effectivité du droit.

Mme Justine Gruet (DR). Je défends l'amendement AS113. Entre les engagements institutionnels d'un établissement et les obligations que nous sommes en train de fixer, il y aura une contradiction non seulement éthique mais aussi juridique et organisationnelle. Lorsqu'on entre dans un établissement où l'on ne peut pas recourir à l'aide à mourir, on le fait en conscience. Et il est utile de savoir qu'il existe des établissements dans lesquels on ne subira pas de pression ; on sait justement que de nombreux Néerlandais quittent leur pays pour l'Allemagne afin de ne pas y être soumis.

Je ne pense pas que le refus de pratiquer l'aide à mourir va se généraliser parmi les établissements – et si cela arrive, cela sera le signe d'un manque d'acceptabilité du texte.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Si l'on vous suit, une personne en fin de vie résidant dans un établissement qui refuse l'aide à mourir ne pourrait donc y recourir qu'à condition d'être déplacée dans un autre. Or dans les faits, on sait qu'elle ne pourrait pas l'être. Cela me pose un vrai problème.

Si l'ensemble des professionnels d'un établissement font valoir leur clause de conscience, il ne leur sera jamais fait obligation de mettre en œuvre l'aide à mourir. Le directeur d'établissement devra cependant laisser entrer les professionnels extérieurs volontaires pour le faire, afin qu'ils puissent intervenir là où réside la personne. Nous sommes garants de l'effectivité du droit pour toutes et tous.

Mme Annie Vidal (EPR). Je vous invite à relire mon amendement : il donne aussi la possibilité au responsable de l'établissement d'orienter le patient vers un dispositif pouvant être une équipe mobile de soins palliatifs, une équipe de gériatrie ou un service d'hospitalisation à domicile. De cette façon, la personne n'est pas déplacée et ce n'est pas l'équipe de l'établissement qui intervient. C'est un bon compromis, qui permet l'effectivité du droit et le respect du projet d'établissement.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Madame Gruet, je vous invite à ne pas diffuser d'informations dont vous savez qu'elles sont erronées puisque nous l'avons dit à plusieurs reprises au sein de notre commission.

Imaginez ensuite qu'un établissement ait pour projet d'accompagner les personnes dans l'aide à mourir de façon quasi systématique. Heureusement, la proposition de loi empêche la survenue d'une telle situation puisqu'elle interdit l'incitation. Mais vous mesurez l'absurdité du raisonnement consistant à donner la priorité au projet d'établissement sur les droits des individus.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Tel que vous l'exposez, madame Vidal, votre amendement est satisfait par le texte.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Dans la droite ligne de ce que vient de dire notre collègue Amiot, je voudrais souligner qu'un médecin ne doit pas se sentir obligé de pratiquer l'aide à mourir parce que l'équipe médicale qu'il rejoint le fait. Je veux qu'il soit protégé par la clause de conscience dans tous les cas, et je répète que cette clause est individuelle.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS314 et AS316 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Ils sont défendus car, même si vous ne les avez pas écoutés, vous avez déjà entendu mes arguments.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. J'ai bien écouté, j'ai bien entendu, mais je n'ai pas été convaincu : je reste défavorable à vos amendements.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS315 de Mme Justine Gruet et AS701 de Mme Annie Vidal

Mme Justine Gruet (DR). Nous proposons de remplacer une obligation par une faculté en remplaçant les termes « est tenu d' » par le mot « peut ». En leur imposant la mise en œuvre de l'aide à mourir, la proposition de loi prive en effet les établissements de la faculté d'apprécier sa compatibilité avec leur projet. Le présent amendement contribuera ainsi à une application du texte plus souple, plus sécurisée et plus respectueuse des réalités institutionnelles, tout en préservant le pluralisme du système de santé et du secteur médico-social.

Mme Annie Vidal (EPR). Cette formule est un compromis qui soulagerait nos différentes inquiétudes. Compte tenu du faible nombre de personnes qui, selon vous, seront éligibles à l'aide à mourir, le remplacement d'une obligation par une faculté ne serait pas très gênant. En l'acceptant, vous montreriez que vous écoutez celles et ceux qui ne partagent pas tout à fait votre approche.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. C'est bien tenté mais disons la vérité : vous souhaitez permettre à des directeurs de s'opposer à l'intervention dans leur établissement de professionnels de santé.

Avis défavorable.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. J'ajouterai que le rôle d'un directeur d'établissement n'est pas d'écrire un projet médical. Quant à la suppression de l'obligation qui pèse sur lui, elle entraînerait un changement total de paradigme. Je le redis : les professionnels auront la liberté de faire ou de ne pas faire.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS535 de M. Yannick Neuder

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

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

Amendement AS208 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Justine Gruet (DR). Les établissements ont l'obligation de permettre l'intervention en leur sein de professionnels de santé ; le présent amendement vise à leur donner la faculté, le cas échéant, d'orienter le patient vers ces mêmes professionnels.

Cette évolution rédactionnelle répond à une exigence d'équilibre entre l'effectivité des droits reconnus aux patients, d'une part, et la préservation de la liberté de conscience et du caractère propre de certains établissements, d'autre part.

Vous avez nié l'existence de clauses de conscience collectives, monsieur le président. Or l'article L. 2212-8, alinéa 3, du code de la santé publique dispose : « Un établissement de santé privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux. » Je ne dis pas que c'est bien ou mal. Simplement, cela montre qu'un établissement peut refuser de pratiquer une IVG dès lors que la réalisation de celle-ci peut être garantie sur le territoire.

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

Amendement AS51 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Pour éviter toute ambiguïté, il faut qu'un établissement puisse annoncer de manière transparente que l'euthanasie et le suicide assisté ne sont pas pratiqués en son sein. Cela permettrait le respect de la liberté de conscience collective et préserverait la cohérence du projet d'accompagnement proposé aux résidents.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous avons déjà eu ce débat ; mon avis reste défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS317 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement précise qu'il ne s'agit pas pour nous d'entraver l'accès à l'aide à mourir, mais de l'accompagner, dans un établissement à même de faire bénéficier un patient de ce droit.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Avis défavorable.

Mme Annie Vidal (EPR). Ce qui est important, c'est que l'accès au droit soit effectif dans chaque territoire ; cela ne veut pas dire que cette procédure doit être possible dans chaque établissement.

La clause de conscience collective existe pour l'IVG : l'article L. 2212-8 du code de la santé publique dispose qu'« un établissement de santé privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux ». Nous pourrions adapter cette clause en écrivant « peut » au lieu de « est tenu ».

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Les situations ne sont pas comparables. Une personne qui veut avoir recours à l'IVG peut se déplacer vers un autre établissement ; on parle ici de personnes en fin de vie, qui ne peuvent pas toujours être déplacées.

En revanche, nous l'avons déjà dit, la clause de conscience individuelle peut être utilisée par tous les professionnels de ces établissements.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS484 de M. Eddy Casterman et AS114 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

M. Eddy Casterman (RN). La question de la clause de conscience collective des établissements est fondamentale. Les établissements de santé privés ou confessionnels ne sont pas de simples structures juridiques : des générations de soignants, de religieux et de bénévoles y ont consacré leur vie à accueillir, à soigner, à soulager, à accompagner les plus fragiles. Ils en ont fait un principe fondamental. Ces établissements sont bâtis sur la volonté d'être aux côtés de la personne souffrante jusque dans ses derniers instants, et c'est ce qui anime tous les jours leurs équipes.

