

# ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

158<sup>e</sup> séance

## Compte rendu intégral

2<sup>e</sup> séance du jeudi 19 février 2026

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



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

<http://www.assemblee-nationale.fr>

# SOMMAIRE

## PRÉSIDENTE DE M. CHRISTOPHE BLANCHET

### 1. Droit à l'aide à mourir (p. 1907)

#### DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 1907)

##### Article 3 (p. 1907)

M. Michel Lauzzana  
 M. Philippe Gosselin  
 M. Christophe Bentz  
 Mme Sandrine Rousseau  
 Mme Océane Godard  
 Mme Hanane Mansouri

#### *Rappels au règlement* (p. 1909)

M. Christophe Bentz  
 M. Charles Sitzenstuhl  
 M. le président

##### Article 3 (*suite*) (p. 1909)

Amendements n<sup>os</sup> 8, 88, 276, 424, 493, 649, 668, 769, 847, 1217, 1468, 1811

M. Olivier Falorni, rapporteur général, pour la commission des affaires sociales, de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir

Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées

Amendements n<sup>os</sup> 44, 606

Mme Brigitte Liso, rapporteure de la commission des affaires sociales

Amendements n<sup>os</sup> 271, 2122, 1491, 2111, 845, 138, 189, 313, 1750, 2100, 65, 89, 312, 624, 666, 446, 540, 972, 1651, 1125, 846 rectifié, 515, 848, 667

#### *Suspension et reprise de la séance* (p. 1917)

##### Article 4 (p. 1917)

M. Bartolomé Lenoir

M. Christophe Bentz

Mme Camille Galliard-Minier

M. René Pilato

Mme Pascale Got

Mme Justine Gruet

Mme Sandrine Rousseau

M. Sylvain Berrios

M. Philippe Vigier

Amendements n<sup>os</sup> 9, 494, 849, 857, 880, 1812

#### *Rappel au règlement* (p. 1921)

Mme Justine Gruet

##### Article 4 (*suite*) (p. 1921)

Amendements n<sup>os</sup> 962, 1296, 850, 190, 314, 66, 90, 516, 669, 1751, 315, 447, 541, 975, 1652, 465, 913, 851, 139, 316, 1178

Mme Élise Leboucher, rapporteure de la commission des affaires sociales

Amendements n<sup>os</sup> 771, 1712, 317, 1745, 1761, 1362, 140, 770, 1165, 104, 1687

#### *Suspension et reprise de la séance* (p. 1932)

Amendements n<sup>os</sup> 141, 318, 1086, 1390, 875, 584, 631, 671, 583, 91, 585, 632, 876, 1121, 734, 1123, 10, 95, 586, 976, 1353, 1813, 2148, 1532, 191, 142, 1126, 1230, 1423, 1087

M. Stéphane Delautrette, rapporteur de la commission des affaires sociales

Amendements n<sup>os</sup> 67, 852, 891, 1122,, 1227, 1013, 320, 1085, 1175, 652, 977, 1184, 1318, 1846, 672, 277, 588, 673, 1218, 1648

M. Frédéric Valletoux, président de la commission des affaires sociales

Amendements n<sup>os</sup> 68, 12, 587, 1309, 898, 93, 92, 146, 410, 623, 1010, 1354, 1535, 1331,, 106, 1168

### 2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 1948)

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

## PRÉSIDENTIE DE M. CHRISTOPHE BLANCHET

### vice-président

**M. le président.** La séance est ouverte.

*(La séance est ouverte à quinze heures.)*

1

## DROIT À L'AIDE À MOURIR

### Deuxième lecture *(suite)*

**M. le président.** L'ordre du jour appelle la suite de la discussion, en deuxième lecture, de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir (n<sup>os</sup> 2401, 2453).

### DISCUSSION DES ARTICLES *(suite)*

**M. le président.** Ce matin, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles, s'arrêtant à l'article 3.

### Article 3

**M. le président.** La parole est à M. Michel Lauzzana.

**M. Michel Lauzzana.** L'article 3 est important parce qu'il inscrit le droit à l'aide à mourir dans le code de la santé publique. Bien évidemment, nous aurons droit à nouveau à toute une litanie d'amendements de suppression, bien qu'elle n'exprime qu'une seule chose : l'opposition au texte.

Autre élément important, l'article dispose que l'on doit « recevoir une information, délivrée sous une forme compréhensible par tous ». Sur ce point encore, nous aurons le droit à des amendements de « précision » – en réalité, autant d'amendements dilatoires. Quand un argument est répété 20, 30 ou 40 fois, on finit par le comprendre ! On pourrait avancer plus vite.

Je regrette cette nouvelle cascade d'amendements, mais elle ne nous empêchera pas de voter rapidement l'article. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe SOC.)*

**M. Thibault Bazin.** On peut aussi ne pas discuter du tout !

**M. Philippe Gosselin.** Et pourquoi pas adopter le texte par ordonnance, tant qu'on y est !

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Gosselin.

