Année 2025. – N° 56 [2] A.N. (C.R.) ISSN 2493-2086 Mardi 13 mai 2025

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2024-2025

188e séance

Compte rendu intégral

2e séance du lundi 12 mai 2025

Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint

PREMIER MINISTRE
Liberté
Égalité
Fraternité
Direction de l'information légale et administrative

http://www.assemblee-nationale.fr

SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE MME NADÈGE ABOMANGOLI

1. Accompagnement et soins palliatifs (p. 4423)

DISCUSSION DES ARTICLES
(suite) (p. 4423)

Article 1er
(suite) (p. 4423)

Amendement no 350

Mme Annie Vidal, rapporteure de la commission des affaires sociales

Mme Catherine Vautrin, ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles

Amendements nos 429, 439, 338, 79, 26, 296 rectifié, 357 rectifié, 479 rectifié, 684, 126, 686, 23, 130, 253, 54

Sous-amendement no 772

Amendements nos 131, 685, 205, 434, 132, 584, 698, 161, 606, 440, 162, 33, 163, 524, 658, 133

Suspension et reprise de la séance (p. 4437)

Amendements nos 336, 337, 134, 392, 48, 291, 525, 607, 235, 277, 659, 580, 81, 55, 213 rectifié, 513 rectifié, 597 rectifié

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 4444)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENCE DE MME NADÈGE ABOMANGOLI

vice-présidente

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à vingt et une heures trente.)

1

ACCOMPAGNEMENT ET SOINS PALLIATIFS

Suite de la discussion d'une proposition de loi

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la proposition de loi relative à l'accompagnement et aux soins palliatifs (nos 1102, 1281).

DISCUSSION DES ARTICLES
(suite)

Mme la présidente. Cet après-midi, l'Assemblée a commencé la discussion des articles de la proposition de loi, s'arrêtant à l'amendement no 350 à l'article 1er.

Article 1er
(suite)

Mme la présidente. La parole est à Mme Josiane Corneloup, pour soutenir l'amendement no 350.

Mme Josiane Corneloup. Cet amendement vise à inscrire l'accès aux soins palliatifs dans un parcours de soins cohérent, suivi dans le temps et non motivé par un intérêt ponctuel, en le réservant aux personnes résidant de manière stable et régulière en France.

M. Nicolas Sansu. Bref, ce n'est pas pour les sans-papiers…

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Vidal, rapporteure de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission.

Mme Annie Vidal, *rapporteure de la commission des affaires sociales*. Vous souhaitez introduire une condition de résidence stable et régulière en France, ce qui me semble dispensable, dès lors qu'elle est déjà prévue dans le cadre général applicable au droit de la protection sociale. En outre, cette disposition n'empêcherait pas que des patients soient pris en charge pour des motifs humanitaires.

M. Yannick Monnet. Les médecins ont prêté serment !

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Elle priverait simplement les établissements concernés de remboursement par l'assurance maladie.

Avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, pour donner l'avis du gouvernement.

Mme Catherine Vautrin, *ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles*. Même avis.

Mme la présidente. Maintenez-vous votre amendement, madame Corneloup ?

Mme Josiane Corneloup. Oui.

Mme Karen Erodi. La honte !

(L'amendement no 350 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Besse, pour soutenir l'amendement no 429.

Mme Véronique Besse. Il vise à clarifier et élargir le champ d'application des soins palliatifs en précisant qu'ils concernent les personnes atteintes de maladies « aux conséquences physiques ou psychiques graves », ce qui permettrait de reconnaître explicitement la souffrance psychique comme une composante à part entière de l'accompagnement palliatif et garantirait une prise en charge globale qui ne se limiterait pas à la dimension corporelle de la maladie mais engloberait aussi la souffrance mentale, laquelle est souvent sous-évaluée dans les parcours de soins. Cette approche est d'ailleurs conforme aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap).

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Cette précision non seulement restreindrait, au lieu de l'élargir, le champ de l'accompagnement et des soins palliatifs, mais elle rendrait aussi ses contours plus flous. Bien que ce ne soit pas votre intention, nous nous éloignerions ainsi de la définition de l'Organisation mondiale de la santé.

Au reste, la définition que nous avons adoptée à l'article 1er permet déjà de tenir compte des conséquences psychiques d'une maladie grave.

Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Je partage l'avis de la rapporteure. L'article 1er précise déjà que les soins palliatifs sont destinés aux personnes affectées par une maladie grave. Parce que l'ajout que vous proposez risque de rendre le texte moins clair, j'y suis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. L'amendement présente un intérêt parce qu'il aborde les problèmes psychiques. Or l'article L. 1110-10 du code de la santé publique, que nous sommes en train de modifier et qui définit déjà – nous n'inventons rien – les soins palliatifs, prévoit que ceux-ci « visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique ». Cette dernière notion est donc importante et il faut en tenir compte en complétant le présent texte, soit à l'alinéa 5 soit à l'alinéa 7, sans quoi nous aurions un problème. En effet, l'alinéa 7, tel qu'il est issu de l'examen en commission, intègre « la douleur et des autres symptômes pénibles » dans la définition de l'accompagnement et des soins palliatifs, ce qui n'est pas aussi clair qu'auparavant. Veillons à ne pas évacuer la dimension psychique, qui est fondamentale.

(L'amendement no 429 est adopté.)(Applaudissements plusieurs les bancs du groupe RN.)

Mme la présidente. La parole est à M. Laurent Panifous, pour soutenir l'amendement no 439.

M. Laurent Panifous. L'article 1er, réécrit en commission, destine l'accompagnement et les soins palliatifs aux personnes de tout âge et, « en particulier, aux personnes approchant de la fin de leur vie ». M. Bazin a souligné tout à l'heure qu'on faisait ainsi de ces dernières un cas particulier. Par cet amendement, nous proposons de supprimer les mots « en particulier », parce qu'ils semblent introduire une sorte de hiérarchie entre les patients. Or les soins palliatifs doivent être proposés à toutes les personnes dont l'état de santé le requiert.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. La phrase de l'alinéa 5 concernée par l'amendement est la suivante : « [L'accompagnement et les soins palliatifs] sont destinés aux personnes de tout âge en souffrance du fait de leur état de santé affecté par une ou par plusieurs maladies graves et, en particulier, aux personnes approchant de la fin de leur vie. » Au premier abord, l'amendement tendant à supprimer les mots « en particulier » m'a paru intéressant. En y regardant de plus près, il me semble toutefois que cela risquerait d'inhiber la prise en charge précoce de l'accompagnement et des soins palliatifs, dont l'efficacité, lorsqu'il s'agit d'accepter qu'aucune guérison n'est possible, a été démontrée. Je n'y suis donc pas favorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Les soins palliatifs – cela a été dit cet après-midi – sont destinés à soulager une souffrance. Or les personnes concernées, tant mieux pour elles, ne seront pas toutes en fin de vie. La modification proposée aboutirait – je ne suis pas sûre que ce soit votre objectif – à une définition particulièrement restrictive. J'émets donc un avis défavorable.

(L'amendement no 439 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements, nos 338, 79, 26, 296 rectifié, 357 rectifié, 479 rectifié et 684, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements nos 296 rectifié, 357 rectifié et 479 rectifié sont identiques.

La parole est à Mme Josiane Corneloup, pour soutenir l'amendement no 338.

Mme Josiane Corneloup. L'article L. 1110-9 du code de la santé publique dispose : « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. » Il ne précise pas si le patient peut les demander pour son propre compte. L'amendement tend à corriger cette situation, en précisant que l'initiative revient non seulement aux médecins mais également aux personnes malades elles-mêmes. Il me semble qu'en reconnaissant la voix du patient, on renforcera son autonomie dans son propre parcours de soins.

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement no 79.

M. Thibault Bazin. Quoique rédigé de manière légèrement différente, il va dans le même sens que celui défendu par Mme Corneloup. C'est aussi une question de cohérence. L'article L. 1110-9 du code la santé publique – soit l'article qui précède celui que nous sommes en train de modifier – ne précise pas que le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement peut procéder d'une initiative conjointe du soignant et du patient. Pourtant, si l'état de santé de ce dernier les requiert, il doit pouvoir les demander.

Mme la présidente. La parole est à Mme Sophie Panonacle, pour soutenir l'amendement no 26.

Mme Sophie Panonacle. Certaines pathologies nécessitent des soins palliatifs bien avant la veille de la mort, notamment la sclérose latérale amyotrophique, dite maladie de Charcot. Par cet amendement, nous voulons accorder le droit aux personnes malades de demander elles-mêmes des soins palliatifs, lorsque les gestes ou la parole deviennent impossibles, lorsque la situation est irréversible et qu'elles jugent ce soutien nécessaire et adapté à leur condition et à leur vécu. Il s'agit de remettre le patient au centre du processus, moins comme un objet de soins que comme une personne libre de ses choix.

Mme la présidente. Nous en venons aux trois amendements identiques.

La parole est à Mme Josiane Corneloup, pour soutenir l'amendement no 296 rectifié.

Mme Josiane Corneloup. Il vise à renforcer la cohérence de l'article 1er par rapport à l'article 4, en précisant que la proposition de soins palliatifs et d'accompagnement n'est pas uniquement à l'initiative des professionnels de santé, mais qu'elle peut aussi émaner de la personne malade dès lors qu'elle estime que son état les requiert.

Mme la présidente. L'amendement no 357 rectifié de M. Laurent Mazaury est défendu.

La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement no 479 rectifié.

M. Patrick Hetzel. Il va exactement dans le même sens que les amendements précédents : il s'agit de préciser que la demande peut émaner de la personne malade elle-même.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Potier, pour soutenir l'amendement no 684.

M. Dominique Potier. Remettre le patient au cœur du processus est d'autant plus justifié que, si l'on se rapporte au début de cette odyssée – de cette épopée ! – des soins

palliatifs, on se souvient qu'ils ont été créés en réaction à une forme de toute-puissance des médecins sur la fin de vie. Ces précisions sont bienvenues, quelle que soit leur forme, parce qu'elles renouent avec l'art du dialogue et qu'elles restituent le droit à l'intégrité et la dignité des personnes quand vient l'heure de prendre ce genre de décisions.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements en discussion commune ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. À quelques nuances près, ils visent tous à ce que l'accès aux soins palliatifs puisse être demandé par la personne malade ou par sa personne de confiance. Cette demande est satisfaite par l'article 4, qui tend à modifier l'article L. 1110-9 du code de la santé publique de la manière suivante : « Le droit de bénéficier d'un accompagnement et de soins palliatifs, au sens de l'article L. 1110-10, est garanti à toute personne dont l'état de santé le requiert. »

Dans leur esprit, les différents amendements paraissent donc satisfaits. Il me semble néanmoins nécessaire qu'un avis médical soit rendu avant qu'on accorde le droit à l'accompagnement et aux soins palliatifs. Si la personne peut solliciter une prise en charge, un diagnostic doit établi, surtout s'il s'agit de pathologies graves et incurables ; il est difficile d'envisager que l'initiative en revienne au seul patient – dont les droits seront cependant garantis par l'article 4. Ces amendements pourraient susciter un doute à cet égard.

J'émets donc un avis défavorable sur l'ensemble des amendements.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. J'ajoute que l'alinéa 7 du texte est assez clair : « Dans le respect de la volonté de la personne, [l'accompagnement et les soins palliatifs] comprennent […] » La volonté de la personne est déjà prise en compte et ces amendements me semblent satisfaits. Je vous demande donc de les retirer ; à défaut, j'y serais défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. René Pilato.

M. René Pilato. Parmi tous les amendements en discussion commune, l'amendement n° 26 nous paraît intéressant, parce qu'il mentionne la personne de confiance. Cette personne peut être un membre de l'entourage du patient qui, notamment si ce dernier n'a pas été examiné depuis un certain temps, se rend compte qu'un nouveau diagnostic est nécessaire, visant à prodiguer des soins palliatifs ou un accompagnement différent. Les soins palliatifs doivent bien sûr être dispensés lorsqu'un médecin en prend l'initiative, mais ils pourraient l'être aussi à la demande du patient lui-même ou de sa personne de confiance – demande donnant lieu à un diagnostic.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Ces amendements me semblent doublement satisfaits. D'abord, par la deuxième phrase de l'alinéa 5, qui précise que les soins palliatifs « sont destinés aux personnes de tout âge en souffrance du fait de leur état de santé ». Ensuite, par l'alinéa 7, comme vous l'avez précisé, madame la ministre.

Les amendements tendent à dire que la garantie de la prise en charge du malade peut être à l'initiative du patient ou du médecin. Or un patient ne peut pas « garantir une prise en charge globale », comme il est écrit dans la troisième phrase de l'alinéa 5. Les soins palliatifs doivent être proposés au patient, comme le prévoit la deuxième phrase de l'alinéa 5 précitée, confirmée par l'alinéa 7, mais il ne revient pas au patient lui-même de garantir qu'on lui administrera des soins palliatifs, comme le laissent entendre ces amendements. Par souci de cohérence, on gagnerait à laisser le texte en l'état.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Potier.

M. Dominique Potier. Il me semble important de préciser, dès le premier alinéa de l'article L. 1110-10, que les soins palliatifs sont le fruit d'un dialogue. Aucun de ces amendements, déposés par des auteurs différents sans concertation préalable, ne vise à faire l'impasse sur le diagnostic médical. En revanche, ils visent à rétablir d'emblée la volonté du patient dans le parcours de soins, qui doit être un parcours singulier. La volonté du patient, ainsi que celle de ses proches, doit être respectée. Je partage l'avis de M. Pilato sur ce point, même si la prise en compte de l'entourage est mentionnée un peu plus loin.