Je suis opposé à l'euthanasie parce que je crois que la mission de soin est bien de prendre soin et jamais de provoquer la mort ; vous ne partagez pas cette conviction, mais vous pouvez entendre qu'il serait injuste de contraindre ces établissements à permettre dans leurs

murs des actes que leurs équipes réprouvent. C'est une supplique que je vous adresse : ne demandez pas à ceux qui ont consacré leur existence à accompagner la vie jusqu'à son terme naturel de renier leur raison d'être.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS114 va dans le même sens : il s'agit d'assurer le respect des projets des établissements choisis par les patients.

Il y a deux situations, monsieur le rapporteur : un malade en phase terminale et un malade en phase avancée ; dans la seconde, les personnes ne sont pas en fin de vie et pourront se déplacer. Dans le cas des dons d'organes de type Maastricht 3, les patients sont déplacés – alors qu'ils sont aussi difficilement transportables.

Madame Amiot, ce que vous dites est intéressant. Vous avez justement refusé tout à l'heure l'amendement qui excluait l'hypothèse d'établissements qui se consacraient exclusivement à l'aide à mourir. Et, ici, vous refusez que des établissements puissent, pour des raisons éthiques, ne pas accueillir ces procédures.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Avis défavorable aux deux amendements.

Nous avons eu ce débat à de multiples reprises. Je rappelle que ces établissements sont les lieux de résidence des personnes ; or, tel que le texte est rédigé, l'aide à mourir doit pouvoir être pratiquée, si la personne le souhaite, dans son lieu de résidence.

Mme Brigitte Liso (EPR). « *Cet amendement permet de respecter le caractère propre de certains établissements* », écrit M. Hetzel dans l'exposé sommaire de son amendement. Il n'est question ici ni des patients, ni des soignants ; vous ne protégez ni les uns, ni les autres.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS50 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). Il est important d'avoir un débat sincère. Je pense aux professionnels engagés dans des établissements spécialisés en soins palliatifs, qui ont un projet propre, et dont les équipes sont opposées, en conscience, à la pratique de l'euthanasie ou du suicide assisté.

La directive européenne du 27 novembre 2000 comme la décision de la cour d'appel de Paris du 27 novembre 2013 font appel à la notion d'« entreprise de conviction » – entités qui ne sont pas forcément des entreprises à but lucratif. Les projets de ces établissements reposent sur des règles éthiques. J'aimerais que ce point soit pris en compte, dans l'esprit dans lequel le Premier ministre a proposé de supprimer les délits d'entrave et d'incitation à l'aide à mourir.

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

La commission rejette l'amendement, puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette successivement les amendements AS318 et AS319 de Mme Justine Gruet.

Elle adopte ensuite l'article 14 non modifié.

Chapitre V Contrôle et évaluation

Avant l'article 15

Amendement AS637 de M. Christophe Bentz

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Cet amendement de bon sens précise que le contrôle évoqué dans le titre du chapitre V a lieu *a priori* et *a posteriori*. Un contrôle *a priori* apporte une garantie supplémentaire avant toute décision irréversible ; il renforce la sécurité juridique, mais aussi la confiance des citoyens. Le contrôle *a posteriori* n'intervient, lui, qu'une fois que la décision a produit ses effets. La prévention avant l'acte est aussi importante que l'évaluation après l'acte.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Je ne peux pas vous laisser dire que nous n'avons pas prévu de contrôle *a priori*. La procédure était déjà très encadrée et nous l'avons encore améliorée. Le consentement comme le caractère libre et éclairé de la volonté exprimée sont vérifiés et, si l'on soupçonne des pressions, la procédure peut être suspendue.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (DR). À mon sens, le contrôle *a priori* n'existe pas. Le médecin qui instruit la demande vérifie que les conditions sont remplies mais personne ne le contrôle, lui, *a priori*. Seule la personne qui formule la demande peut formuler un recours. Et si le médecin donne son accord alors que les conditions ne sont pas remplies, la seule personne qui aurait pu faire un recours sera décédée.

Vous avez fermé cette voie du contrôle *a priori*. C'est un choix que vous faites, il est respectable, mais nous le dénonçons.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Vous ne pouvez pas dire que rien n'est fait pour s'assurer du respect de la procédure et de la volonté de la personne ! La sécurisation en amont me paraît suffisante. Un contrôle tel que vous le souhaitez ne me paraît pas nécessaire.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je ne peux pas laisser utiliser des arguments qui ne correspondent pas à la réalité. La décision est collégiale, il en est fait une transcription et nous avons renforcé sa traçabilité.

M. Thibault Bazin (DR). D'accord, mais ce n'est pas la même chose qu'un contrôle !

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Merci de le reconnaître.

Et, *a posteriori*, il y aura une évaluation précise – en moins de deux ans, quand il en aura fallu dix pour la loi Claeys-Leonetti !

La commission rejette l'amendement.

Article 15 : *Création d'une commission de contrôle et d'évaluation*

Amendements de suppression AS638 de M. Christophe Bentz et AS685 de Mme Annie Vidal

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement AS638 est défendu.

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

Puis, suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle rejette l'amendement AS377 de Mme Justine Gruet et elle rejette successivement les amendements en discussion commune AS321, AS322 et AS324 de Mme Justine Gruet.

Amendement AS323 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement vise à préciser que le contrôle *a posteriori* est systématique. La rédaction actuelle ne garantit pas que toutes les procédures feront l'objet d'une vérification exhaustive. Ne me dites pas que ce serait un travail considérable, puisque vous dites ne pas vous attendre à un nombre important de procédures.

Les gens sont surpris lorsque nous évoquons ce déséquilibre entre contrôle *a priori* et contrôle *a posteriori*. C'est un choix que vous devez assumer : un collègue sera consulté, éventuellement à distance, mais c'est bien un seul médecin qui aura vérifié la légalité des critères. C'est confier aux médecins une lourde responsabilité, notamment dans le tri des souffrances.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. L'amendement est satisfait, je vous l'avais déjà dit. Il est précisé que la commission de contrôle et d'évaluation examine chaque procédure d'aide à mourir.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'amendement rédactionnel AS730 de Mme Élise Leboucher.

Amendement AS115 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement vise à préciser que les données font apparaître une distinction entre une auto-administration et une administration par un tiers. Vous n'avez pas souhaité adopter une dénomination différente : la frontière est donc faible. Lors de la précédente lecture, vous avez d'ailleurs adopté un amendement après plusieurs secondes délibérations. Je vous redis qu'en termes éthiques, l'engagement d'un tiers dans la procédure est un changement important. Il me paraît essentiel que cette distinction apparaisse dans le recueil des données.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Nous avons déjà eu ces échanges. Ce sont deux actes différents ; ils seront notifiés de manière différente.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Sera-t-il facile d'extraire ces données pour les analyser et comprendre comment les personnes s'approprient ce nouveau droit ? On sait qu'au Canada, où les deux gestes sont permis, il y a 10 000 euthanasies pour 7 suicides assistés.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS325 de Mme Justine Gruet, AS542 de M. Yannick Neuder et AS698 de Mme Annie Vidal

M. Thibault Bazin (DR). L'amendement AS542 est défendu.

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

Amendements identiques AS68 de M. Thibault Bazin et AS209 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé, amendement AS326 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

M. Thibault Bazin (DR). Mon amendement est un amendement de cohérence.

M. François Gernigon (HOR). L'amendement AS209 est défendu.

Mme Justine Gruet (DR). Mon amendement portait sur le volontariat.

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission **rejette** successivement les amendements AS68 et AS209 puis l'amendement AS326.*

Amendement AS135 de M. Patrick Hetzel

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

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

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS731 de Mme Élise Leboucher.*

Amendement AS116 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement prévoit qu'un tiers qui estimerait que la procédure n'est pas respectée peut saisir la commission. Je comprends qu'il faille respecter le secret professionnel ; mais, en l'état actuel du texte, seules les personnes impliquées dans la procédure auront accès aux données. Cela me paraît déséquilibré, et risque de poser problème en cas de désaccord. Imaginons que se posent des questions d'héritage, par exemple. Il me semble important d'apporter plus de garanties.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Je comprends votre interrogation. Mais le texte ne prévoit pas que la commission agisse à la suite d'une saisine : ce n'est ni un ordre professionnel, ni un procureur de la République.

L'article 12 est très clair sur les voies de recours contre la décision du médecin. J'indique par ailleurs que la proposition de loi ne modifie pas le droit pénal existant, auquel les tiers pourront toujours se référer. On ne sort pas du droit commun.

Avis défavorable.

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

Amendement AS727 de Mme Élise Leboucher

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Cet amendement, qu'évoquait Stéphane Delautrette tout à l'heure, précise l'objet du décret en Conseil d'État qui définira les finalités et les modalités de traitement des données enregistrées dans le système d'information créé pour assurer le suivi de la procédure.

Par cohérence avec la modification proposée par l'amendement AS725 à l'article 11, il prévoit que ce décret définisse les catégories de données susceptibles d'être enregistrées dans le système d'information, l'objectif étant d'y inclure les signalements qui pourraient être effectués dans le cadre de la procédure ainsi que des données facultatives, de nature sociologique, qui seraient recueillies avec le consentement de la personne concernée.

En second lieu, l'amendement précise que ce décret – qui fera l'objet d'un avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés – devra préciser les conditions d'accès des membres de la commission et de son personnel aux données du système d'information, y compris aux informations relatives à la situation médicale de la personne.

Seuls les médecins membres de la commission ou participant à ses missions accéderont au dossier médical de la personne détenu par les professionnels et les établissements de santé ; les autres membres de la commission auront uniquement accès aux données inscrites dans le système d'information, à chaque étape de la procédure, par les professionnels concernés.

Mme Justine Gruet (DR). Pourquoi cet amendement ? Y a-t-il eu une évolution sur ce point ? Ou bien s'agit-il de restreindre ce que l'on pouvait attendre de ce décret ?

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Outre la coordination avec l'amendement AS725, il s'agit de préciser que les médecins qui aident la commission pourront eux aussi avoir accès aux données.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS117 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement tend à prévoir que tous les membres de la commission à qui est confié le contrôle *a posteriori* ont accès au dossier médical de la personne décédée.

M. Bazin l'a dit, aucun contrôle *a priori* n'est prévu : un seul médecin prendra la décision. Les seuls contrôles seront faits par les médecins et pour les médecins. Ainsi, l'information recule, le droit au recours recule. Je fais bien sûr toute confiance aux médecins, mais nous leur confions une lourde responsabilité en leur demandant d'évaluer si les cinq conditions sont remplies. Un contrôle *a priori* pourrait même les rassurer.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. L'ensemble des membres de la commission auront accès aux actes enregistrés dans le système d'information en lien avec la procédure, dont des informations médicales. En revanche, seuls les médecins auront accès aux autres informations médicales : c'est le choix qui a été fait.

Mme Justine Gruet (DR). Le cinquième critère, celui de la manifestation d'une volonté libre et éclairée, est à mon sens plus juridique que médical. Autant il ne paraît pas problématique de demander aux médecins de juger si les critères qui relèvent de leur compétence sont remplis, autant l'évaluation des autres pourrait être confiée, par exemple, à un magistrat.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Le système d'information n'intégrera pas uniquement des données médicales. Tous les membres de la commission auront accès à l'ensemble de la procédure ; si un médecin a repéré des pressions exercées sur le patient, par

exemple, elles y seront consignées. En revanche, ceux qui ne sont pas médecins n'auront pas accès au dossier médical, qui peut contenir d'autres renseignements, par exemple sur des pathologies autres que celles qui ont conduit à la procédure.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. La commission vérifie la procédure, et nous lui donnons ici les moyens de le faire. Le dossier médical, c'est autre chose, c'est toute la vie du patient. Tous les professionnels n'ont pas accès à l'ensemble du dossier.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS118 de M. Patrick Hetzel

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

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

Amendement AS705 de Mme Élise Leboucher

Mme Élise Leboucher, rapporteure. J'ai commencé à évoquer cet amendement tout à l'heure. Il tend d'abord à préciser les conditions d'accès aux données médicales autres que celles présentes dans le système d'information. Il étend ensuite aux médecins constituant le personnel de la commission l'accès à ces dossiers qui, en l'état de la rédaction de l'article, est limité aux médecins membres de cette commission.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS119 de M. Patrick Hetzel

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

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

Amendements AS327, AS328 et AS329 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Ce sont des amendements sémantiques qui portent sur la différence entre les deux gestes.

Dans la mesure où la personne est décédée, pourquoi opposez-vous le secret médical aux membres de la commission qui ne sont pas médecins ? Ne peut-on lever le secret médical dans ce cas, afin que chacun dispose des mêmes informations ?

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Le secret médical n'est pas levé à la mort de la personne.

Mme Annie Vidal (EPR). J'avais déposé un amendement – jugé irrecevable – qui visait à ajouter à cette commission des représentants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Le texte prévoit la présence de deux membres d'associations agréées représentant les usagers du système de santé. Cela peut répondre à votre préoccupation.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS62 de M. Thibault Bazin et AS210 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

M. Thibault Bazin (DR). Je propose que le Conseil national de l'Ordre des médecins soit consulté sur la composition de la commission de contrôle et d'évaluation. Nous renforçons la sécurité, la légitimité et l'éthique du dispositif, et les ordres disposent d'experts et de sections dédiées. Il me semblerait intéressant que les deux médecins qui seront nommés le soient après avis du Conseil de l'Ordre.

M. François Gernigon (HOR). L'amendement AS210 est défendu.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Ce n'est pas le travail du Conseil de l'Ordre, qui est chargé de la déontologie et de la vérification du respect de la loi. On ne peut pas être juge et partie.

M. Thibault Bazin (DR). Je ne suis pas d'accord. Il arrive que les ordres désignent des représentants dans des instances. C'est bien de cela qu'il s'agit ici.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS121 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). Dans le même esprit que le précédent, cet amendement propose que les médecins membres de la commission de contrôle et d'évaluation soient nommés sur proposition du Conseil national de l'Ordre des médecins. Comment ces médecins seront-ils recrutés ? La solution que nous proposons nous paraît la plus transparente.

Il serait par ailleurs logique que la commission comprenne des personnes favorables comme défavorables à l'aide à mourir, afin d'assurer une sorte de neutralité dans l'appréciation des procédures. La commission ne doit pas être orientée – dans un sens ou un autre. Cela la protégerait d'ailleurs des contestations systématiques et idéologiques.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Les modalités d'application de cet article seront déterminées par un décret en Conseil d'État. On peut imaginer plusieurs types de désignation, par le Gouvernement ou par des syndicats représentatifs, par exemple. Il ne me paraît pas utile de figer une solution dans la loi, en l'occurrence la désignation par l'Ordre des médecins.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS134 de M. Arnaud Simion

M. Arnaud Simion (SOC). Nous souhaitons garantir l'équilibre et l'impartialité de la future commission de contrôle et d'évaluation. Nous proposons qu'au moins l'un des deux médecins qui y seront nommés par le Gouvernement soit inscrit au registre des professionnels de santé disposés à accompagner les patients demandant l'aide à mourir. Il ne s'agit pas d'imposer une orientation particulière, mais de garantir qu'une seule sensibilité ne pourra pas monopoliser la représentation médicale au sein de cette commission.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Il ne semble pas opportun de lier la composition de la commission à l'appartenance à une liste de médecins favorables à l'aide à

mourir car il n'existe pas de lien de corrélation. Un médecin peut être membre de la commission et favorable à l'aide à mourir sans la mettre en œuvre, et inversement.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. De plus, une telle disposition entraverait la clause de conscience. Et comme l'a indiqué la rapporteure, un médecin peut être favorable à l'aide à mourir mais ne pas l'appliquer systématiquement. Il ne faut surtout pas placer les médecins dans des cases prédéterminées ; préservons les professionnels de santé.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Un seul médecin décidera, il sera à la fois expert, décideur et exécutant. Je pense qu'un second médecin qui ne connaît pas le patient pourrait également donner son avis.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Il est ici question de la composition de la commission de contrôle et d'évaluation chargée du contrôle *a posteriori*, dans laquelle deux médecins vont étudier toutes les situations. Aucun d'entre eux n'aura de lien avec les patients. Ces médecins vont analyser l'ensemble des procédures de manière systémique. Cela devrait vous rassurer.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS734 de Mme Élise Leboucher

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Cet amendement apporte une précision rédactionnelle. La commission doit comprendre un représentant de chacune des deux plus hautes juridictions, le Conseil d'État et la Cour de cassation. Pour éviter de restreindre les choix possibles parmi les magistrats, nous proposons de remplacer le terme de conseiller par celui de membre.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 15 modifié.