Dans tous les cas, un dialogue doit être instauré, dès le départ, entre l'expertise médicale et l'entourage du patient. Les soins palliatifs constituent un affranchissement de la toute-puissance médicale et un rétablissement de la personne dans son entièreté. C'est le moment ou jamais de l'exprimer.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 338.

(Le vote à main levée n'ayant pas été concluant, il est procédé à un scrutin public.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	117
Nombre de suffrages exprimés	112
Majorité absolue	57
Pour l'adoption	63
contre	49

(L'amendement n° 338 est adopté ; en conséquence, les amendements nos 79, 26, 296 rectifié, 357 rectifié, 479 rectifié et 684 tombent.)

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 126.

M. Patrick Hetzel. Conformément à ce que nous défendons depuis le début, cet amendement vise à ce que l'accès aux soins palliatifs soit garanti dans un délai compatible avec l'état de santé du patient.

Nous le savons, l'un des problèmes essentiels est celui de l'inégal accès aux soins palliatifs sur le territoire national. Or nous voulons absolument éviter que certains de nos concitoyens recourent à un suicide assisté simplement parce qu'ils n'auraient pas eu accès à des soins palliatifs dans un délai raisonnable.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Cet amendement est satisfait, puisque la première phrase de l'alinéa 5 indique que « l'accompagnement et les soins palliatifs garantissent le droit fondamental à la protection de la santé ». Toutefois, la précision d'un « délai compatible » avec l'état de santé du patient me paraît digne d'intérêt.

Avis favorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Je partage l'analyse de la rapporteure. Je m'en remets à la sagesse de l'Assemblée.

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Monnet.

M. Yannick Monnet. Je soutiens, moi aussi, cet amendement. Il permettra de réaffirmer la nécessité de rendre effectif l'accès aux soins palliatifs. Au-delà des chiffres cités, ces soins doivent être réellement accessibles sur l'ensemble du territoire, pour toutes les personnes qui en font la demande.

(L'amendement no 126 est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Potier, pour soutenir l'amendement no 686.

M. Dominique Potier. Il vise à préciser que l'accompagnement et les soins palliatifs concernent non seulement le patient, mais aussi ses proches. Tous ceux qui en ont fait l'expérience savent que c'est lorsque nous éprouvons la vulnérabilité de notre existence que le fait d'appartenir à une communauté – qu'elle soit celle de la famille ou d'amis – est fondamental. Tout le talent et l'expérience des praticiens en soins palliatifs consistent à intégrer la communauté du patient, en tant que personne, dans le processus d'accompagnement. Le préciser à cet endroit du texte, c'est faire honneur à ces pratiques appelées à se diffuser, en encourageant la prise en compte du patient dans sa communauté de vie.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Il est évident que l'entourage du patient a un rôle important à jouer dans le parcours de soins en fin de vie et les soins palliatifs doivent intégrer les proches. Toutefois, il ne me paraît pas pertinent de le préciser à l'alinéa 5, puisque l'alinéa 8 le mentionne très clairement. L'écrire deux fois dans le même article n'apporterait rien.

Je demande donc le retrait de l'amendement ; à défaut, mon avis serait défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Même avis. L'alinéa 8 est assez complet, puisqu'il précise que l'accompagnement et les soins palliatifs concernant la personne malade « soutiennent son entourage », y compris après le décès du patient.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement no 686.

(Le vote à main levée n'ayant pas été concluant, il est procédé à un scrutin public.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	129
Nombre de suffrages exprimés	121
Majorité absolue	61
Pour l'adoption	61
contre	60

(L'amendement no 686 est adopté.)(Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe RN.)

M. Hervé de Lépinau. Un amendement socialiste adopté avec les voix du RN !

M. Emeric Salmon. M. Guedj a voté contre alors qu'il est signataire de l'amendement !

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques, nos 23, 130 et 253, qui font l'objet d'une demande de scrutin public de la part des groupes Droite républicaine et UDR. Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à Mme Sylvie Bonnet, pour soutenir l'amendement no 23.

Mme Sylvie Bonnet. Cet amendement a été déposé à l'initiative de notre collègue Fabrice Brun. L'accès aux soins palliatifs doit être garanti dans l'ensemble des lieux de vie ou de soin. Or l'offre est principalement concentrée dans les établissements hospitaliers, lorsqu'ils comprennent des unités de soins palliatifs ou une équipe mobile de soins palliatifs. De nombreux lieux de vie ou de soin en sont dépourvus, en particulier les Ehpad, les hôpitaux de proximité et les domiciles des personnes malades, et cela malgré l'engagement des professionnels libéraux et des équipes de l'hospitalisation à domicile (HAD). Afin d'insister sur la nécessaire diffusion de ces soins, l'amendement tend à préciser qu'ils doivent être accessibles quel que soit le lieu de vie ou de soin du patient.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement no 130.

M. Patrick Hetzel. L'accès aux soins palliatifs doit être garanti sur l'ensemble du territoire, ainsi que dans l'ensemble des lieux de vie ou de soin. C'est pourquoi cet amendement vise à compléter l'alinéa 5 en précisant que le patient peut en bénéficier « quel que soit son lieu de vie ou de soin ».

Mme la présidente. La parole est à M. Corentin Le Fur, pour soutenir l'amendement no 253.

M. Corentin Le Fur. Comme l'ensemble des collègues, je regrette le retard pris par la France dans l'accès aux soins palliatifs. C'est indigne d'un pays comme le nôtre et c'est l'honneur de notre assemblée de légiférer pour les renforcer, afin de permettre à nos compatriotes de souffrir le moins possible, même lorsqu'ils sont en fin de vie. Cela suppose une homogénéité d'accès aux soins palliatifs partout sur le territoire, quel que soit le type d'hébergement du patient, en Ehpad ou à domicile.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Ces amendements visent à préciser les lieux où le droit aux soins palliatifs est garanti. Or l'alinéa 5 est très clair : ces soins « sont accessibles sur l'ensemble du territoire national et leur répartition garantit un accès équitable aux personnes malades ». Les amendements sont donc satisfaits.

Il convient cependant de rendre cet accès effectif. C'est l'enjeu de la stratégie décennale défendue par le gouvernement et c'est l'objet de l'article 4, qui fait du droit aux soins palliatifs un droit opposable.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Même avis, pour les mêmes raisons.

Mme la présidente. La parole est à Mme Hanane Mansouri.

Mme Hanane Mansouri. Nous sommes au cœur du sujet. Si l'on veut garantir à tous l'égalité d'accès aux soins palliatifs, il faut voter pour ces amendements. Aujourd'hui, l'accès aux soins palliatifs est insuffisant : vingt départements sont dépourvus d'unités de soins palliatifs. Ces amendements permettraient de graver dans le marbre l'objectif concret d'accès de chaque Français à ces soins.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques nos 23, 130 et 253.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	146
Nombre de suffrages exprimés	146
Majorité absolue	74
Pour l'adoption	73
contre	73

(Les amendements identiques nos 23, 130 et 253 ne sont pas adoptés.)(Exclamations sur plusieurs bancs des groupes RN, DR et UDR.)

M. Thibault Bazin. La faute à une trahison au sein du RN ! L'un de leurs membres a voté contre !

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements, nos 54, 131 et 685, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Sylvie Bonnet, pour soutenir l'amendement no 54, qui fait l'objet du sous-amendement no 772.

Mme Sylvie Bonnet. Cet amendement vise à rappeler les objectifs des soins palliatifs : soulager la douleur du patient, apaiser sa souffrance psychique, sauvegarder sa dignité et soutenir ses proches.

Mme la présidente. La parole est à Mme Hanane Mansouri, pour soutenir le sous-amendement no 772.

Mme Hanane Mansouri. Il va dans le même sens que l'amendement no 54 auquel il se rapporte, à cette différence sémantique près : il supprime le terme de « dignité », puisque celle-ci ne change pas qu'on ait accès aux soins ou non.

Mme Andrée Taurinya. Bah si, justement !

M. Nicolas Sansu. Franchement, c'est bavard !

Mme la présidente. L'amendement no 131 de M. Patrick Hetzel est défendu.

La parole est à M. Dominique Potier, pour soutenir l'amendement no 685.

M. Dominique Potier. Il porte sur la question – sensible – de l'autonomie du patient, mentionnée à l'avant-dernière phrase de l'alinéa 5. Il ne s'agit pas tant d'assurer l'autonomie de la personne malade, dont la dépendance est maximale, que de témoigner d'une fraternité. Gagner en autonomie à la fin de sa vie, dans le cadre d'un parcours de soins périlleux, ne nous paraît pas un objectif pertinent. Si l'autonomie du patient est importante, c'est dans le processus de décision en amont de l'entrée en soins palliatifs ; une fois ces soins engagés, ils sont davantage destinés à exprimer la fraternité que l'autonomie.

Mme la présidente. Sur les amendements nos 434 et 584, je suis saisie par le groupe Rassemblement national de demandes de scrutin public.

Les scrutins sont annoncés dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Quel est l'avis de la commission sur les amendements en discussion commune et sur le sous-amendement ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Les amendements nos 54 et 131 tendent à préciser que la prise en charge a pour but de soulager la douleur, d'apaiser la souffrance psychique et de sauvegarder la dignité de la personne malade, ainsi que de soutenir l'entourage. J'ai déjà eu l'occasion de le dire : l'accompagnement ne va pas dénaturer les soins palliatifs, qui visent précisément à tout cela. Ma réponse est donc la même que celle que j'avais donnée en commission : ces amendements sont satisfaits par les dispositions de l'article 1er – et plus encore à la suite des modifications qui lui ont été apportées en commission. Ces dernières permettent de définir l'accompagnement et les soins palliatifs de manière conforme à la définition de l'Organisation mondiale de la santé. Avis défavorable sur ces deux amendements, ainsi que sur le sous-amendement no 772 de Mme Mansouri.

Par votre amendement no 685, vous souhaitez, monsieur Potier, supprimer la mention de l'autonomie dans l'exposé des objectifs de l'accompagnement et des soins palliatifs. Cette proposition est intéressante et je vous remercie pour cet effort de précision. Je pense, néanmoins, que la notion d'autonomie a toute sa place à cet endroit du texte. Avis défavorable également.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Sur le sous-amendement no 772 et les amendements nos 54 et 131, j'ai la même lecture que Mme la rapporteure.

Je me pose plus de questions sur l'amendement no 685 et sur la pertinence de la notion d'autonomie. Nous en discutions tout à l'heure, monsieur Potier : un patient peut aller mieux et sortir des soins palliatifs.

M. Dominique Potier. Oui !

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. La notion d'autonomie, toutefois, ne figurait pas dans la version initiale du texte et a été ajoutée au fil des discussions.

M. Dominique Potier. Sagesse, alors !

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. C'est la raison pour laquelle, en effet, je m'en remets, sur cet amendement, à la sagesse de l'Assemblée.

(Le sous-amendement no 772 n'est pas adopté.)

(Les amendements nos 54, 131 et 685, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement no 205.

M. Patrick Hetzel. Cet amendement tend à préciser, à la fin de l'alinéa 5, que les dispositifs mis en place visent également à soutenir l'entourage du patient.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Dès lors que l'alinéa 8 précise que l'accompagnement et les soins palliatifs « sont délivrés de façon précoce, active et continue tout au long du parcours de soins de la personne malade et soutiennent son entourage », cette précision est inutile – j'ai déjà eu l'occasion de le dire en donnant l'avis de la commission sur l'amendement no 686. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Même avis.

(L'amendement no 205 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Besse, pour soutenir l'amendement no 434.

Mme Véronique Besse. Les soins palliatifs, établis par la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, dite loi Claeys-Leonetti, permettent à toute personne de recevoir les traitements et les soins nécessaires à sa sécurité sanitaire et à un apaisement de ses souffrances, selon l'état des avancées scientifiques. Cette consécration législative contribue à protéger la dignité de l'individu.

On dénaturerait totalement l'article L. 1110-5 du code de la santé publique en élargissant l'objet des soins palliatifs jusqu'à leur faire jouer un rôle actif dans la survenance de la mort du patient. Les soins palliatifs sont au nombre des obligations positives qui s'imposent à l'État au titre du droit à la vie ; élargir leur objet reviendrait à consacrer un droit à la mort.

Le refus de l'acharnement thérapeutique consacré par la loi Claeys-Leonetti trouve le juste équilibre entre le droit à la vie et le refus de toute forme de torture. Cet équilibre doit être protégé : la main qui soigne ne saurait être la main qui tue.

Dans le contexte des débats actuels sur la fin de vie, cet amendement vise donc à apporter une précision indispensable. Les soins palliatifs, pour qu'ils soient opérants sur le terrain, doivent être strictement encadrés.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Votre formulation me semble un peu lourde et introduit une ambiguïté en voulant préciser dans le texte que « les soins palliatifs sont strictement limités à une politique d'accompagnement vers une fin de vie naturelle excluant toute aide active à mourir et toute forme d'euthanasie ».

On pourrait penser, à vous lire, que les soins palliatifs se limitent à l'accompagnement, ce qui n'est pas du tout le cas.

Au demeurant, j'ai déjà eu l'occasion de dire que je m'opposerai, dans la discussion de ce texte, à tout renvoi à l'aide à mourir, qui fait l'objet de la proposition de loi de M. Falorni. Les deux discussions doivent être distinctes. Quand nous en viendrons à celle du second texte de loi, vous aurez la liberté de proposer qu'on y inscrive que l'aide à mourir ne pourra pas être dispensée dans le cadre des soins palliatifs.

Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Même avis.

Vous avez été nombreux, lors de la discussion générale, à vous féliciter de ce qu'il y ait deux propositions de loi distinctes, l'une consacrée aux soins palliatifs, l'autre à l'aide à mourir. Nous sommes en train de définir les soins palliatifs, et celles et ceux qui se réfèrent à la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs devraient être attentifs à ce que sa présidente a indiqué qu'en aucun cas les soins palliatifs ne pouvaient intégrer l'aide à mourir. Introduire cette notion dans le présent texte aurait pour effet d'y apporter la confusion que, précisément, vous voulez éviter.