Article 16 : Définition des substances létales autorisées

Amendements de suppression AS639 de M. Christophe Bentz et AS685 de Mme Annie Vidal

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement AS639 est défendu.

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

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette les amendements en discussion commune AS330, AS331 et AS332 puis l'amendement AS378 de Mme Justine Gruet.

Amendement AS333 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Cet article charge la HAS de définir les bonnes pratiques et les conditions d'utilisation des substances létales autorisées. Les recommandations qu'émettra la HAS devraient incorporer un volet sur la prévention et le repérage des interventions extérieures à caractère incitatif dans les établissements de santé et médico-sociaux. Nous en revenons à la cinquième condition pour pratiquer l'aide à mourir :

l'avis libre et éclairé. Le médecin qui devra évaluer la légalité de ce critère n'y sera pas habitué, à la différence d'un magistrat. Il faut donc lui fournir les outils nécessaires pour détecter des pressions indues ou extérieures.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Avis défavorable, ce n'est pas le rôle de la HAS. Quant aux pressions que vous évoquez, rien dans le texte ne fait obstacle à la saisine du procureur pour de tels agissements.

Mme Justine Gruet (DR). Si ce n'est pas le rôle de la HAS, qui peut introduire un apprentissage sur la reconnaissance des pressions indues sur les personnes au sein des formations dispensées par les facultés de médecine ?

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Je vous apporterai des éléments de réponse en séance publique.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS334 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Un médecin analyse toujours l'environnement du patient et le traite toujours dans sa globalité. Dans ce texte, il ne s'agit pas d'accompagner un soin mais un geste létal, et il peut exister des pressions indues, pour des raisons financières au sein de la famille par exemple. Nous ne pouvons pas nous permettre de dire que nous n'avons pas la réponse, il faut former les médecins à évaluer la globalité de l'environnement, puisque vous avez refusé qu'un magistrat le fasse.

Comme vous venez de m'inviter à le faire, je déposerai un amendement en séance publique – sur lequel j'espère que vous vous en remettrez à la sagesse de l'Assemblée – sur les moyens de déterminer l'incapacité physique du patient à procéder à l'auto-administration avec les technologies existantes, ce qui justifierait de recourir à l'injection par un tiers. Vous aviez suggéré que la HAS prépare un livret de bonnes pratiques à ce sujet.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Avis défavorable, et rendez-vous en séance publique pour la suite de la discussion.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 16 non modifié.

Chapitre VI Dispositions pénales

Article 17 : *Délit d'entrave à l'aide à mourir*

Amendements de suppression AS58 de M. Thibault Bazin, AS60 de Mme Nicole Dubré-Chirat, AS357 de Mme Justine Gruet, AS481 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS640 de M. Christophe Bentz et AS687 de Mme Annie Vidal

M. Thibault Bazin (DR). Nous en venons à un article qui a suscité beaucoup d'émotion et qui a profondément heurté, puisqu'il instaure un délit d'entrave à l'euthanasie et au suicide assisté. Le Gouvernement a annoncé qu'il n'y était plus favorable.

Si cet article venait à être adopté, nous nous demandons si des associations mobilisées pour éviter le suicide pourraient être inculpées sur ce fondement. Suivant la logique de cet article, des personnes pleines de bonne volonté pourraient se voir entravées alors qu'elles ne cherchent pas du tout à imposer leur volonté, mais simplement à faire preuve de fraternité et de compassion à l'égard de patients isolés ou en souffrance. Cet article va beaucoup trop loin, il faut le supprimer.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Les deux délits introduits par cet article ont été ajoutés lors des différentes lectures. Le délit d'entrave a été ajouté en première lecture, sur le modèle du délit d'entrave à l'IVG. Le délit d'incitation a été adopté en deuxième lecture par effet miroir.

L'IVG se déroule dans un lieu unique et identifié, ce qui permet à des associations d'entraver son exercice. La situation n'est donc pas comparable. Les personnes en fin de vie ne sont pas rassemblées dans un même lieu, et nous ne notons pas une agitation particulière autour des services de soins palliatifs qui pratiquent la sédation profonde. Le contexte est très différent ; l'aide à mourir sera administrée au cas par cas, dans des services hospitaliers, dans des Ehpad, à domicile. Aucune information n'est donnée sur les lieux où elle pourrait être administrée. Nous proposons de supprimer ces deux délits qui n'ont pas de raison d'être.

Mme Justine Gruet (DR). Nous nous apprêtons à supprimer cet article qui a adressé un message délétère à nos soignants en laissant penser qu'ils pourraient être pénalisés pour avoir voulu accompagner un patient, tant en raison du délit d'entrave que du délit d'incitation.

L'accompagnement de personnes gravement malades exige une mobilisation prioritaire du système de soins. Il ne saurait conduire à instaurer un cadre pénal susceptible de fragiliser l'expression de réserves, de convictions ou de mises en garde légitimes sur un sujet qui engage directement la vie humaine. La priorité doit donc être d'accompagner les patients. Le droit pénal comporte déjà des dispositions permettant de sanctionner les comportements caractérisés, notamment les violences, les menaces, le harcèlement, l'abus de faiblesse ou l'entrave matérielle.

Je ne me réjouis pas de la suppression de cet article, car nous avons commis une faute en l'adoptant, d'autant qu'il faisait passer le message qu'il était deux fois plus grave d'entraver que d'inciter, ce qui n'est pas conforme à mes convictions.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). J'ai voté contre le délit d'incitation et contre le délit d'entrave ; je reste donc cohérente en proposant la suppression de cet article. Je partage l'avis selon lequel, sur un sujet compliqué qui touche intimement chacun d'entre nous, nous avons envoyé de mauvais signaux en raison du déséquilibre entre la sanction du délit d'entrave et du délit d'incitation et parce que le droit commun permet déjà de réprimer les pressions qui pourraient être exercées dans un sens ou dans l'autre. Sur un tel sujet, se conformer au droit commun me paraît nécessaire.

M. Christophe Bentz (RN). Il s'agit de l'article le plus grave d'un texte grave ; je l'ai qualifié de signature et de verrou final de ce texte, et j'espère qu'il sera supprimé dans quelques instants. Ce texte ne dit pas la vérité sur ce que vous appelez l'aide à mourir, mais il aurait en plus fallu qu'on ne puisse pas dire la vérité aux patients sous peine de sanction pénale. Nous en serions arrivés à sanctionner des médecins qui diraient la vérité à leurs patients !

Je me félicite de l'unanimité qui semble se dessiner pour la suppression de cet article. Le seul problème à mes yeux est que le délit d'incitation sera également supprimé alors qu'il faudrait le maintenir. Voilà quel serait l'équilibre !