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Bentz.

M. Christophe Bentz. J'appelle votre attention sur l'importance de cet amendement de bon sens, pour lequel nous avons demandé un scrutin public. Il a en effet le mérite de souligner deux aspects très importants de l'exercice des soins palliatifs : la notion de mort naturelle, d'abord ; l'exclusion de toute aide active à mourir ou euthanasie, ensuite.

Nous vous avons demandé à plusieurs reprises, madame la ministre, de nous rassurer quant à l'étanchéité entre les deux textes ; vous en avez maintenant l'occasion.

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Je vous ai pourtant répondu !

M. Christophe Bentz. Je peux vous dire que l'adoption de cet amendement mettrait fin au débat sémantique ! *(Applaudissements sur les bancs des groupes RN et UDR.)*

Mme la présidente. La parole est à Mme Hanane Mansouri.

Mme Hanane Mansouri. On nous dit depuis le début qu'il y a deux textes – sur deux sujets différents ; mais on nous dit également que, à terme, le suicide assisté et l'euthanasie pourraient se pratiquer dans les maisons d'accompagnement créées par le texte consacré aux soins palliatifs. *(Exclamations sur les bancs du groupe LFI-NFP.)*

Si, donc, ces deux textes sont distincts, il est parfaitement justifié de donner des limites à ce qui peut entrer dans le champ des soins palliatifs, en excluant l'euthanasie et le suicide assisté. *(Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes UDR et RN.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. La question sous-jacente est celle de l'intention : on peut accompagner, en administrant une substance, sans vouloir provoquer la mort – même si elle peut survenir. Accompagner jusqu'au bout sans chercher à provoquer la mort, c'est la spécificité de certaines unités de soins palliatifs. S'il devenait possible que, dans ces unités, la mort soit donnée – même par des personnels extérieurs qui n'auraient pas exercé leur clause de conscience –, on risquerait d'y perdre des ressources humaines.

M. Nicolas Sansu. Cela n'a rien à voir !

M. Thibault Bazin. Il est déjà difficile d'armer ces unités ou ces équipes de soins mobiles pour une prise en charge palliative. Ne provoquons pas une aggravation de la crise des vocations en mélangeant deux cultures, deux approches, très différentes. Au contraire, confortons la médecine pallia-

tive. Si les deux approches devaient être mélangées, le succès de la stratégie décennale que vous défendez, madame la ministre, risquerait d'être compromis.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. C'est pourtant bien vous, chers collègues, qui, comme en commission, essayez de mélanger les deux textes ! *(Protestations sur les bancs des groupes RN et UDR.)* Vous le faites avec élégance, mais c'est bien ce à quoi M. Bentz s'est essayé à de nombreuses reprises. Il existe deux textes – et ils sont totalement différents.

Votre mention d'une fin de vie « naturelle » est, par ailleurs, parfaitement erronée. Vous savez très bien qu'après la « sédation profonde et continue », on lit, dans la loi Claeys-Leonetti, « jusqu'au décès » – avec un arrêt des apports hydriques et nutritifs entraînant l'arrêt des fonctions organiques.

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. J'allais le dire !

M. Philippe Vigier. On ne peut donc pas parler de mort naturelle. Je vous invite à être précis et à ne pas mêler les deux textes.

Nous nous opposerons à cet amendement. *(Mme Anaïs Belouassa-Cherifi applaudit.)*

M. Christophe Blanchet. Très bien ! Un peu de pédagogie ne nuit pas !

Mme la présidente. La parole est à M. Hadrien Clouet.

M. Hadrien Clouet. Revenons au réel. L'amendement confond les soins palliatifs – un ensemble d'actes visant au confort et au soulagement des patientes et des patients – et le lieu où ces soins peuvent être dispensés. La distinction est pourtant d'importance. Les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de vie ; la question de l'aide à mourir, dans le cadre de cette discipline, ne se pose pas – c'est tellement autre chose qu'on y a consacré un autre texte !

Dans votre amendement, en revanche, vous parlez du lieu où le patient reçoit les soins palliatifs. Or où reçoit-il de tels soins ? Il peut s'agir d'un établissement de santé – et le patient peut y être domicilié, auquel cas il est chez lui. Le patient peut également recevoir les soins à son domicile privé – donc, là encore, chez lui. En d'autres termes, si votre amendement était adopté, une personne ne pourrait plus bénéficier de l'aide à mourir chez soi. Voilà, concrètement, ce que vous proposez !

Mme Josiane Corneloup. Eh oui !

Mme Hanane Mansouri. Il y a deux textes ou pas ? Il faudrait savoir !

M. Hadrien Clouet. Cet amendement témoigne de votre confusion et de votre incompréhension, tout en tentant d'entraver ce que nous nous proposons d'adopter dans le second texte. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NFP.)*

M. Xavier Breton. Mais non, il n'y a rien qui dit cela !

M. Thierry Tesson. On veut une traduction !

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Monnet.

M. Yannick Monnet. Je pense que les partisans de l'amendement savent très bien ce qu'ils font. Je n'adhère pas à cette démarche, que je ne trouve pas très honnête. Vous essayez de régler un certain nombre de questions relatives au second texte dans le premier.

M. Julien Odoul. Mais non !

Mme Sandrine Rousseau. Mais si !

M. Yannick Monnet. C'est une manière de mépriser le débat sur les soins palliatifs.

Quelles seraient les conséquences de l'adoption de cet amendement ? Vous savez que des gens meurent tous les jours dans les unités de soins palliatifs.

M. Philippe Vigier. Eh oui !

M. Yannick Monnet. Je n'ai jamais considéré que certaines morts étaient plus nobles que d'autres. « Naturelle » ou pas, la fin de vie survient. Si nous adoptions le second texte après avoir adopté cet amendement dans le premier, il faudrait déménager une personne en soins palliatifs qui solliciterait l'aide à mourir, pour qu'elle aille mourir ailleurs.

M. Hadrien Clouet. Exactement !

M. Yannick Monnet. Je ne vois pas où est l'intérêt du patient dans une telle démarche ! *(Applaudissements sur les bancs du groupe GDR ainsi que sur quelques bancs des groupes LFI-NFP, SOC et EcoS.)*

Mme la présidente. La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such.

Mme Sandrine Dogor-Such. Je vous écoute depuis tout à l'heure : en quoi le fait d'apporter cette précision dans le texte vous dérange-t-il ?

M. Hadrien Clouet. Nous venons de vous le dire !

Mme Sandrine Dogor-Such. C'est tout ce que nous demandons !

Je vais vous expliquer… *(Exclamations sur les bancs des groupes LFI-NFP et EcoS.)*

M. Tristan Lahais. Ah ! Merci !

Mme Karen Erodi. On n'a pas besoin de vos explications !

Mme Sandrine Dogor-Such. …à quoi servent les soins palliatifs – prenez-le comme une démonstration, si vous préférez.

M. Hadrien Clouet. Une démonstration ?

Mme Sandrine Dogor-Such. On soigne certes la maladie, mais on accepte aussi la finitude de la vie en apportant du confort au patient et en optimisant la communication avec lui. Dès lors que le patient nous écoute et que le texte relatif aux soins palliatifs exclut expressément l'aide à mourir, le patient sera rassuré.

M. Hadrien Clouet. Il sera rassuré parce qu'on va le mettre dehors s'il est chez lui ?

Mme Sandrine Dogor-Such. Je voudrais répondre à M. Vigier au sujet de la sédation profonde et continue. Il faut savoir qu'arrivés en fin de vie, la plupart des patients présentent une perte d'appétit et de sensation de soif. Ce

n'est pas la sédation profonde et continue qui déclenche le décès, c'est l'évolution naturelle de la maladie. *(M. Philippe Vigier fait un signe de dénégation.)*

Mme Ségolène Amiot. Oh ! Arrêtez !

Mme Sandrine Dogor-Such. Ce n'est pas la même chose ! *(Applaudissements sur les bancs des groupes RN et UDR.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Lauzzana.

M. Michel Lauzzana. Je préfère ne pas revenir sur les propos que nous venons d'entendre…

Que dit l'amendement ? « Par conséquent, les soins palliatifs sont strictement limités à une politique d'accompagnement vers une fin de vie naturelle » – on sait ce que cela signifie… – « excluant toute aide active à mourir ». Cette rédaction introduit une ambiguïté. M. Clouet a raison : si l'amendement est adopté, toute personne entrée en soins palliatifs ne pourra plus bénéficier ensuite de l'aide à mourir. Ce n'est pas possible ! L'amendement n'a rien à voir avec l'objet du présent texte, qui traite des soins palliatifs. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe EPR. – Mmes Sandrine Rousseau et Marie-Noëlle Battistel applaudissent également.)*

Mme la présidente. La parole est à Mme Frédérique Meunier.

Mme Frédérique Meunier. Chers collègues du groupe RN, vous faites en fonction de ce qui vous arrange ! Il y a quelques minutes, vous nous expliquiez que le recours aux soins palliatifs devait être décidé par le patient ou par la personne de confiance. Autrement dit, peu importe l'avis du médecin : il revient au patient de faire la demande.

Maintenant, vous basculez de l'autre côté : vous dites que c'est au médecin de décider en faveur de la mort naturelle – M. Lauzzana a raison : on sait ce que cela signifie. Et vous ajoutez : dans ces conditions, celui qui sera en soins palliatifs, si le médecin le décide, ne pourra plus recevoir d'aide active à mourir.

Je le répète, votre position varie en fonction de ce qui vous arrange : tantôt vous prenez en considération la volonté du patient, tantôt c'est le médecin qui décide. *(« Eh oui ! » sur les bancs du groupe LFI-NFP.)*

Par conséquent, je voterai contre l'amendement.

M. Emeric Salmon. Je n'ai rien compris !

Mme la présidente. La parole est à M. Stéphane Delautrette.

M. Stéphane Delautrette. Comme je l'ai indiqué tout à l'heure – puisque vous avez présenté des amendements similaires –, vous cherchez à créer de la confusion dans les esprits.

Nous savons tous ici que l'accompagnement en soins palliatifs ne comportera jamais d'injection d'une substance létale. Ce n'est pas la nature des soins palliatifs. À travers cet amendement, vous cherchez en réalité – mon collègue Hadrien Clouet l'a démontré – à rendre impossible l'aide à mourir dans des lieux où l'on pourrait pratiquer des soins palliatifs.

M. Hervé de Lépinau. C'est une bonne idée, qui n'a rien de scandaleux !

M. Stéphane Delautrette. Or, puisque vous avez lu le texte relatif à la fin de vie que nous allons examiner ensuite, vous savez pertinemment que l'aide à mourir pourra être prodiguée au domicile et en divers lieux apparentés, comme l'hôpital ou – ce qui constituera un sujet de discussion – les Ehpad ; autant de lieux où l'on peut également pratiquer l'accompagnement en soins palliatifs.

Mme Élise Leboucher. Eh oui !

M. Stéphane Delautrette. Dites clairement votre intention et cessez de chercher à créer de la confusion dans l'esprit de ceux qui nous écoutent.

M. Julien Odoul. C'est votre texte qui est confus !

M. Stéphane Delautrette. S'ils suivaient votre raisonnement, certains pourraient ne pas recourir aux soins palliatifs, alors qu'ils en auraient besoin. *(Applaudissements sur les bancs du groupe SOC et sur plusieurs bancs des groupes LFI-NFP, EcoS et GDR.)*

Mme la présidente. La parole est à Mme Sandrine Rousseau.

Mme Sandrine Rousseau. Cet amendement vise en réalité à exclure de tout accès aux soins palliatifs les personnes qui feraient la demande d'une aide à mourir. En effet, vous savez parfaitement que des équipes mobiles de soins palliatifs peuvent se rendre sur les lieux de vie des gens. Par conséquent, en interdisant d'y pratiquer l'aide active à mourir, vous, qui nous parlez tant de la douleur et de son accompagnement, priveriez de soins palliatifs, donc du moyen de soulager sa douleur, la personne qui aurait demandé une telle aide. C'est inhumain !

M. Julien Odoul. Non ! L'aide à mourir n'est pas un soin !

Mme Sandrine Rousseau. Si, je le répète, c'est inhumain !

D'autre part, en cas de sédation profonde et continue jusqu'au décès, on arrête l'alimentation des personnes, de sorte qu'intervient bel et bien une activation de la fin de vie.

M. Jean-Pierre Vigier. Eh oui !

M. Nicolas Sansu. Bien sûr !

Mme Sandrine Rousseau. Que vous le vouliez ou non, que cela arrange votre conscience ou pas, c'est la réalité ! *(Applaudissements sur les bancs des groupes EcoS, LFI-NFP, SOC, GDR ainsi que sur quelques bancs des groupes EPR et Dem.)*

M. Thibault Bazin. L'intention n'est pas la même.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Catherine Vautrin, *ministre.* Ce débat est important. Nombre d'entre vous ont souhaité que les soins palliatifs et l'aide à mourir fassent chacun l'objet d'un texte distinct, car s'ils sont à l'aise avec les premiers, ils ne veulent pas entendre parler de la seconde. Cela permet que le premier texte soit consacré aux soins palliatifs.

Considérons la façon dont ces soins sont pratiqués dans notre pays. Nos concitoyens bénéficient bien d'un accompagnement, y compris à des phases avancées, voire terminales, auquel cas il arrive que l'on procède à des sédations profondes et continues. Tout le monde – notamment la présidente de la Sfap, avec qui j'ai eu l'occasion d'échanger – sait parfaitement qu'une telle sédation, que certains préfèrent appeler

endormissement, est sans réveil et qu'elle s'accompagne d'un arrêt total des soins, alimentation voire hydratation comprises, comme l'a indiqué le Conseil d'État.

M. René Pilato. Exactement !

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Il me semble important de nous accorder sur ce constat et de mettre des mots sur ces situations.

Si l'amendement était adopté, on prononcerait dans le texte relatif aux soins palliatifs une interdiction de recourir à l'aide létale. Cela aurait deux conséquences. Premièrement, on introduirait dans le premier texte l'objet du second, qui n'a rien à voir avec la définition des soins palliatifs. J'entends l'intention : il s'agit de clarifier les choses afin de couper court aux querelles sémantiques. Néanmoins, nous savons pertinemment que l'autre conséquence – et l'autre intention – serait d'interdire l'aide à mourir à tout patient qui, placé en soins palliatifs mais n'obtenant pas l'arrêt de souffrances réfractaires, souhaiterait finalement en bénéficier.

M. Hadrien Clouet et Mme Marie-Noëlle Battistel. Tout à fait !

M. Alexandre Portier. Mais s'il peut recevoir la sédation profonde et continue ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. L'adoption d'un tel amendement serait donc beaucoup plus lourde de conséquences que ce qui est mis en avant. C'est la raison pour laquelle le gouvernement y est défavorable. *(M. Nicolas Sansu applaudit.)*

Mme Marie-Noëlle Battistel. Très bien !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 434.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	179
Nombre de suffrages exprimés	173
Majorité absolue	87
Pour l'adoption	76
contre	97

(L'amendement n° 434 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 132.

M. Patrick Hetzel. Dans le cadre de la fin de vie, l'accompagnement revêt une dimension particulière, qu'il convient de définir. Aussi cet amendement vise-t-il à recenser les principales missions relevant de cette démarche destinée à enrichir l'offre de soins palliatifs.

Je souhaite compléter ainsi l'alinéa 5 de l'article 1er : « L'accompagnement garantit le soutien de la personne face à l'ensemble des difficultés qu'elle rencontre en fin de vie et qui ne relèvent pas des soins et des traitements. Ce soutien comporte l'assistance sociale et le soutien humain, relationnel et spirituel. » Il me semble primordial d'expliciter la totalité du spectre que recouvre l'accompagnement à l'article 1er, qui en définit les objectifs.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Vous proposez une définition de l'accompagnement comme soutien global, distinct des soins médicaux, comportant « l'assistance sociale et le soutien humain, relationnel et spirituel ».

D'abord, il est évident que l'accompagnement n'a pas vocation à remplacer les soins.

Ensuite, l'amendement est satisfait puisque l'alinéa 7 précise que les soins palliatifs et l'accompagnement « comprennent la prévention, le dépistage précoce, l'évaluation et la prise en charge globale des problèmes physiques, y compris de la douleur et des autres symptômes pénibles, ainsi que la réponse aux affections psychologiques et aux besoins sociaux et spirituels » ; l'alinéa 8, qu'ils bénéficient à la personne malade et à son entourage « y compris après [le] décès » et « sont proposés conjointement aux traitements curatifs » ; l'alinéa 9, qu'ils « sont prodigués de manière intégrée avec les soins de support et de confort ». Tout ce que vous proposez d'indiquer, et même davantage, se trouve déjà dans le texte ; il n'est donc pas nécessaire de l'ajouter à l'alinéa 5.

Avis défavorable.

(L'amendement n° 132, repoussé par le gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Christine Loir, pour soutenir l'amendement n° 584.

Mme Christine Loir. Cet amendement vise à repérer les zones où l'offre de soins palliatifs est insuffisante, notamment en milieu rural, afin de corriger les inégalités en la matière.

Je prendrai l'exemple d'un couple de personnes âgées : monsieur a été admis en soins palliatifs, madame habitant à plus de 45 kilomètres de là. L'absence d'unité de soins palliatifs à proximité crée une situation particulièrement difficile pour les personnes âgées, qu'il serait bon de prendre en considération. *(Applaudissements sur les bancs du groupe RN.)*

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Une fois encore, vous souhaitez tout intégrer à l'alinéa 5. Le texte garantit déjà l'accès aux soins palliatifs sur l'ensemble du territoire national ; l'article 2 comporte la description de leur organisation territoriale. L'amendement est donc satisfait.

Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Vous avez raison, madame Loir : il est nécessaire d'apporter des réponses. Certains d'entre vous l'ont rappelé : il y a un an, j'avais pris dans cet hémicycle un engagement, celui de lancer un plan décennal doté d'un financement total de 1 milliard d'euros – 100 millions par an. Nous avons eu à cœur de l'intégrer à la loi de financement de la sécurité sociale. Ce n'est pas suffisant ; la formation constitue notamment un enjeu sur lequel nous devons continuer à travailler. Nous avons également progressé en matière de soins palliatifs à domicile : ceux-ci peuvent souvent constituer une solution pertinente, notamment en milieu rural. Je mesure bien que pour un couple âgé, la situation est loin d'être facile ; cela fait tout de même partie de la nécessaire pluralité de réponses sur le territoire français, dans l'Hexagone comme en outre-mer.

J'ajoute que l'amendement est satisfait, raison pour laquelle j'émets le même avis que votre rapporteure.

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Bentz.

M. Christophe Bentz. Il s'agit là encore d'un amendement important, puisqu'il tend à apporter des précisions quant à une injustice sociale et territoriale qui touche très durement des millions de Français, en particulier dans les dix-neuf départements ne disposant pas d'unité de soins palliatifs – mon département, la Haute-Marne, en fait hélas partie : il n'y a plus rien, ni unité de soins palliatifs ni médecin spécialisé dans les équipes mobiles de soins palliatifs. Naturellement, les habitants en souffrent !

Cet amendement vise à rappeler que la véritable liberté de choix vient non pas de l'aide à mourir, de l'euthanasie ou du suicide assisté, mais d'un accès effectif aux soins palliatifs pour tous les Français, en particulier dans ces dix-neuf départements. Est-on vraiment libre de demander l'aide à mourir, l'euthanasie ou le suicide assisté lorsque, faute de soins palliatifs, on doit choisir entre souffrir et mourir ? *(Applaudissements sur les bancs des groupes RN et UDR.)*

Mme la présidente. Sur l'amendement n° 606, je suis saisie par le groupe Horizons & indépendants d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à M. Hadrien Clouet.

M. Hadrien Clouet. Cet amendement, c'est beaucoup de blabla pour pas grand-chose. *(Exclamations sur les bancs du groupe RN.)*

M. Hervé de Lépinau. Un peu de respect !

M. Julien Odoul. Quelle élégance !

M. Hadrien Clouet. Laissez-moi finir !

Vous dites qu'il faudrait instaurer un suivi et une évaluation du financement, etc. des services de soins palliatifs. Concrètement, deux mesures ayant trait à ce sujet seront examinées par la suite : d'abord, l'interdiction des dépassements d'honoraires en soins palliatifs, à l'alinéa 14 du présent article, puis, un peu plus tard, l'introduction d'un recours en référé devant le juge pour ordonner l'attribution d'une place en soins palliatifs. En commission, vous avez voté contre ces deux mesures ! La comédie, ça va deux minutes. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NFP. – Mme Béatrice Bellay et M. Nicolas Sansu applaudissent également.)*

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 584.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	177
Nombre de suffrages exprimés	173
Majorité absolue	87
Pour l'adoption	79
contre	94

(L'amendement n° 584 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Sur l'amendement n° 698, je suis saisie par le groupe Rassemblement national d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à Mme Joëlle Mélin, pour le soutenir.

Mme Joëlle Mélin. Parmi les fins de vie qui font l'objet d'un accompagnement, certaines ne présentent pas vraiment de particularité. *(Exclamations sur les bancs du groupe LFI-NFP.)*

M. Hadrien Clouet. Une fin de vie sans particularité, qu'est-ce que ça veut dire ?

M. Thibault Bazin. Un peu de respect !

Mme la présidente. Laissez parler l'oratrice !

Mme Joëlle Mélin. Mais s'agissant de celles qui nécessitent des soins palliatifs, c'est un peu plus compliqué. Je pense en particulier aux personnes chargées d'une mesure de protection, qu'il s'agisse d'associations ou de personnes physiques : elles mériteraient sans doute d'être informées sur la procédure de soins palliatifs. Nous souhaitons que cette information leur soit clairement délivrée, en particulier toutes les spécificités de la loi Claeys-Leonetti, qui ne sont pas si simples et devraient être précisément exposées aux personnes dont elles ont la charge.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

L'amendement est satisfait par la rédaction de l'alinéa 15, qui prévoit que toute personne « se voit remettre un livret d'information […] sur ses droits en matière d'accompagnement et de soins palliatifs ». De surcroît, ce livret sera accessible aux personnes en situation de handicap visuel ou auditif. Les personnes sous protection recevront également ce livret, quelle que soit leur situation.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Je partage le point de vue de Mme la rapporteure et j'ajouterai que rien ne remplace l'échange qui a lieu entre le patient et le médecin qui le suit. C'est d'ailleurs une question que l'on peut se poser : quel est le degré d'information dont disposent les patients en matière de soins palliatifs et, plus généralement, à propos de l'accompagnement global qui leur est apporté ? Il suffit d'échanger avec les professionnels de la spécialité pour comprendre à quel point il est essentiel que chaque médecin soit en mesure d'informer ses patients et leurs représentants.

J'ai entendu le commentaire qu'a fait tout à l'heure M. Bentz sur l'égalité d'accès aux soins palliatifs et sa dimension géographique. Je le répète une fois encore : le véritable enjeu est la formation de tous les médecins ; elle doit nous permettre de disposer, sur l'ensemble du territoire, de gens formés en la matière. C'est un sujet qu'il nous faut traiter et je précise, même s'il importe que des modules permettent aux futurs médecins, dès la période de leurs études, de se familiariser avec les soins palliatifs, qu'un médecin peut tout à fait ne pas avoir été formé dans ce domaine pendant ses études mais l'être par la suite, tout au long de sa carrière.

M. Philippe Vigier. Bien sûr !

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Il est essentiel de permettre à certains professionnels de santé de se tourner vers ces spécialités. En mettant en avant les soins palliatifs, nos discussions sur ces deux textes conduisent incontestablement à mieux les faire connaître à nos concitoyens. C'est un enjeu national et une responsabilité que nous avons en partage. *(Mme Annaïg Le Meur applaudit.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. En adoptant un peu plus tôt l'amendement no 604 de Mme Firmin Le Bodo, nous avons supprimé l'alinéa 6 du présent article. Or cet alinéa mentionnait la prise en compte particulière des personnes en situation de handicap : cette mention du handicap a donc disparu aux alinéas 5 et 6. Ce qui est intéressant dans l'amendement de notre collègue Mélin, qui aurait peut-être davantage sa place à un autre endroit du texte, c'est qu'il s'adresse aux personnes chargées d'une mesure de protection, qu'il s'agisse d'associations ou de personnes physiques.

Nous en connaissons tous dans nos circonscriptions et elles jouent un rôle fondamental d'accompagnement des malades, dont certains font l'objet d'une mesure de protection, ou de toute personne, d'ailleurs, qui connaît une situation compliquée de vulnérabilité. Il importe que ceux qui sont chargés d'une telle mesure disposent du même niveau d'information que les patients qu'ils sont censés protéger. Or l'alinéa 15 mentionne les personnes en situation de handicap, mais pas celles qui les accompagnent !

Madame la rapporteure, il est peut-être de votre ressort de compléter l'alinéa 15, à défaut de le faire ici, car je pense que l'information doit aussi concerner les personnes chargées d'une mesure de protection.

M. Xavier Breton. Tout à fait !

Mme la présidente. La parole est à Mme Joëlle Mélin.

Mme Joëlle Mélin. De fait, on ne peut pas remplacer les conseils d'une personne chargée de la protection d'un patient par un livret d'information ! Vous avez évoqué le monde des soignants, madame la ministre, mais il faut aussi prendre en considération tous ceux qui accompagnent les patients : ce sont souvent des membres de la famille, par exemple chargés de tutelle, mais ce peut être aussi des associations. Ils doivent être formés pour accompagner au mieux les personnes concernées, d'autant que la loi est en la matière pleine de particularités ; ayant beaucoup évolué, elle n'a pas forcément été bien assimilée.

Je ne vois aucun inconvénient à ce que l'on intègre cette précision à un autre endroit ; ce que je souhaite, c'est que ce soit mentionné et qu'une information spécifique soit délivrée à ces accompagnants chargés d'une mesure de protection.

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. M. Bazin a affirmé à plusieurs reprises que l'adoption de l'amendement no 604 avait fait disparaître, dans l'écriture de l'alinéa 5,…

M. Thibault Bazin. J'ai évoqué l'alinéa 6 !

Mme Agnès Firmin Le Bodo. …la mention des personnes en situation de handicap. Nous avions évoqué l'adaptation des soins palliatifs à l'âge des personnes concernées, mais l'amendement en question mentionnait aussi la prise en considération de « toute situation physique, mentale ou psychique » : les personnes en situation de handicap n'ont en aucun cas été oubliées dans cet alinéa 5 et elles n'ont absolument pas disparu du texte.

M. Thibault Bazin. Si, la mention du handicap a disparu !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement no 698.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants		180
Nombre de suffrages exprimés		177
Majorité absolue		89
Pour l'adoption	81	
contre	96	

(L'amendement no 698 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Monnet, pour soutenir l'amendement no 161.