Mme Annie Vidal (EPR). Si cette nouvelle lecture n'avait qu'une seule raison d'être, ce serait bien la suppression de cet article 17. Ce délit d'entrave envoie un message très négatif aux soignants et les sanctions prévues – deux ans de prison et 30 000 euros d'amende – sont deux fois plus sévères que le droit commun. Cet article criminalise la parole qui se veut parfois bienveillante.

Par ailleurs, il est mal rédigé car il fait référence à des établissements dédiés à l'aide à mourir – qui n'existent pas –, ce qui pourrait suggérer qu'ils existeront un jour. Cet article est donc extrêmement dangereux et j'espère que nous trouverons une majorité pour le supprimer.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Nous arrivons à un moment important et chacun devrait user des mots les plus apaisés possible. Nos débats ont été très sereins jusqu'à présent, ce qui a permis d'adopter plus de 140 amendements au fil des différentes lectures afin de bâtir le texte le plus solide possible.

Lorsque l'ancien rapporteur général Olivier Falorni a déposé ces propositions de loi, ni le délit d'entrave ni le délit d'incitation n'y figuraient. Je m'en souviens très bien, ayant cosigné avec lui la première proposition de loi en 2021. Je tiens à le rappeler à M. Bentz, car l'équilibre ne peut consister à ne regarder qu'une facette et pas l'autre. Ce ne serait pas une démarche convenable. Le délit d'entrave et le délit d'incitation ne figuraient pas non plus dans le projet de loi déposé en 2024, je parle sous le contrôle de Mme Firmin Le Bodo, qui présidait la commission spéciale chargée de l'examen de ce texte. Et chacun connaît parfaitement l'histoire de la loi Veil : Simone Veil, avec le courage formidable qui l'animait, n'a pas créé le délit d'entrave à l'IVG. Il a été instauré près de vingt ans plus tard.

Je sais qu'il s'agit d'un sujet clivant, et à ceux qui expriment un tel enthousiasme en affirmant qu'il s'agit du moment le plus important de l'examen du texte, je réponds que tous les aspects du texte sont importants : adopter la procédure de mise en œuvre de l'aide à mourir ; s'assurer que la demande émane du patient ; discuter des directives anticipées ; assurer la protection des praticiens et des professionnels de santé. Tous ces moments sont essentiels si nous voulons adopter une loi effective qui ouvre un nouveau droit aux patients. Je conçois que certains de nos collègues s'opposent au texte, mais je refuse qu'on cristallise tous les débats sur un seul sujet en prétendant que tout le texte serait déstabilisé. La ficelle serait un peu grosse.

À la faveur de nos débats, je propose d'adopter ces amendements afin de préserver l'équilibre. Mais je le dis avec beaucoup de force et de gravité, et j'associe à mes propos Olivier Falorni, avec lequel je me suis entretenu aujourd'hui même de cette question : ceux qui voudront encourager l'entrave sous quelque forme que ce soit nous trouveront sur leur route. Adoptons donc ces amendements à ce stade, et nous verrons les prises de position de chacun et ce qui se passera dans l'hémicycle. Et nous verrons que tout ne tient pas à la suppression de l'article 17. Car quel parlementaire, parmi nous, a toujours voté des textes qui le satisfaisaient de A à Z ?

Nous ouvrons un nouveau droit qui ne doit pas être entaché par quelques déclarations de tribune. Chacun est libre de son vote, mais je vous propose de voter la suppression de cet article, c'est un facteur d'équilibre auquel nous tenons.

M. René Pilato (LFI-NFP). Nous voterons contre ces amendements de suppression. Depuis que nous avons lié le délit d'entrave et le délit d'incitation, un équilibre a été trouvé et ces deux délits ont toujours été votés conjointement, sans égard pour la différence de sévérité des peines.

Certains de nos collègues clament leur attachement à la loi, rien que la loi, toute la loi, et soutiennent l'inflation des peines quand le moindre délit est commis. Mais ici, parce qu'ils s'opposent idéologiquement au texte, il ne faudrait pas prévoir de sanction. Rappelons-nous de ce qui s'est passé au sujet de l'IVG : il a fallu créer le délit d'entrave. Au vu des comportements au sein de cette commission, de la mauvaise foi employée par ceux qui ne comprennent pas qu'on puisse créer un droit nouveau sans y faire obstruction, imaginez la réaction des fous furieux à l'extérieur de l'hémicycle qui, eux, commettront des délits d'entrave !

M. le président Frédéric Valletoux. Il y a des opinions différentes au sein de cette commission, mais ce n'est pas de la mauvaise foi ; travailler avec des personnes qui ne pensent pas la même chose est le propre de la démocratie.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Les députés du groupe Écologiste et Social sont très attachés à cet article 17. Dans la circonscription dont je suis l'élue, des groupuscules intégristes catholiques obscurantistes ont mené des actions de prière sur l'espace public pendant des années pour essayer d'empêcher l'entrée dans l'hôpital Tenon aux femmes qui souhaitaient avorter. Et le week-end dernier, ces mêmes groupes – notamment Civitas, dont la dissolution a pourtant été prononcée – ont organisé des rassemblements de prière pour s'opposer à des événements culturels, artistiques et créatifs organisés dans le cadre de la Nuit blanche. Nous savons pertinemment que ces mêmes groupes d'extrême droite obscurantistes, condamnés et dissous pour antisémitisme, vont chercher à empêcher l'accès à l'aide à mourir.

Instaurer un délit d'entrave est donc très important. Pour d'autres, il était important d'adosser au délit d'entrave un délit d'incitation. Je n'ai jamais entendu de collectif incitant à l'avortement, et je n'imagine pas que des collectifs se créent pour inciter au recours à l'aide à mourir. Mais nous avons accepté l'ajout du délit d'incitation par souci d'équilibre, il faut le respecter. Je vous demande de ne pas supprimer l'article 17 ; il faut que le délit d'entrave existe dans la loi.

Mme Sandrine Runel (SOC). En effet, tous les moments de l'examen de ce texte sont importants et ont leur gravité. Chacun, ici, a respecté les positions des uns et des autres, bien qu'entendre certains propos pour la deuxième, la troisième ou la quatrième fois puisse se révéler assez pénible. À écouter certains, il apparaît plus nécessaire que jamais de maintenir cet article 17. Ce texte transcrit en effet un équilibre. Les partisans de l'aide à mourir ont renoncé à certaines dispositions, notamment au sujet des modalités d'administration, mais nous ne renoncerons pas au délit d'entrave. Le groupe Socialistes et apparentés s'opposera donc fermement à ces amendements de suppression.

Je rappelle qu'il y a encore des manifestations contre le droit à l'avortement, bien qu'il ait été constitutionnalisé. J'espère que le droit à l'aide à mourir sera incorporé à la

Constitution, mais en attendant ce jour, il est nécessaire de maintenir le délit d'entrave et de s'opposer aux amendements de suppression.

Enfin, nous ne savons pas ce qui pourrait advenir en 2027. Pour ma part, j'ai très peur de ce que pourrait faire un nouveau gouvernement.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Le délit d'entrave soulève une difficulté majeure. Il s'agit d'une des questions les plus graves qu'un être humain puisse être amené à prendre et dans un tel contexte, chacun doit bénéficier d'un dialogue libre avec ses proches, avec les soignants, avec des associations, avec celles et ceux qui peuvent apporter un éclairage, un soutien, et même exprimer un doute.

La création d'un délit majeur risque d'introduire une insécurité juridique et de faire peser une menace sur la liberté d'expression et la liberté de conscience. L'expression d'une opinion ou d'une réserve et la proposition d'une alternative, notamment en matière d'accompagnement ou de soins palliatifs, ne doivent pas pouvoir être assimilées à une infraction. Les pressions, les violences, les menaces ou la manipulation sont déjà sanctionnées par notre droit. Il n'est donc pas nécessaire de créer une nouvelle infraction dont les contours demeurent incertains. Sur un sujet aussi sensible, il faut préserver la liberté du débat, la pluralité des points de vue et la possibilité d'un accompagnement humain jusqu'au bout.

Quant à la comparaison avec l'IVG, elle n'a pas lieu d'être. Le droit régissant l'IVG protège la maman ; ici, on ne protège personne.

Mme Justine Gruet (DR). Ces amendements de suppression ne sont pas tous défendus pour les mêmes raisons. Heureusement que j'étais assise lorsque j'ai lu l'exposé des motifs de Mme Dubré-Chirat : l'objet de l'amendement serait de parvenir à un compromis permettant l'adoption du texte !

Ce n'est pas la première fois qu'il est question d'équilibre politique et non d'équilibre éthique ou de considération pour les contraintes que ce nouveau droit va introduire dans notre société. Nous l'avons constaté au sujet de la distinction entre suicide assisté et euthanasie, s'agissant des directives anticipées, ou encore, lors des précédentes lectures, à propos des personnes mineures. Votre objectif est peut-être uniquement de faire adopter un texte, mais en tant que législateur, le mien est de définir un cadre sécurisant. La suppression de cet article va dépénaliser les actes entourant l'aide à mourir mais manifeste aussi la considération que nous apportons à nos soignants. Ne justifions pas cette suppression par la recherche d'un équilibre politique, mais par la recherche d'un encadrement juridique de l'exercice de ce nouveau droit.

Mme Annie Vidal (EPR). Il a fallu trois lectures pour cheminer sur cet article 17. Il ne figurait pas dans le texte initial, il a été adopté tardivement, par amendement voté au bout de la nuit, puis nous avons inlassablement repris cet article à chacune de nos lectures.

Un certain nombre d'entre nous, dont le président Valletoux, ont présenté l'amendement introduisant le délit d'incitation en contrepoint du délit d'entrave.

Il est vrai que tous ces agissements relevant déjà d'autres articles du code pénal, ajouter ces dispositions au texte ne présente pas une nécessité absolue et envoie un message très négatif aux soignants. Pas un seul des soignants que j'ai rencontrés à Paris ou dans ma

circonscription n'a manqué de m'en parler. Nous adressons donc un beau message en supprimant totalement cet article 17.

M. Jean-François Rousset (EPR). Cette loi est attendue par les patients et par les médecins, qui ont besoin d'être protégés lorsqu'ils permettront le recours à l'aide à mourir ou qu'ils participent à des soins palliatifs. Est-il nécessaire de créer des délits, dans un sens ou un autre, pour lui donner de la force ? Cette loi aura de la force si nous la soutenons, si nous en faisons la promotion, si nous la sécurisons. Si nous sécurisons les soignants et si les patients sont certains d'être pris en charge convenablement partout dans le territoire, il n'est pas nécessaire de créer des délits pour donner de l'autorité à la loi.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). En effet, il n'est tellement pas nécessaire de créer de délits que le texte initial n'en prévoyait pas. Les articles 222-17 et 223-15-2 du code pénal permettent de sanctionner les dérives dans un sens ou un autre. Supprimer cet article permet également d'envoyer un signal aux soignants qui nous interrogent sur ce délit d'entrave.

M. le président Frédéric Valletoux. Il est vrai que j'avais été à l'initiative de l'amendement qui, en deuxième lecture, le dernier jour, a créé le délit d'incitation. C'était une mesure miroir par rapport au délit d'entrave, qui ne figurait pas dans le texte initial, pas plus d'ailleurs que dans les recommandations formulées par la Convention citoyenne – je parle sous le contrôle d'Agnès Firmin Le Bodo – qui n'a, à aucun moment, souhaité pénaliser ce rendez-vous de l'aide à mourir.

Je suis donc favorable à la suppression de cet article – je n'ai pas d'orgueil d'auteur, si je puis dire –, d'autant que je n'avais imaginé cette mesure qu'en réponse au délit d'entrave qui déstabilisait, selon moi, l'équilibre du texte. Cela lui rendra plus de force et de clarté vis-à-vis des patients qui attendent ce nouveau droit et des soignants qui attendent ce nouveau cadre.

La commission adopte les amendements.

*En conséquence, l'article 17 est **supprimé** et les amendements AS669 de Mme Annie Vidal, AS379 de Mme Justine Gruet, AS536 de M. Yannick Neuder, AS641 de M. Christophe Bentz, AS138 de M. Patrick Hetzel et AS642 de M. Christophe Bentz, les amendements en discussion commune AS336, AS337 et AS338 de Mme Justine Gruet, les amendements AS442 de Mme Lisette Pollet, AS548 de Mme Marie-France Lorho, AS335 de Mme Justine Gruet, AS549 et AS550 de Mme Marie-France Lorho, AS706 de Mme Élise Leboucher, AS554 et AS553 de Mme Marie-France Lorho, AS52 de Mme Sandrine Dogor-Such et AS670 de Mme Annie Vidal, les amendements identiques AS53 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS122 de M. Patrick Hetzel et AS443 de Mme Lisette Pollet, les amendements AS211 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé, AS123 de M. Patrick Hetzel, AS54 de Mme Sandrine Dogor-Such et AS345 de Mme Justine Gruet, les amendements identiques AS212 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé, AS643 de M. Christophe Bentz et AS694 de Mme Annie Vidal ainsi que l'amendement AS558 de Mme Marie-France Lorho **tombent**.*

Chapitre VII Dispositions diverses

Article 18 : *Prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des frais exposés dans le cadre de la mise en œuvre de l'aide à mourir*

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission **rejette** les amendements de suppression AS644 de M. Christophe Bentz et AS688 de Mme Annie Vidal.*

Amendement AS380 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Le fait que la collectivité finance l'aide à mourir ne la transforme pas en soin : de nombreuses dépenses prises en charge par l'assurance maladie ne sont pas d'ordre thérapeutique. Le rattachement des renvois à la loi elle-même, et non à une section du code de la santé publique, maintiendrait la distinction entre la solidarité financière et la qualification de l'acte. L'objectif est bien de rembourser, sans le codifier au titre de la santé publique.

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

Amendements identiques AS55 de Mme Sandrine Dogor-Such et AS671 de Mme Annie Vidal

Mme Justine Gruet (DR). J'aimerais comprendre pourquoi, à l'alinéa 8, il est fait mention des mineurs. L'article 18 dispose que ni la participation de l'assuré ni la franchise ne sont exigées pour les mineurs et les bénéficiaires de la protection complémentaire. Dans la mesure où nous avons exclu les mineurs du dispositif, pourquoi y faire référence ?

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Nous avons déjà eu cette discussion. Cette mention est liée à un article du code qui y fait référence et nous ne pouvons pas la supprimer. Cet amendement reviendra probablement en séance et j'aurais l'occasion de faire une nouvelle explication à ce sujet.

*La commission **rejette** les amendements, puis, suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle **rejette** successivement les amendements en discussion commune AS339, AS340 et AS341 de Mme Justine Gruet.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 18 **non modifié**.*

Article 19 : *Neutralisation des dispositions du code des assurances et de la mutualité en cas de mise en œuvre de l'aide à mourir*

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission **rejette** les amendements de suppression AS645 de M. Christophe Bentz et AS689 de Mme Annie Vidal.*

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle **rejette** successivement les amendements en discussion commune AS343, AS342 et AS344 de Mme Justine Gruet.*

Amendement AS381 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Il s'agit d'un amendement de coordination. En effet, le régime de l'aide à mourir déborde le champ du soin et trouverait davantage sa place dans une loi propre. En proposant, dans les articles concernés, de le codifier dans une autre législation que le code de la santé publique, nous ne supprimons pas ce droit, mais nous permettons de faire la distinction entre le soin et l'accès à l'aide à mourir.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Je reconnais la ténacité de notre collègue sur le sujet. C'est, au contraire, la codification qui facilite l'accès de chacun à la norme.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). La loi est accessible à tout le monde et s'applique en tout point du territoire, quelle que soit sa codification !