M. Yannick Monnet. S'agissant du respect de la volonté de la personne, dont nous sommes en train de débattre, on sent bien qu'il est nécessaire de préciser les choses. Nous proposons donc d'introduire un renvoi à l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, qui nous paraît suffisamment explicite en la matière. Il précise notamment sous quelles modalités le consentement d'une personne malade peut être recueilli et, en particulier, comment celle-ci peut s'opposer à recevoir tout ou partie des soins palliatifs.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Vous voulez préciser le texte en introduisant un renvoi à l'article L. 1111-4 du code de la santé publique. Je partage votre souhait de garantir le respect de la volonté de la personne mais la commission avait émis un avis défavorable sur l'amendement, au motif qu'introduire cette référence ne ferait qu'alourdir la rédaction de l'alinéa.

Je maintiens l'avis de la commission : défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Je trouve pour ma part qu'une telle précision fait sens. S'agissant de la dispensation de soins palliatifs, on gagne toujours à renforcer la prise en considération de la volonté de la personne. Il en est question depuis le début de l'après-midi ; je m'en remets à la sagesse de votre assemblée.

(L'amendement no 161 est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement no 606.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'alinéa 7 inclut, parmi les objectifs des soins palliatifs, « le dépistage précoce ». J'ai essayé sans succès de comprendre dans quelle mesure le dépistage précoce pouvait être associé aux soins palliatifs, dont on sait très bien qu'ils ne visent pas à diagnostiquer ou à traiter une maladie en phase active ; ils servent à accompagner des personnes atteintes de maladies graves, évolutives ou terminales, lorsque les traitements curatifs ne sont plus prioritaires.

Le dépistage précoce relève de la prévention et du soin curatif, non du champ du palliatif. Le mentionner ici crée une confusion quant aux missions réelles des soins palliatifs et

pourrait brouiller les repères des professionnels de santé comme des patients. Cela risque aussi d'introduire une ambiguïté juridique, voire un contresens médical, en laissant entendre que les soins palliatifs viseraient à intervenir en amont du diagnostic.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Vous voulez supprimer dans le texte la notion de dépistage précoce. Il est vrai que l'on peut s'interroger sur cette rédaction : que s'agirait-il de « dépister précocement » à ce stade ? Il me paraît raisonnable de supprimer ces mots dont la signification n'est ici pas très claire.

Avis favorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Je me suis moi aussi interrogée à ce propos et je me demande si l'introduction de ces mots dans le texte n'est pas liée à une confusion entre deux notions : d'une part, la précocité du dépistage d'une maladie, qui, en effet, n'est pas ce dont nous parlons ici ; d'autre part, la précocité des soins palliatifs, qui devraient démarrer le plus tôt possible – ce qui semble pertinent. Quoi qu'il en soit, tel que l'alinéa 7 est rédigé, la mention du dépistage précoce n'est pas claire ; je m'en remets donc à la sagesse de l'Assemblée.

Mme la présidente. La parole est à Mme Justine Gruet.

Mme Justine Gruet. À ce compte-là, nous pourrions aussi nous interroger sur la notion de « prévention », qui est également mentionnée à l'alinéa 7. La précocité du diagnostic permet en fait d'envisager le plus tôt possible la mise en place des soins palliatifs : on doit être capable d'anticiper au maximum ! C'était, je pense, l'objectif de cette mention : permettre, le plus en amont possible, de déterminer si, oui ou non, le dispositif d'accompagnement et de soins palliatifs doit être déployé.

Le sujet qui nous occupe, c'est l'accompagnement de la fin de vie. Il faut donc aussi réfléchir à la manière dont on peut parvenir à mettre en place les dispositifs d'accompagnement de la personne, en fonction de ses volontés – que ce soit à domicile ou en unité spécialisée –, le plus en amont possible. Au début de nos débats, nous avons évoqué les soins palliatifs en pédiatrie, qui nécessitent un accompagnement particulier de la famille. Dans ces cas-là, la notion de dépistage ne sous-tend pas nécessairement une visée médicale ; elle peut aussi renvoyer à l'environnement du malade et à son accompagnement non seulement médical mais aussi social.

Nous avons donc intérêt à conserver cette précision, afin de prendre en considération les soins palliatifs dans leur globalité.

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Nous essayons d'écrire un texte de loi qui soit clair. En l'état, l'alinéa 7 mentionne le « dépistage précoce » : cela n'a aucun sens s'agissant des soins palliatifs !

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Eh oui !

Mme Agnès Firmin Le Bodo. S'il était question d'« anticipation palliative », nous serions tous d'accord, mais le « dépistage précoce », ce n'est pas la même chose. Dépistage de quoi ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. C'est vrai, ça ne veut rien dire.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il faut donc vraiment modifier le texte. Nous pourrions tous nous mettre d'accord pour mentionner l'anticipation palliative, mais évoquer le dépistage précoce n'a aucun sens à l'alinéa 7. *(Applaudissements sur les bancs du groupe HOR.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Je suis sur la même ligne que notre collègue Firmin Le Bodo.

Un dépistage concerne une maladie.

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Eh oui !

M. Philippe Vigier. C'est d'ailleurs ce qui justifie les actes de prévention.

Je trouve le texte un peu bavard et ce qu'a dit notre collègue Gruet au début de son intervention m'a semblé de ce point de vue intelligent : la réserve exprimée à propos du dépistage vaut aussi pour la prévention. Les notions de dépistage et de prévention n'ont rien à faire dans cet alinéa.

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Oui, on pourrait aussi enlever « prévention » !

M. Philippe Vigier. La suite de la phrase, en revanche, qui mentionne l'évaluation et la prise en charge globale des problèmes non seulement physiques mais aussi psychologiques, sociaux et spirituels me paraît pertinente. Plutôt que d'être bavards, soyons précis !

Mme la présidente. La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such.

Mme Sandrine Dogor-Such. Une fois n'est pas coutume, je suis d'accord avec M. Vigier. Mme Firmin Le Bodo a raison, le dépistage précoce, en l'espèce, n'a pas de sens. Bien sûr, plus un soignant connaîtra son patient, mieux il parviendra à soulager sa douleur en anticipant les soins à lui prodiguer, mais cela n'a rien à voir avec un dépistage précoce. Nous voterons pour l'amendement. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe RN.)*

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement no 606.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	185
Nombre de suffrages exprimés	177
Majorité absolue	89
Pour l'adoption	171
contre	6

(L'amendement no 606 est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Martine Froger, pour soutenir l'amendement no 440.

Mme Martine Froger. L'amendement tend à préciser que la prise en charge des patients doit être personnalisée en fonction de leur maladie et de leur souffrance. Elle doit en effet être adaptée à chaque patient, selon sa pathologie, son environnement, sa douleur et ses besoins.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. L'alinéa 7 prévoit que l'accompagnement et les soins palliatifs comprennent la prise en charge globale des problèmes physiques, y compris de la douleur et des autres symptômes pénibles. Vous souhaitez préciser que cette prise en charge est personnalisée ; cela ne me semble pas nécessaire car l'alinéa 6 prévoit déjà qu'elle est adaptée à l'âge et aux besoins particuliers des personnes, notamment celles en situation de handicap. De surcroît, nous verrons plus tard que l'article 14 prévoit qu'à l'annonce du diagnostic d'une affection grave, le médecin propose au patient la rédaction d'un plan personnalisé d'accompagnement. Ne vous inquiétez donc pas : les besoins spécifiques du patient seront pris en compte. Avis défavorable.

(L'amendement n° 440, repoussé par le gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Monnet, pour soutenir l'amendement n° 162.

M. Yannick Monnet. La réécriture de l'article 1er en commission a fait apparaître certaines notions et disparaître d'autres, en particulier celles de souffrances psychiques et psychologiques, que nous préférons largement à celle d'affection psychologique.

M. Thibault Bazin. Très bien !

M. Yannick Monnet. La notion vous semble peut-être tout aussi imprécise mais détrompez-vous, la souffrance fait directement référence au ressenti du patient, contrairement à l'affection psychologique dont on ne comprend guère ce qu'elle recouvre. Tel est le sens de l'amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Nous avons débattu en commission de la souffrance psychique et psychologique. N'étant pas une spécialiste de ces questions, je ne me lancerai pas dans l'explication des subtilités qui les différencient mais l'amendement me paraît satisfait car il est prévu à l'alinéa 5 que l'accompagnement et les soins palliatifs sont destinés aux personnes de tout âge, en souffrance du fait de leur état de santé affecté par une ou par plusieurs maladies graves. Nous pouvons raisonnablement considérer que l'expression « en souffrance » recouvre une souffrance psychique et psychologique.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Je suis d'accord avec Mme la rapporteure : avis défavorable car l'amendement est satisfait.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Je suis du même avis que notre collègue Monnet pour une raison toute simple : le psychologique n'englobe pas le psychique, lequel ne figure pas dans l'alinéa, ce qui est particulièrement troublant. L'amendement a le mérite de préciser la rédaction pour que ces deux aspects soient pris en considération. Si le terme de psychique avait été retenu à la place de psychologique, la question ne se serait pas posée car il est plus englobant mais, en l'espèce, d'un point de vue médical, le terme qui prévaut est bien celui de psychique.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 162.

(Le vote à main levée n'ayant pas été concluant, il est procédé à un scrutin public.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	157
Nombre de suffrages exprimés	124
Majorité absolue	63
Pour l'adoption	83
contre	41

(L'amendement n° 162 est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Simion, pour soutenir l'amendement n° 33.

M. Arnaud Simion. L'amendement tend à supprimer, à la fin de l'alinéa 7, les mots « et spirituels » pour en rester aux besoins sociaux. Chacun comprendra aisément qu'un strict respect du principe de laïcité impose que les soins d'accompagnement, financés en grande partie par la solidarité nationale, ne répondent pas à des besoins spirituels ou transcendantaux.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Tout d'abord, soulager la souffrance spirituelle fait partie des objectifs des soins palliatifs selon l'OMS. D'autre part, les besoins spirituels sont des besoins existentiels qui dépassent la dimension religieuse. Leur prise en considération ne remet donc pas en cause le principe de laïcité. Je vous invite à retirer l'amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Julien Odoul.

M. Julien Odoul. Je respecte les convictions de chacun, en particulier celles de mon collègue, mais permettez-moi de vous dire que cet amendement est stupide. Il y est fait une confusion grotesque entre le religieux et le spirituel. On ne parle pas de culte, ni de foi, mais des convictions et des besoins spirituels d'un patient en fin de vie, qui peut souhaiter, par exemple, que l'on fasse brûler une bougie, que l'on dépose une photo ou que l'on oriente la lumière. Ce n'est rien de plus. Cet amendement trahit votre aversion pour la religion – ou plus exactement, pour une religion bien précise. De grâce, ne faites pas cette confusion grotesque ! *(Applaudissements sur les bancs des groupes RN et UDR.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Potier.

M. Dominique Potier. La confusion porte sur le principe même de laïcité, qui est la reconnaissance de la dimension spirituelle de l'homme, de sa pluralité, de sa liberté de croire ou non. Du reste, la Constitution de 1958 reconnaît toutes les croyances et, d'un point de vue philosophique, c'est le sens même de l'existence. S'il est donc bien un moment au cours duquel se pose la question du sens de l'existence, c'est celui de l'approche de la mort. Ce serait retirer une liberté fondamentale à l'homme et lui nier une perspective essen-

tielle que de retirer cette notion. L'amendement trahit non seulement une confusion sur la définition de la laïcité, mais aussi sur le sens philosophique de la spiritualité. C'est une bonne chose qu'à la suite des débats en commission, cette dimension ait été rappelée dans le texte. Profondément humaniste, elle nous dégage de la matérialité, de l'objet, de l'animalité. Elle fait que nous sommes hommes. C'est un humanisme, c'est la République.

Mme la présidente. La parole est à Mme Hanane Mansouri.

Mme Hanane Mansouri. Tout d'abord, la spiritualité n'est pas forcément religieuse. La méditation et la sophrologie sont, par exemple, des pratiques spirituelles. Dans ma circonscription, des associations proposent des sessions d'écoute autour de thèmes philosophiques, comme la mort ou l'accomplissement de soi.

Ensuite, l'accompagnement n'est pas un soin, comme il est écrit dans l'exposé sommaire : c'est un soutien apporté jusqu'à la mort, non par l'assurance maladie, mais par des bénévoles ! Alors que des prisonniers peuvent être suivis par un accompagnateur spirituel, voire un aumônier, il serait paradoxal de le refuser à des malades qui arrivent à la fin de leur vie. *(Applaudissements sur les bancs du groupe UDR.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Xavier Breton.

M. Xavier Breton. L'amendement du groupe socialiste fait un grand honneur aux religions en laissant penser qu'elles détiennent le monopole de la spiritualité. Or la spiritualité n'appartient pas aux religions. Bien sûr, les religions sont dans l'ordre spirituel mais chaque être humain, par vocation, est d'une nature spirituelle, qu'il soit croyant ou non. Je suis très étonné d'entendre que la spiritualité serait réservée aux religions. Une personne athée ou agnostique est, de toute évidence, spirituelle. Je ne comprends même pas que vous puissiez défendre le contraire. Votre collègue Potier a bien réagi : retirez votre amendement qui revient à dire que la seule spiritualité qui vaille est religieuse. Ce n'est pas vrai. Des courants philosophiques peuvent être spirituels. Nous avons d'ailleurs pu nous en rendre compte car ils ont imprégné nos débats. Ils ont toute leur place dans la République, au même titre que les religions. Votre conception matérialiste et historiquement marxiste de la société vous empêche de percevoir la part de spiritualité de chaque être humain, qu'il croie ou non. *(Applaudissements sur les bancs des groupes DR, RN et UDR.)*

(L'amendement n° 33 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, nos 163 et 524, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 163 de M. Yannick Monnet est défendu.

La parole est à Mme Karen Erodi, pour soutenir l'amendement n° 524.