M. le président Frédéric Valletoux. Et dans tous les établissements.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS124 de M. Patrick Hetzel

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

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

Amendement AS564 de Mme Marie-France Lorho

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

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

Puis elle adopte l'article 19 non modifié.

Article 19 bis : *Habilitation à légiférer par ordonnance pour l'extension et l'adaptation des dispositions en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française, à Wallis-et-Futuna, à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte*

Amendement AS690 de Mme Annie Vidal

Mme Annie Vidal (EPR). Je retire l'amendement.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 19 bis non modifié.

Article 20 : *Gage financier*

La commission maintient la suppression de l'article 20.

Titre

Amendements AS65 de M. Thibault Bazin, AS219 et AS220 de Mme Justine Gruet, AS654 de Mme Annie Vidal et AS221 de Mme Justice Gruet (discussion commune)

M. Thibault Bazin (DR). Pour ne pas faire d'obstruction, j'ai déposé un seul amendement de sémantique, pour répondre à une demande de clarté du Conseil d'État. En effet, la notion d'aide à mourir ne correspond pas à la réalité des actes et il serait plus clair de parler d'aide active à mourir.

Avant d'en venir au vote sur l'ensemble du texte, je voudrais préciser que je me réjouis de la suppression de l'article 17, mais surtout que je déplore l'adoption de plusieurs amendements non rédactionnels, notamment celui qui a supprimé l'exception d'euthanasie et ouvert, à l'article 6, la possibilité de faire intervenir un soignant pour administrer la substance

létale, y compris lorsque la personne est en mesure d'y procéder elle-même. Je considère que cette disposition va trop loin et déséquilibre profondément le texte.

Mme Justine Gruet (DR). Je souscris aux propos de mon collègue Thibault Bazin.

Mes trois amendements ont chacun du sens et de l'importance. L'amendement AS219 vise à faire la différence entre l'auto-administration et l'injection par un tiers – vous savez que j'y suis très attachée.

L'amendement AS220 souligne le fait que l'aide à mourir organise une mort provoquée et non une mort naturelle, comme la définit pourtant un amendement adopté à l'article 9, invisibilisant l'acte d'injection d'une substance létale. Certes, on nous explique que le patient va mourir, mais nous allons tous mourir un jour. Le cadre que nous sommes sur le point d'instaurer s'adresse précisément aux patients en fin de vie. De plus, à l'article 4, le troisième critère retenu prouve bien que les conditions définies pour accéder à l'aide à mourir ne correspondent pas à des patients nécessairement en fin de vie. Il faut le dire franchement, pour que celles et ceux qui auront à se positionner sur le texte sachent ce qu'il contient réellement.

Enfin, l'amendement AS221 souligne la notion d'aide active.

En effet, en ne faisant référence qu'à une aide à mourir, le titre actuel ne permet pas d'appréhender précisément le contenu du texte. Or, et nous y reviendrons en séance, il s'agit non pas de voter sur un concept – pour ou contre l'euthanasie, pour ou contre le suicide assisté – mais sur des termes précis, sur un encadrement juridique qui servira au quotidien des soignants qui devront répondre à la demande des patients. C'est ce qui doit nous inciter à sécuriser le cadre, afin de protéger les personnes les plus vulnérables. Nous nous y sommes efforcés en commission et nous poursuivrons ce travail dans l'hémicycle.

Mme Annie Vidal (EPR). Je retire mon amendement au profit de celui de M. Bazin, qui est mieux-disant et correspond davantage au contenu du texte, c'est-à-dire la légalisation du suicide assisté ou de l'euthanasie.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Je ne reviendrai pas sur le fond de ces amendements, sur lesquels j'émetts un avis défavorable. Je préfère en venir rapidement au vote, que j'espère favorable pour la troisième fois, et je vous donne rendez-vous en séance.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Alors que nous nous apprêtons à nous prononcer, en toute liberté, sur le texte, je tiens à vous remercier, monsieur le président, de la qualité et de la fluidité de nos débats, qui ont permis à chacun de s'exprimer sur les amendements, avec un temps de parole tout à fait convenable. Certes, beaucoup de choses ont été redites, mais cela a permis d'avoir un débat sur le fond, même en troisième lecture. Cela signifie que le Parlement a été respecté.

Il s'agit d'un moment très attendu : huit Français sur dix souhaitent que nous avancions. À cet égard, je vous invite à relire les conclusions de la Convention citoyenne, qui n'était pas composée uniquement de personnes favorables au sujet. Ce texte équilibré s'inscrit dans cet esprit de concorde. Il s'agit non pas d'un texte politique, madame Gruet, mais d'un texte sociétal qui ouvre un droit supplémentaire très attendu – il n'enlèvera rien à personne ; ce n'est pas un droit en moins. Ayons une pensée pour les patients qui nous regardent et pour lesquels il n'y a plus aucune issue à très court terme. Si nous adoptons ce texte, nous aurons

fait notre travail de parlementaire, chacun avec la prise de responsabilité qui l'anime et avec son vote, en conscience. C'est tout l'honneur du Parlement.

M. Christophe Bentz (RN). Nous sommes d'accord, en façade, sur le fait que le droit à l'aide à mourir est très attendu par les Français. Mais nous l'avons voté en adoptant la loi relative aux soins palliatifs, promulguée il y a une quinzaine de jours.

Pour le reste, votre texte, qui prétend être une aide à mourir alors que ce n'en est absolument pas une puisqu'il n'y a pas d'accompagnement, consiste bien à légaliser le suicide assisté ou délégué à un soignant, quoi que vous en disiez. Vous pouvez y être favorables, mais nous, nous y sommes défavorables en grande majorité. Le problème n'est donc pas sémantique, mais juridique, humain, médical, social. Il s'agit d'un texte de rupture injuste et d'abandon des patients. Il faut le dire clairement. En tant que législateurs, nous devons la vérité aux Français et nous continuerons à combattre ce texte jusqu'au bout.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je ne m'exprimerai pas sur le fond du texte, le rapporteur général l'ayant très bien fait. Notre commission a fait honneur au travail de député et les uns et les autres ont été à la hauteur – ce n'est pas toujours le cas et je le déplore trop souvent.

Le président a animé nos travaux de manière à faciliter, à apaiser et à donner du rythme à nos échanges. Son style de présidence a contribué à instaurer un état d'esprit positif et respectueux et je l'en remercie, ainsi que le rapporteur général et les rapporteurs thématiques.

M. René Pilato (LFI-NFP). J'aimerais également saluer le travail réalisé au cours des différentes lectures, que ce soit lorsqu'il n'y avait qu'un seul texte ou lorsqu'il a été scindé en deux propositions de loi. Nous avons accompli un travail sérieux, afin d'avancer et de parvenir à un équilibre.