Mme Karen Erodi. Le docteur Fourcade considère que la société doit accompagner les malades et prendre soin d'eux jusqu'à la fin. Selon nous, l'accompagnement doit aller au-delà de la personne en fin de vie. Épuisement physique et mental, isolement social, rupture de soins, arrêts maladies fréquents : les proches des personnes malades, en fin de vie, en situation de perte d'autonomie, portent parfois de lourdes responsabilités et peuvent se retrouver en détresse. Une société inclusive dans une République sociale doit protéger les aidants, les proches, les intimes.

L'amendement tend donc à corriger les faiblesses de la rédaction issue des travaux de la commission en précisant la nature du soutien apporté à l'entourage de la personne malade par l'octroi de l'accompagnement psychologique et social nécessaire.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Vous le savez, je suis très attachée à ce que l'entourage d'une personne en fin de vie soit pris en considération. Il me semble que ces amendements sont satisfaits mais je rendrai tout de même un avis favorable à celui de M. Monnet, qui tend à ce que l'accompagnement se poursuive après le décès, et j'inviterai Mme Erodi à retirer le sien.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Vous souhaitez, monsieur Monnet, préciser encore davantage ce que recouvre l'accompagnement de l'entourage et je reconnais que votre formulation d'un soutien psychologique et social est sans doute plus claire que celle retenue dans le texte. Je m'en remettrai donc à la sagesse de l'Assemblée.

Mme la présidente. La parole est à M. Sébastien Peytavie.

M. Sébastien Peytavie. On compte environ 11 millions d'aidants, dont 40 % à peu près meurent avant la personne qu'ils accompagnent. C'est un problème réel. Nous ne sommes pas à la hauteur en matière d'accompagnement.

Compte tenu de l'investissement que représente l'accompagnement, l'amendement de M. Yannick Monnet, qui vise à ce qu'un soutien psychologique soit apporté à l'entourage du malade, y compris après le décès de ce dernier, me semble très pertinent.

(L'amendement n° 163 est adopté ; en conséquence, l'amendement n° 524 tombe.)

Mme la présidente. L'amendement n° 658 de Mme la rapporteure est rédactionnel.

(L'amendement n° 658, accepté par le gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 133.

M. Patrick Hetzel. Nous proposons de compléter l'alinéa 9 par la phrase suivante : « Dans le cas d'une prise en charge en oncologie, les soins palliatifs sont dispensés en coordination avec les soins oncologiques de support. » Il s'agit de s'assurer de la bonne articulation entre les deux types de soins.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Je ne comprends pas bien cet amendement. Alors que l'alinéa 9 précise que les soins palliatifs « sont prodigués de manière intégrée avec les soins de support et de confort », vous voulez préciser qu'en oncologie, « les soins palliatifs sont dispensés en coordination avec les soins oncologiques de support ». Il me semble que cela est déjà satisfait et que cet ajout rendrait la rédaction plus confuse.

Par ailleurs, une circulaire ministérielle a défini dès 2005 les soins de support en oncologie comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement au traitement onco-hématologique spécifique lorsqu'il y en a ».

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

(L'amendement no 133 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Élise Leboucher.

Mme Élise Leboucher. Je demande une suspension de séance.

Suspension et reprise de la séance

Mme la présidente. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à vingt-trois heures cinq, est reprise à vingt-trois heures dix.)

Mme la présidente. La séance est reprise.

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, nos 336 et 337, pouvant être soumis à une discussion commune.

Sur l'amendement no 337, je suis saisie par le groupe Droite républicaine d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à M. Alexandre Portier.

M. Alexandre Portier. Les amendements nos 336 et 337 portent sur le même objet. Ils rappellent – c'est important – que, pour nous, soigner et donner la mort sont deux choses distinctes et que nous rejetons l'idée d'un continuum entre elles. Nous voulons établir une stricte différence, sémantique, conceptuelle et philosophique. Nous contestons l'idée que l'euthanasie serait un soin ultime.

Ces convictions soutiennent ces amendements qui visent à préciser explicitement que « toute pratique visant à provoquer volontairement la mort est interdite dans le cadre des soins palliatifs », de manière à établir une séparation étanche entre les soins palliatifs et la fin de vie. Cela nous renvoie au débat précédent.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur les amendements no 336 et 337 ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. C'est un peu le même débat que celui que nous avons eu et je ne déroulerai pas les raisons pour lesquelles je ne souhaite pas que soit évoqué dans cette discussion ce qui pourrait renvoyer au texte suivant.

En tout état de cause, la rédaction que vous proposez est satisfaite : l'article 1er précise que les soins palliatifs ne visent ni à hâter ni à différer la survenance de la mort. Soyez rassuré sur ce point. Pour le reste, je crois que vous voulez impulser un débat qui n'a pas lieu d'être sur ce texte.

Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Nous avons eu ce débat. Avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Sébastien Peytavie.

M. Sébastien Peytavie. Alors que le texte initial a été séparé en deux propositions de loi, on voit bien que votre argumentation tend à les associer.

Le deuxième texte comporte un point essentiel, celui de l'autodétermination. La personne qui décide de demander l'aide à mourir peut le faire dans le lieu de son choix. C'est essentiel. Si ce lieu est le service des soins palliatifs, elle fera cette demande à cet endroit-là. C'est pourquoi votre amendement ne peut être accepté.

Mme la présidente. La parole est à M. René Pilato.

M. René Pilato. Il est 23 h 12 et j'aimerais donner une information importante à ceux de nos collègues qui font de l'obstruction – c'est leur droit – en mélangeant les deux textes. *(Protestations sur plusieurs bancs des groupes RN et UDR.)*

M. Alexandre Portier. Ne pas être d'accord avec vous ne signifie pas faire de l'obstruction !

M. Charles Sitzenstuhl. Ce n'est pas sérieux de dire ça !

M. René Pilato. Ce n'est pas de l'obstruction ? Un peu, me semble-t-il…

M. Thibault Bazin. Parole d'expert !

M. René Pilato. En tout cas, nous serons d'accord pour dire que vous mélangez les deux textes.

J'aimerais apporter une précision qui me paraît pertinente, mais vous en jugerez par vous-même. Si nous achevons l'examen du texte sur les soins palliatifs – que tout le monde, ou du moins une grande majorité, semble vouloir adopter puisqu'on est en train de le rendre très solide –, sans arriver au bout de l'examen du deuxième texte, il n'y aura aucun vote. On privera alors les Français du texte sur les soins palliatifs.

M. Hervé de Lépinau. C'est pourquoi nous voulons deux votes !

M. René Pilato. Moi, je ne mélange pas les deux textes quant à leur contenu, étant observé qu'il y a 800 amendements sur le texte relatif aux soins palliatifs, mais 2 600 amendements sur le texte relatif à l'aide à mourir. Si nous n'arrivons pas au terme de l'examen, il y aura zéro vote. Il faut que tout le monde ait cela à l'esprit.

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Dans la lignée des propos de M. Peytavie, je voudrais poser une question à M. Portier. On sait que 95 % des malades en soins palliatifs ne demandent pas l'aide à mourir, et c'est tant mieux. Si les 5 % restants, ou une moindre part, la sollicitent, que ferez-vous ? Leur imposerez-vous de sortir du service ? C'est ce que prévoit pourtant votre amendement.

M. Nicolas Sansu. Eh oui !

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Avec une telle disposition, une personne en fin de vie, demandeuse de l'aide à mourir, devra quitter le service de soins palliatifs.

Mme Ségolène Amiot. Et si elle vit chez elle, faudra-t-il la mettre à la porte ?

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. En effet, que fera-t-on de la personne ? Pourra-t-elle rester au même endroit ? Faudra-t-il la déplacer, la déraciner ? Votre proposition n'est pas acceptable.

Il y a plus grave : vous remettez en cause la loi Claeys-Leonetti de 2016, qui dispose que la sédation profonde et continue jusqu'au décès peut être associée aux soins palliatifs. Contrairement à vous, j'étais déjà député lorsque cette loi, une formidable avancée, a été votée.

Je ne pense pas que vous ayez mesuré la portée de la première phrase de votre amendement, qui est insidieuse. Quant à la deuxième phrase, nous en avons tous très bien compris le sens. Dans les deux cas, vous vous trompez.

Mme la présidente. La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such.

Mme Sandrine Dogor-Such. C'est un problème d'éthique qui se pose. Quand on insère la phrase suivante, « l'accompagnement et les soins palliatifs sont exclusivement destinés à soulager la souffrance et à préserver la dignité du patient », on est dans le soin. Exclure la possibilité de provoquer la mort, ce n'est pas un soin. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe RN.)*

Mme Ségolène Amiot. Cela ne veut rien dire, ce n'est pas du français !

Mme la présidente. La parole est à M. Charles Sitzenstuhl.

M. Charles Sitzenstuhl. Je ne comprends pas que, ce soir encore, certains avancent l'argument selon lequel les deux textes ne seraient pas liés. Car, comme je l'ai déjà dit, les deux textes sont bel et bien liés. Arrêtons de dire le contraire. S'ils n'étaient pas liés, ils n'auraient pas donné lieu à une discussion générale commune. *(« Exactement ! » sur plusieurs bancs du groupe RN.)*

L'an dernier, le gouvernement était différent – Gabriel Attal était à sa tête – mais vous occupiez le même poste, madame la ministre.

M. Yannick Monnet. C'était le même bazar !

M. Charles Sitzenstuhl. Vous étiez donc au banc pour défendre, dans le cadre de nos débats, un projet de loi qui fusionnait les deux textes que nous examinons cette fois, successivement, pendant deux semaines. Certes, le contenu a été un peu modifié, des collègues ont procédé à des adaptations pour rédiger leurs propositions de loi mais le fond est à peu près le même.

Cet argument commence d'ailleurs à être invoqué comme un argument d'autorité. Cet après-midi, la présidente de l'Assemblée a appelé à faire preuve de respect dans nos expressions. Or je note que, depuis quelques minutes, les prises de parole sont de plus en plus véhémentes. Certains commencent par exemple à se plaindre d'une forme d'obstruction, alors que Mme la présidente a rappelé que ce texte comptait moins d'amendements que la partie du projet de loi qui était consacrée à ces questions.

Ces enjeux fondamentaux méritent que nous nous y attardions pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines. *(Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe RN.)*

Mme la présidente. La parole est à Mme Hanane Mansouri.

Mme Hanane Mansouri. En réalité, vous ne souhaitez pas d'étanchéité entre la question des soins palliatifs et celle de l'euthanasie. Reconnaissez-le !

Les amendements de M. Portier visent à donner un cadre et des limites clairs aux soins palliatifs, au sein du texte relatif aux soins palliatifs. Or vous ne souhaitez pas discuter de ces amendements. M. Peytavie vient d'expliquer que leur adoption empêcherait les malades d'avoir accès à l'euthanasie, droit qui serait accordé si le deuxième texte était adopté. Si les textes sont étanches, un tel argument n'est pas valable. De deux choses l'une : ou bien il existe une étanchéité entre les deux textes ou bien nous étudions un seul texte.

Mme la présidente. La parole est à Mme Justine Gruet.

Mme Justine Gruet. Je vous invite à relire l'amendement. Il vise simplement à préciser, de façon explicite, que les soins palliatifs et l'aide à mourir sont deux choses différentes. Les soins palliatifs ne visent pas directement à provoquer la mort.

Cela ne signifie pas qu'un patient en soins palliatifs n'aura pas accès à l'aide active à mourir. Il n'est d'ailleurs pas question dans cet amendement du lieu, mais de la pratique. Nous aurons le débat sur l'accès à l'aide à mourir lorsque nous examinerons le texte suivant.

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Sansu.

M. Nicolas Sansu. Je veux livrer un témoignage personnel. J'ai été confronté à ces questions lorsque ma mère, en soins palliatifs, a eu recours à la sédation profonde et continue. Si la possibilité avait existé à l'époque, elle aurait demandé l'aide active à mourir. Or la disposition que vous proposez, monsieur Portier, l'en aurait empêchée.

Bien sûr, une partie des patients en soins palliatifs qui n'ont plus aucun espoir souhaitent avoir recours à la sédation profonde et continue pour que leur vie s'achève dans des conditions correctes. Cela ne pose pas de problème. Cependant, d'autres patients en soins palliatifs – peut-être 5 % –, ne veulent pas que leurs enfants et leurs proches les voient dans un état fort dégradé. Il faut leur donner l'accès à l'aide à mourir : votons donc contre ces amendements. *(Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes GDR et LFI-NFP.)*

(L'amendement no 336 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement no 337.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	159
Nombre de suffrages exprimés	156
Majorité absolue	79
Pour l'adoption	72
contre	84

(L'amendement no 337 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Sur les amendements identiques nos 134 et 392, je suis saisie par le groupe Rassemblement national d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement no 134.

M. Patrick Hetzel. On nous a dit qu'il n'y avait pas de continuum entre les soins palliatifs et l'aide active à mourir. Or, nous l'avons vu à plusieurs reprises au cours de nos débats, la situation est un peu plus complexe. Pour éviter toute ambiguïté, cet amendement vise à inscrire précisément dans la loi qu'« il n'existe pas de continuum ».

Une étude menée auprès de presque 1 400 professionnels de santé œuvrant dans le secteur des soins palliatifs indique clairement qu'ils ne souhaitent pas qu'il y ait de continuum entre les deux dispositifs. Ils expliquent qu'une telle évolution aurait des conséquences sur leur motivation. Voilà pourquoi il serait sage d'adopter ces amendements.

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement no 392.

M. Christophe Bentz. Il faut affirmer dans la loi qu'il n'y a pas de continuité entre les soins palliatifs et le suicide assisté. Celui-ci constitue une rupture du soin, une rupture médicale et, finalement, une rupture sociale. C'est, au fond, une forme d'abandon des personnes en fin de vie.

M. Nicolas Sansu. Oh !

M. Christophe Bentz. Les demandes de mort exprimées par les patients sont toujours légitimes et doivent être entendues. Reste à savoir comment la société y fait face. À nos yeux, la bonne réponse, ce sont les soins palliatifs, les soins ultimes.

Lorsqu'un patient souffre trop, lorsque ses douleurs sont insupportables, je vous le dis : c'est la douleur qui doit disparaître, non la vie ! *(Applaudissements sur les bancs du groupe RN.)*

Mme Ségolène Amiot. Et la douleur réfractaire, vous connaissez ?

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Ces amendements posent la question du continuum entre les soins palliatifs et l'aide à mourir – je note au passage que nombre d'entre vous parlent d'« aide active à mourir » alors que le texte que nous examinerons mentionne, à mon grand regret, « l'aide à mourir ».

J'émets un avis défavorable car la demande d'absence de continuum est satisfaite par la rédaction de l'alinéa 10.

M. Nicolas Sansu. Eh oui !

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Toutefois, d'un point de vue intellectuel, je partage vos préoccupations. Lorsqu'une personne en soins palliatifs souhaitera avoir accès à l'aide à mourir – si la loi est adoptée –, il faudra savoir comment répondre à cette demande. Si les professionnels de santé qui exercent en soins palliatifs refusent un tel continuum, ils pourront faire valoir leur clause de conscience. Il faudra alors trouver un professionnel en mesure de se déplacer afin de répondre à la demande du patient.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Monsieur Bentz, je suis d'accord avec vous : c'est la douleur qui doit disparaître. Cependant, lorsqu'elle ne disparaît pas, que faisons-nous ?

M. Olivier Falorni. Eh oui !

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Car, malheureusement – et même les professionnels des soins palliatifs vous le diront –, la douleur ne disparaît pas toujours. Nous devons tous en être conscients. Tout le monde, dans cet hémicycle, souhaite que la souffrance n'existe plus mais, si nous étions dans ce cas de figure, nous ne serions pas réunis ce soir, nous n'aurions pas besoin de nous interroger sur la réponse à apporter. *(M. Sébastien Peytavie applaudit.)* Or tel est précisément le cœur de notre discussion : que devons-nous faire lorsque la douleur persiste ?

Une première réponse existe aujourd'hui : la sédation profonde et continue. Il s'agit bien d'un endormissement…

M. Olivier Falorni. Irréversible…

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. …irréversible, qui s'achève, rappelons-le, par mort. Toutefois, ce dispositif ne répond pas à toutes les situations. C'est la raison pour laquelle nous examinerons un deuxième texte.

En ce moment, nous discutons bien d'un texte consacré aux soins palliatifs. L'objectif est de proposer la réponse la plus précise et adaptée possible aux personnes qui souffrent. Pour toutes ces raisons, l'avis est défavorable.

M. Sébastien Peytavie. Très bien, madame la ministre !

Mme la présidente. La parole est à Mme Nicole Dubré-Chirat.

Mme Nicole Dubré-Chirat. Depuis tout à l'heure, je vous entends débattre pour savoir s'il s'agit d'un texte ou de deux textes. Cela fait sept ans que, pour ma part, je travaille sur une seule et même question. Nous parlons de patients atteints de maladies incurables, en phase avancée ou terminale, pour lesquels nous cherchons des solutions en matière d'accompagnement et de prise en charge. Nous voulons que la souffrance disparaisse mais cette question est loin d'être réglée de manière satisfaisante sur l'ensemble du territoire, faute de formation et de prescription adaptée.

On semble perdre de vue cet objectif lorsqu'on coupe en rondelles les prises en charge – on accepte certains patients mais on en refuse d'autres selon les cas.

La sédation profonde et continue constitue une réponse, mais pourquoi faudrait-il la pratiquer dans un lieu unique ? Les patients peuvent passer d'un site à l'autre : une unité de soins palliatifs, où ils sont pris en charge par des équipes, une maison d'accompagnement, un Ehpad, leur domicile. Nous pouvons donc leur offrir toute une palette de solutions en fonction de leurs besoins. Il faudrait garder cela à l'esprit plutôt que de vouloir fixer un cadre rigide et de poser des barrières infranchissables entre les différents sites.

Oui, il existe un continuum : lorsqu'un patient se retrouve à la porte d'un établissement qui ne peut pas le prendre en charge, il reste un malade. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NFP et sur plusieurs bancs des groupes SOC et EcoS.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Hervé de Lépinau.

M. Hervé de Lépinau. Madame la ministre, vous avez évoqué la sédation profonde et continue, un dispositif prévu par la loi Claeys-Leonetti et inscrit dans le code de la santé publique. Vous semblez dire qu'il n'est pas suffisant. Vous apportez ainsi de l'eau au moulin des collègues qui, lors

de l'examen de la loi de 2016, avaient voté contre ce dispositif parce qu'ils considéraient qu'il ouvrirait la porte à l'euthanasie.

Ce que vous venez de dire leur donne mille fois raison. Lorsqu'on relit l'article L. 1110-5-2 du code de la santé publique, on constate que les soins palliatifs constituent une réponse aux douleurs réfractaires – c'est le 1° – et qu'ils sont destinés à ceux qui ont décidé d'interrompre un traitement lié à leur maladie dans la mesure où, la partie étant perdue, ils souhaitent terminer leur vie d'une manière aussi normale que possible. Pour leur éviter les douleurs réfractaires consécutives à l'arrêt du traitement, ils sont éligibles à la sédation profonde et continue.

Les statistiques parlent d'elles-mêmes : moins de 3 % des personnes accueillies dans une unité de soins palliatifs demandent la sédation profonde. Cela veut bien dire que les soins palliatifs, de manière générale, répondent au problème de la douleur et à l'angoisse légitime que tout un chacun peut ressentir face à la mort.

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Je ne dis pas le contraire.

M. Hervé de Lépinau. Par conséquent, c'est aller un peu vite en besogne que de considérer qu'il faut aller au-delà de la sédation profonde parce qu'elle ne répondrait pas aux besoins de certains. Je redis que les chiffres parlent d'eux-mêmes : 97 % des gens n'en ont pas besoin, ce qui prouve bien que les soins palliatifs se suffisent à eux-mêmes. *(Applaudissements sur les bancs des groupes RN et UDR.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Cette question du continuum inquiète. On peut bénéficier de soins palliatifs sans être en fin de vie. On peut être en fin de vie sans que son état de santé requière des soins palliatifs.

Madame la ministre, vous avez évoqué les notions de douleur et de souffrance, qui sont distinctes. Il est vrai que, dans quelques cas, les souffrances peuvent être réfractaires. Vous parlez d'une première solution, la sédation profonde et continue jusqu'au décès, mais il ne s'agit pas exactement de la même situation : une telle sédation est pratiquée lorsque le pronostic vital est engagé à court terme. Or ce n'est pas forcément le cas qui nous intéresse ici.

Plus inquiétant : il est possible que des souffrances physiques soulagées soient concomitantes de souffrances psychiques réfractaires. On voit bien que, dans un tel cas, en fonction des fluctuations de la volonté, les souffrances psychiques peuvent parfois conduire à se poser la question du suicide assisté. Poser le continuum dont nous débattons suscite alors l'inquiétude, parce qu'on voit bien que cela biaise l'approche que l'on adopte des soins palliatifs. Il faut s'obliger à ces derniers quand l'état de santé le requiert mais si, soudain, l'abandon devient une option, cela modifiera totalement la manière dont se pose la question des soins palliatifs.

C'est cette question que dissimule l'enjeu du continuum ou de l'absence de continuum. Nous devons faire en sorte qu'aucun continuum ne soit possible afin que, lorsque la personne concernée le souhaite et que son état de santé le requiert, elle puisse accéder aux soins palliatifs.

Il ne faut pas donner l'option d'un tel continuum à une personne qui, bien que souffrant d'une affection grave, d'une maladie en phase avancée, n'est pas en fin de vie.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Potier.

M. Dominique Potier. Il faut absolument protéger deux libertés. La première, garantie par les textes dans leur état actuel, est celle, pour une personne bénéficiant de soins palliatifs, d'accéder à l'aide à mourir – elle le pourra si la loi sur l'euthanasie est votée.

L'alinéa 10 est très précieux car il prévoit que quelqu'un qui entre en soins palliatifs se voit garantir par les institutions de la République qu'il ne sera pas engagé dans un processus d'euthanasie. La protection que fournit l'alinéa à cet égard est assez large et je doute qu'il faille ajouter des précisions supplémentaires.

C'est cette double liberté qu'il nous faut préserver. Quand on entre dans un processus de soins palliatifs, ce n'est pas l'euthanasie ; et, quand on bénéficie de soins palliatifs, on peut accéder à l'euthanasie. L'alinéa 10 – nos collègues veulent le préciser mais je ne sais pas si cela n'est pas superfétatoire – distingue bien ces deux champs et laisse la liberté de s'orienter vers l'un ou l'autre. Cette double liberté est importante : pour quelques-uns qui accéderont à l'aide à mourir, tous les autres doivent absolument avoir la garantie qu'on leur tiendra la main jusqu'au bout, grâce aux soins palliatifs.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques nos 134 et 392.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	172
Nombre de suffrages exprimés	165
Majorité absolue	83
Pour l'adoption	76
contre	89

(Les amendements identiques nos 134 et 392 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Sur les amendements identiques nos 48, 291, 525 et 607, je suis saisie par le groupe Horizons & indépendants d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à Mme Céline Hervieu, pour soutenir l'amendement n° 48.

Mme Céline Hervieu. Cet amendement tend à supprimer l'alinéa 10, issu d'un amendement du groupe EPR adopté en commission. L'alinéa précise dans le texte le contenu médical de l'accompagnement et des soins palliatifs. Il nous semble que ce n'est pas nécessaire et que cela ne relève pas de la loi.

Par ailleurs, la rédaction de l'alinéa, qui prévoit que « les soins palliatifs ne visent ni à hâter, ni à différer la survenance de la mort », est floue. J'ai du mal à comprendre ce que signifie « hâter » ou « différer » la survenance de la mort. De fait, les actes médicaux pratiqués dans les services de soins palliatifs ont un impact sur la santé et la survie du patient. Je pense, j'espère, qu'il est clair pour tout le monde qu'il n'y a pas de continuité naturelle – on l'a beaucoup dit – entre soins palliatifs et suicide assisté. En outre, l'interdiction de

l'obstination déraisonnable, ou « acharnement thérapeutique », est déjà prévue dans notre droit. Cet alinéa est donc inutile, nous en proposons la suppression.

Mme la présidente. La parole est à M. Laurent Panifous, pour soutenir l'amendement no 291.

M. Laurent Panifous. Non seulement l'alinéa 10, introduit en commission, est inutile mais il entretient la confusion, ce qui est plus grave. Les soins palliatifs étaient très bien définis dans le texte avant son passage en commission. Il y a, dans cet alinéa, une forme de sous-entendu que je regrette.

À écouter les interventions des uns et des autres, j'ai le sentiment qu'on utilise le texte sur les soins palliatifs, en l'occurrence cet alinéa, pour tenter de déstabiliser le deuxième texte. Il faut les traiter l'un après l'autre et se concentrer, pour l'heure, sur les soins palliatifs.

Je rappelle que le présent texte a été adopté à l'unanimité en commission et je ne doute pas qu'il le sera aussi en séance, le 27 mai. Traitons donc des soins palliatifs ! Nous n'avons pas besoin d'artifices tels l'ajout de cet alinéa, qui prévoit que « l'accompagnement et les soins palliatifs ne visent ni à hâter, ni à différer la survenance de la mort. » Cela ne clarifie en rien ce que sont les soins palliatifs…

M. Emeric Salmon. Si !

M. Thibault Bazin. C'est l'intention qui diffère totalement !

M. Laurent Panifous. …et l'on perçoit très bien le sous-entendu vis-à-vis du texte sur l'aide à mourir. Supprimons cet alinéa inutile et concentrons-nous sur ce que sont réellement les soins palliatifs.

Mme la présidente. La parole est à M. Hadrien Clouet, pour soutenir l'amendement no 525.

M. Hadrien Clouet. Cet amendement de suppression s'inspire du monde réel, où tout acte médical ou de soin a des effets sur la survenance ou la non-survenance du décès d'une personne. Il suffit d'observer ce qui se passe dans les établissements sanitaires pour constater que c'est le cas.

On se souvient que l'alinéa 10 a été ajouté en commission, par souci de respecter la définition des soins palliatifs donnée par l'OMS. Or l'alinéa ne concerne pas seulement les soins palliatifs, mais bien l'accompagnement et les soins palliatifs. Il applique donc la définition existante d'un certain objet à un objet différent, ce qui n'a guère de sens.

Cela revient à affirmer que l'accompagnement n'a pas non plus d'effet sur la survenance du décès. Or il me semble que tout ce qui relève du confort et de la qualité de vie a des conséquences sur les personnes qui en bénéficient, et c'est tant mieux !

Quant au fait de différer ou non la survenance du décès, nous disposons déjà de concepts clairs. La notion d'obstination déraisonnable existe dans la loi, elle est comprise et mobilisée par les praticiens et praticiennes, qui y tiennent. Ne la perturbons pas par l'emploi d'autres concepts dépourvus d'assise solide, qui ne sont pas reconnus dans le milieu professionnel.

M. Dominique Potier. Si, ils le sont par l'OMS !

M. Hadrien Clouet. On sait ce que c'est que de différer ou non un décès.

Lorsque la commission a ajouté cet alinéa, le 9 avril, cela a créé le doute quant au rapport entre les deux textes. Lorsqu'on examine un texte, il ne sert à rien de jeter le soupçon sur le rôle qu'il joue vis-à-vis de l'autre. Nous discuterons bientôt du protocole relatif à la fin de vie – des personnes éligibles, des critères d'accès et des critères de validation d'une demande –; ce que nous faisons à présent n'aura aucune influence sur cette discussion, quelle que soit l'issue des votes.