J'ai surtout une pensée pour celles et ceux qui répondent aux cinq critères et qui sont pressés de voir le texte aboutir définitivement pour faire valoir leur droit à l'aide à mourir, en leur âme et conscience, afin de mettre un terme à des souffrances insupportables. Nous le leur devons. Je rejoins les propos précédents : nous avons été à la hauteur de ce qu'attendent les Françaises et les Français.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Il s'agit d'un texte très important, fruit de six ans de travail – certes, il reste encore une lecture à venir –, et très attendu par les Français, qui espèrent, chaque année, avoir enfin accès à ce droit qui n'enlève rien à personne mais offre une possibilité nouvelle aux malades et aux soignants. Nos échanges ont été très riches, avec des appréciations différentes – c'est normal –, et un vote qui reflètera les convictions des uns et des autres. Néanmoins, il est très important d'avancer et de finaliser ce texte, je l'espère avant l'été. Je veux remercier également le président, les vice-présidents ainsi que les rapporteurs et l'ensemble des membres de la commission, qui ont fait en sorte que ce texte tant attendu aboutisse.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Six ans déjà ! Tout n'est pas fini puisqu'il reste encore une lecture dans l'hémicycle, puis une navette avec le Sénat. Néanmoins, nous approchons du but. C'est émouvant quand on se remémore tout le travail engagé. Ce texte est très important, vous l'avez dit, et très attendu par la société. Je repense à tous les messages

que j'ai reçus et aux échanges que le texte a suscités en circonscription, dans nos boîtes de courriel ou au cours de débats divers et variés.

Nous instaurons un nouveau droit – l'accès à l'aide à mourir –, qui constitue une ultime liberté, même si, paradoxalement, nous souhaiterions tous que le moins de personnes possible y aient recours par nécessité. Nous avons eu un débat à la fois politique et philosophique, pour y parvenir.

Je remercie le président et les rapporteurs. J'ai, bien sûr, une pensée pour M. Falorni ainsi que pour les associations, notamment celle pour le droit de mourir dans la dignité, qui se sont impliquées depuis tant d'années sur le sujet.

M. Michel Lauzzana (EPR). La sédation profonde et continue, les soins palliatifs et l'aide à mourir sont des dispositifs complémentaires et je ne supporte pas qu'on les oppose les uns aux autres. Je suis heureux que nous adoptions cette proposition de loi pour la cinquième fois. Je m'étais engagé à voter pour auprès de plusieurs personnes et j'espère qu'elle aboutira très rapidement.

M. Jean-François Rousset (EPR). Permettez-moi de remercier également le président pour la conduite des débats et tous les députés qui se sont exprimés. En tant que soignant et praticien ayant participé à ces épisodes de la vie des autres au cours de sa carrière professionnelle, je suis ravi de l'adoption de ce texte et j'espère qu'il en sera de même dans l'hémicycle. Il représente une véritable avancée non seulement pour les malades mais aussi pour les soignants, car, ne vous y trompez pas, il permettra de lever beaucoup d'angoisse et de travailler sereinement.

M. Yannick Monnet (GDR). Je salue comme tout le monde la qualité du travail et l'animation de nos travaux par notre président – nous y sommes habitués et cela ne me surprend plus.

Cependant, je n'arrive pas à me réjouir totalement, non pas en raison de la nature du texte, mais parce que nous vivons dans une société où la seule façon de soulager ses souffrances est de mourir – c'est ce qui lui donne, d'ailleurs, une grande part de légitimité. Il reste encore certaines choses à caler dans l'hémicycle, en particulier un sujet qui me tient à cœur : si le texte instaure un cadre légal permettant d'abrégier ses souffrances par la mort – ce qui ne me choque pas d'un point de vue philosophique –, je constate qu'il a été perçu par les soignants, notamment dans les services de soins palliatifs, comme une entrave, ce qui ne devrait pas être le cas. J'ai une pensée pour ces soignants qui se battent au quotidien contre la mort. Nous devons faire en sorte de réunir tout le monde autour de ce sujet.

Mme Sabine Gervais (Dem). Je suis très émue parce que je succède à Olivier Falorni, qui a mis toute son énergie en faveur de ce texte depuis quatorze ans. Je suis heureuse qu'il aboutisse et j'espère qu'il sera adopté rapidement, courant juin. J'ai aussi une pensée pour tous les malades, tous ceux qui m'ont sollicitée dernièrement et qui souhaitent le voir aboutir.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). Je rappelle qu'à ce stade, le texte n'est pas encore voté et le passage dans l'hémicycle sera un moment important.

J'ai une pensée, bien sûr, pour les malades et pour les soignants. À titre personnel, j'ai une réserve sur le fait de faire de l'hétéro-administration une règle, qui constitue une ligne

rouge pour les soignants : si nous voulons en embarquer un maximum, il faudra probablement y revenir en séance.

J'ai aussi une pensée pour les acteurs de la Convention citoyenne, qui ont mené un travail extraordinaire ayant permis d'aboutir au projet de loi défendu par Catherine Vautrin et repris ensuite par Olivier Falorni dans sa proposition de loi.

Néanmoins, ne faisons pas croire à nos concitoyens que le texte est adopté. Nous avons franchi une étape supplémentaire, mais il n'est pas encore définitivement voté.

M. le président Frédéric Valletoux. Je ne reviendrai pas sur le fond du texte. Des débats restent à venir et son examen en séance, dans une dizaine de jours, nous promet des moments animés – c'est bien normal sur un tel sujet. J'espère qu'ils nous permettront d'aboutir à un texte le plus équilibré possible, si chacun fait une part de concession.

Je veux témoigner de la qualité de nos travaux. Je sais que chacun d'entre vous a préparé ce rendez-vous parlementaire avec beaucoup de soin, et certains depuis de longues années, en rencontrant des soignants, des malades et des associations. Chacun est aussi porteur de son expérience personnelle, ce qui a nourri nos travaux. Je sais l'engagement de tous ceux qui ont pris part à ce débat, particulièrement important.

J'ai aussi une pensée pour Olivier Falorni. Je remercie Agnès Firmin Le Bodo qui a présidé la première commission spéciale sur le sujet, le rapporteur général et les rapporteurs thématiques ainsi que les administrateurs, qui fournissent un travail énorme. Mon bureau étant situé près des leurs, je reconnais que je pars toujours avant eux et qu'ils sont toujours là avant moi ! Un grand merci à eux.

Les amendements AS219, AS220, AS654 et AS221 sont retirés.

La commission rejette l'amendement AS65.

Puis elle adopte l'ensemble de la proposition de loi modifiée.

La réunion s'achève à dix-neuf heures quarante.

Présences en réunion

Présents. – Mme Audrey Abadie-Amiel, Mme Ségolène Amiot, M. Joël Aviragnet, M. Thibault Bazin, M. Christophe Bentz, M. Théo Bernhardt, Mme Sylvie Bonnet, M. Louis Boyard, Mme Josiane Corneloup, M. Hendrik Davi, M. Stéphane Delautrette, Mme Dieynaba Diop, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Stella Dupont, M. Gaëtan Dussausaye, Mme Karen Erodi, M. Emmanuel Fernandes, Mme Sylvie Ferrer, Mme Agnès Firmin Le Bodo, M. Guillaume Florquin, M. Thierry Frappé, Mme Marie-Charlotte Garin, M. François Gernigon, Mme Sabine Gervais, Mme Océane Godard, Mme Justine Gruet, Mme Zahia Hamdane, Mme Chantal Jourdan, M. Michel Lauzzana, M. Didier Le Gac, Mme Élise Leboucher, M. Pascal Lecamp, M. René Lioret, Mme Brigitte Liso, Mme Christine Loir, M. Christophe Mongardien, M. Yannick Monnet, Mme Agnès Pannier-Runacher, M. Sébastien Peytavie, M. René Pilato, Mme Sandrine Rousseau, M. Fabrice Roussel, 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

Excusés. – Mme Anchya Bamana, Mme Béatrice Bellay, M. Marc Chavent, Mme Karine Lebon, Mme Angélique Ranc, M. Jean-Hugues Ratenon

Assistaient également à la réunion. – M. Eddy Casterman, M. Hadrien Clouet, M. Pierre Marle