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement no 607.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Si nous laissons l'alinéa 10 dans le texte, nous fragiliserons la loi Claeys-Leonetti de 2016, ce qui n'est pas du tout l'objet de cette proposition de loi.

M. Nicolas Sansu. Exact !

Mme Agnès Firmin Le Bodo. La formulation – ne pas « hâter » ou « différer la survenance de la mort » – est en totale contradiction avec l'article L. 1110-5-3 du code de la santé publique, introduit par l'article 4 de la loi Claeys-Leonetti. Celui-ci reconnaît explicitement la possibilité de mettre en place « des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire […] même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie ».

En outre, l'alinéa pourrait créer une insécurité juridique pour les soignants qui pratiquent la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

M. Nicolas Sansu. Exactement !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. L'ajout de l'alinéa 10 n'a procédé d'aucune intention d'embrouiller quoi que ce soit. Je rappelle que le travail effectué en commission sur l'article 1er avait pour objet de conférer une assise législative à l'accompagnement et aux soins palliatifs en les adossant à la définition des soins palliatifs choisie par l'OMS, qui indique bien qu'ils ne visent ni à hâter ni à différer la mort.

Pour ce qui est de la fragilisation de la loi Claeys-Leonetti, je ne partage pas votre avis. Ce qui fait clairement la différence entre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès et le recours à une substance létale, c'est l'intention. Dans le cas de la sédation profonde et continue, l'intention n'est pas de provoquer la mort, mais bien de permettre à quelqu'un dont la mort est imminente de mourir naturellement de sa maladie, ses souffrances étant abrégées par l'endormissement. La notion d'intention est donc très présente et très importante…

M. Thibault Bazin et M. Xavier Breton. Oui, elle est essentielle !

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. …et je ne pense pas que l'alinéa fragilise la loi Claeys-Leonetti.

M. Nicolas Sansu. Mais si !

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Il adosse simplement le texte à la définition proposée par l'OMS. Par ailleurs, l'idée de ne pas hâter ni provoquer la mort est très claire. Avis défavorable, voire très défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Cet alinéa procède d'une idée qui semble assez simple : transposer la définition de l'OMS en droit, en mettant en avant le fait que « l'accompagnement et les soins palliatifs ne visent ni à hâter, ni à différer la survenance de la mort. » Mais la définition de l'OMS s'affronte au droit applicable en France, à savoir la loi Claeys-Leonetti. Très concrètement, comme on le sait et comme on le dit depuis le début de ce débat, la sédation profonde et continue a pour conséquence l'endormissement irréversible, qui se termine par la mort – je pèse mes mots. Ce que Mme Firmin Le Bodo met en exergue est tout à fait important. Je m'en remets donc à la sagesse de l'Assemblée.

Mme la présidente. La parole est à M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj. Je réponds à votre premier argument, selon lequel il s'agit de transposer la définition de l'OMS : vous n'avez retenu qu'une ligne sur les vingt-quatre qu'elle comporte !

M. Thibault Bazin. C'est vrai !

M. Jérôme Guedj. Si votre argument tend à affirmer l'existence d'une sorte de hiérarchie des normes et le fait que la définition de l'OMS s'impose en matière de soins palliatifs, il faut alors en retenir tous les éléments, par exemple le respect des croyances de la personne. Pour moi, la référence à l'OMS n'est pas un argument recevable.

De plus, dans un tel contexte, cet ajout entretient la confusion, selon les termes de notre collègue Panifous – peut-être involontairement, madame la rapporteure. Il y a une contradiction à préciser que l'accompagnement et les soins palliatifs ne peuvent ni hâter ni différer la survenance du décès, alors que, par définition, tout soin a un impact sur l'espérance de vie de la personne concernée, dans un sens ou dans l'autre. Prévoir que les soins palliatifs ne devront avoir aucun impact sur la santé relève de l'oxymore, cela revient à nier la réalité, comme l'a dit Hadrien Clouet.

Le dernier argument, qui pour moi emporte l'adhésion en faveur de ces amendements de suppression, a été formulé par Agnès Firmin Le Bodo : cet alinéa placerait, même involontairement, un coin dangereux entre les dispositions relatives à la sédation profonde et continue jusqu'au décès et le texte que nous examinons.

Mme la présidente. Il faut conclure.

M. Jérôme Guedj. Cet alinéa les fragilise alors que l'objectif, que nous partageons tous, est au contraire de renforcer le recours aux dispositions de la loi Claeys-Leonetti, tout en ouvrant d'autres possibilités dans notre droit.

Mme la présidente. La parole est à M. Xavier Breton.

M. Xavier Breton. Je ne sais pas si ceux qui défendent ces amendements font exprès d'entretenir la confusion entre l'intention et l'effet. L'alinéa no 10 ne prévoit pas que l'accompagnement et les soins palliatifs ne hâtent ni ne diffèrent la survenance de la mort, mais qu'ils visent à ne faire ni l'un ni l'autre. Ils sont mis en œuvre pour soulager la douleur, au risque parfois d'accélérer les choses, voire de provoquer la mort, mais ce n'est pas leur but.

Ceux qui s'en tiennent à leur impact, à leur effet, ont tout faux ! Même si soulager la douleur, je le répète, peut accélérer la survenance de la mort, ce n'est pas le but – pas plus que de la retarder d'ailleurs. Soyons de bonne foi entre nous : reconnaissons que cet alinéa ne porte en aucun cas sur un effet, mais sur une intention. Il prévoit que « l'accompagnement et les soins palliatifs ne visent ni à hâter, ni à différer la survenance de la mort », ils sont mis en place uniquement pour soulager la douleur. Je crois que c'est très clair et je ne vois pas comment on peut être contre… ou alors je m'interroge sur les raisons d'une telle position. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe UDR.)*

Mme la présidente. La parole est à M. René Pilato.

M. René Pilato. L'alinéa 10 comporte sa propre contradiction tout en fragilisant, en effet, la loi Claeys-Leonetti. Si « l'accompagnement et les soins palliatifs ne visent ni à hâter, ni à différer la survenance de la mort », à quoi servent-ils ?

M. Xavier Breton et plusieurs députés du groupe RN. À soulager la douleur !

M. René Pilato. Collègues, nous sommes d'accord, mais quand vous soulagez la douleur, le mental de la personne concernée va mieux et elle vit un peu plus longtemps. *(Exclamations sur plusieurs bancs du groupe UDR.)*

M. Hervé de Lépinau. Vous racontez n'importe quoi.

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Pour répondre à M. Breton, je rappelle que la sédation profonde et continue jusqu'au décès fait partie intégrante des soins palliatifs.

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Bien sûr !

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Permettez-moi de lire un extrait de l'article 4 de la loi Claeys-Leonetti – c'est important parce que cela montre que cet alinéa fragiliserait cette loi et placerait en insécurité juridique les soignants qui pratiquent la sédation profonde et continue jusqu'au décès, alors même que le texte que nous préparons a bien pour but de renforcer la loi Claeys-Leonetti : « Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire […], même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie. »

M. Xavier Breton. Mais c'est l'effet, pas l'intention !

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques nos 48, 291, 525 et 607.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	165
Nombre de suffrages exprimés	156
Majorité absolue	79
Pour l'adoption	81
contre	75

(Les amendements identiques nos 48, 291, 525 et 607 sont adoptés ; en conséquence, les amendements identiques nos 215, 312, 364, 456, 556 et 702 ainsi que les amendements nos 736, 40 et 120 tombent.)

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements, nos 235, 277 et 659, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements nos 277 et 659 sont identiques.

La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement no 235.

M. Patrick Hetzel. Par cet amendement, nous voulons insister sur le caractère pluridisciplinaire et pluriprofessionnel de l'accompagnement et des soins palliatifs. Nous proposons donc la rédaction suivante pour la fin de la première phrase de l'alinéa 11 de l'article 1er : « dispensés de manière pluridisciplinaire par tout type de professionnels de santé ayant reçu une formation aux soins palliatifs ; ils requièrent une approche spécialisée et pluriprofessionnelle pour la prise en charge des cas complexes ». La formation, aussi bien initiale que continue, de l'ensemble des professionnels concernés est cruciale. Cela doit être souligné.

Mme la présidente. La parole est à M. Laurent Panifous, pour soutenir l'amendement no 277.

M. Laurent Panifous. Nous avons travaillé cet amendement avec la rapporteure. Il propose de compléter le qualificatif « pluridisciplinaire » par le qualificatif « pluriprofessionnelle ». Au sein d'une équipe, il peut y avoir des disciplines et des professions différentes. Il s'agit de prendre en compte toutes celles – infirmiers, aides-soignants, kinés – qui interviennent dans le cadre des soins palliatifs.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure, pour soutenir l'amendement no 659 et pour donner l'avis de la commission sur l'amendement no 235.

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Je propose à M. Hetzel de retirer son amendement au profit des amendements identiques.

M. Patrick Hetzel. Soit.

M. Thibault Bazin. Dommage que vous n'ayez pas travaillé votre amendement avec M. Hetzel !

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. J'ai cru comprendre que M. Hetzel acceptait de retirer son amendement au profit des amendements nos 277 et 659, auxquels je suis favorable.

(L'amendement no 235 est retiré.)

(Les amendements identiques nos 277 et 659 sont adoptés.)

Mme la présidente. Sur l'amendement no 580, je suis saisie par le groupe Rassemblement national d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à Mme Christine Loir.

Mme Christine Loir. L'objectif est de permettre aux patients d'être accompagnés, s'ils le souhaitent, à leur domicile le plus longtemps possible grâce à des professionnels de santé et de proximité dont l'engagement et les compétences sont reconnus.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Vous voulez qu'il soit précisé que l'équipe pluridisciplinaire mobilise des professionnels de santé et, lorsque les soins sont assurés à domicile, des acteurs de santé de proximité. Sur le fond, votre amendement correspond complètement à l'esprit du texte. Il est satisfait : comme vous le savez, la dimension territoriale et le travail pluridisciplinaire sont au cœur de la définition de l'accompagnement et des soins palliatifs, et font l'objet de plusieurs mesures structurantes que l'on retrouve dans la stratégie décennale.

Nous avions d'ailleurs mis en avant cette dimension dans les amendements adoptés l'an dernier, puisque le texte précise désormais au cinquième alinéa que ces soins « sont accessibles sur l'ensemble du territoire national ». Pour ces raisons, je propose que nous nous en tenions à la rédaction actuelle. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Même avis.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement no 580.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	127
Nombre de suffrages exprimés	125
Majorité absolue	63
Pour l'adoption	54
contre	71

(L'amendement no 580 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements, nos 81, 55, 213 rectifié, 513 rectifié et 597 rectifié, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements nos 213 rectifié, 513 rectifié et 597 rectifié sont identiques.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement no 81.

M. Thibault Bazin. Il s'agit, par cet amendement d'insister sur l'importance accordée au souhait du malade, en l'occurrence s'il fait le choix d'une prise en charge palliative à domicile. Je note que l'article L. 1110-10 du code de la santé publique, que nous sommes en train de modifier, mentionne « une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile ». Or le mot même de « domicile » a totalement disparu de la rédaction de notre article 1er, l'alinéa 11 indiquant seulement : « quel que soit le lieu de résidence ». La notion de domicile, surtout dans le cadre de l'hospitalisation à domicile ou de la prise en charge palliative, est importante et il faut l'inscrire dans le texte.

Mme la présidente. L'amendement no 55 de Mme Sylvie Bonnet est défendu.

La parole est à Mme Josiane Corneloup, pour soutenir l'amendement no 213 rectifié.

Mme Josiane Corneloup. Les soins palliatifs ne se limitent pas à des soins d'accompagnement. Ils doivent débuter dès l'annonce du diagnostic et inclure des soins de confort adaptés, notamment à domicile. Cela répond à une demande forte des patients : pouvoir rester chez eux, entourés de professionnels de proximité.

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Bergantz, pour soutenir l'amendement no 513 rectifié.

Mme Anne Bergantz. Aux côtés des soignants, les professionnels non soignants interviennent aussi dans l'hospitalisation à domicile, notamment pour l'installation du matériel médical. Je pense notamment aux indispensables prestataires de santé à domicile, les PSAD.

Mme la présidente. L'amendement no 597 rectifié de Mme Nathalie Colin-Oesterlé est défendu.

Quel est l'avis de la commission sur ces amendements en discussion commune ?

Mme Annie Vidal, *rapporteure*. Ils sont satisfaits par le début de la deuxième phrase de l'alinéa 11, qui dispose que l'accompagnement et les soins palliatifs « sont garantis quel que soit le lieu de résidence ou de soins ». Par ailleurs, je précise que la stratégie décennale prévoit de créer des places d'hospitalisation à domicile et des équipes mobiles de soins palliatifs pour permettre une plus grande effectivité de la prise en charge à domicile.

Retrait ou, à défaut, avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, *ministre*. Même avis.

(L'amendement no 81 n'est pas adopté.)

(L'amendement no 55 est adopté ; en conséquence, les amendements identiques nos 213 rectifié, 513 rectifié et 597 rectifié tombent.)

Mme la présidente. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

Mme la présidente. Prochaine séance, demain, à quinze heures :

Questions au gouvernement ;

Discussion, sur le rapport de la commission mixte paritaire, de la proposition de loi visant à renforcer l'autorité de la justice à l'égard des mineurs et de leurs parents ;

Suite de la discussion de la proposition de loi relative à l'accompagnement et aux soins palliatifs ;

Suite de la discussion de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir.

La séance est levée.

(La séance est levée à minuit.)

Le directeur des comptes rendus

Serge Ezdra