**M. Philippe Gosselin.** Ce n'était pas l'objet de mon intervention, mais je rebondirai sur les propos de M. Lauzzana. Si c'est pour que vous nous disiez « Circulez, il n'y a rien à voir » et que vous refusiez de discuter des amendements, nous pouvons tout aussi bien partir. Vous ferez alors ce que vous voulez ! *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe DR. – M. Bartolomé Lenoir applaudit également.)* Ce n'est pas le débat que nous souhaitons. Ne commencez pas sur ce ton ; allez-y *piano piano*.

**M. Michel Lauzzana.** Vous aussi !

**M. Philippe Gosselin.** L'article 3 vise à inscrire les modalités du recours à l'aide à mourir dans le code de la santé publique. Nous avons déjà eu l'occasion lors de l'examen de l'article 1<sup>er</sup> de dire tout le mal que nous en pensions. Il faut reconnaître que ni le suicide assisté ni l'euthanasie ne sont des soins. Il n'y a pas de continuum avec les soins palliatifs.

Puisque les articles 1<sup>er</sup>, 2 et 3 sont liés, je reviendrai sur les éléments de langage très intéressants qui nous ont été donnés ce matin, notamment sur l'article 2. L'adoption de l'amendement n<sup>o</sup> 893 de Mme Dupont fait qu'il pourrait désormais y avoir un libre choix entre l'autoadministration de la substance létale et l'administration par un tiers. Il y aura une seconde délibération : nous verrons ce qu'elle donnera. Surtout, M. le rapporteur général a rappelé sa stratégie : il ne faut pas chercher à obtenir tout, tout de suite, mais renoncer à certains votes pour obtenir un texte équilibré. C'est intéressant,...

**M. Thibault Bazin.** Et inquiétant !

**M. Philippe Gosselin.** ...parce que cela démontre que nous sommes en train de mettre le pied dans la porte et qu'il y aura forcément des évolutions. M. Falorni lui-même l'a reconnu, et je respecte son choix, tout comme il a reconnu qu'il aurait pu voter l'amendement de Mme Dupont.

Nous mettons un pied dans la porte et d'autres évolutions suivront – demain, après-demain, dans deux ans, qui sait ? C'est la révélation de ce matin. *(Mme Justine Gruet applaudit.)*

**M. le président.** La parole est à M. Christophe Bentz.

**M. Christophe Bentz.** L'article 3 est le troisième et dernier article qui définit ce qu'est l'aide à mourir – le cœur nucléaire du texte, comme je l'ai appelé.

Cher collègue Lauzzana, nos amendements de suppression sont la manifestation de notre position.

**M. Michel Lauzzana.** J'en conviens !

**M. Christophe Bentz.** Oui, nous sommes contre, mais je doute que vous le découvriez. Oui, nous sommes constants.

**M. Thibault Bazin.** Et cohérents !

**M. Christophe Bentz.** Reconnaissez-le, même si nous ne partageons pas la même conviction.

Nous défendons nos convictions et nous prenons le temps de le faire – sans obstruction, sans accélérer ni ralentir – dans un débat qui est lourd et grave. Pour ne pas ralentir les débats, j'ai retiré certains de mes amendements qui faisaient doublon ou qui soulevaient des points sémantiques pas forcément utiles. Mais nous prenons le temps de l'argumentation, parce que nous avons encore l'espoir de vous convaincre et de vous faire évoluer ! Et depuis ce matin, nous avons encore plus l'espoir de voir ce texte rejeté.

Nos chances ont augmenté parce que l'amendement n° 893 de Mme Dupont et le n° 103 de Mme Godard qui ont été adoptés ce matin montrent, quand bien même il y aurait une seconde délibération, à quel point les dérives que nous dénonçons ont déjà commencé, dès la deuxième lecture – en pleine navette parlementaire !

**M. Thibault Bazin.** C'est très inquiétant !

**M. Christophe Bentz.** Ces velléités jusqu'au-boutistes démontrent aux yeux des Français que ce que nous dénonçons est déjà en train d'arriver. Les deux amendements que je viens de citer en sont un exemple, mais aussi le n° 1700 de Mme Erodi, qui défendait la possibilité pour une tierce personne non soignante d'administrer la substance létale, ceux qui tendaient à inscrire l'aide à mourir dans les directives anticipées, ou encore ceux visant à étendre le champ de l'article 4.

**M. Philippe Gosselin.** C'est inquiétant !

**M. Thibault Bazin.** Je dirais même plus : c'est très inquiétant !

**M. Christophe Bentz.** Je suis intimement persuadé que nous pouvons encore soit vous convaincre, soit démontrer aux Français que notre conviction est le bon chemin.

**M. le président.** La parole est à Mme Sandrine Rousseau.

**Mme Sandrine Rousseau.** Je préciserai deux choses. D'abord, M. le rapporteur général a effectivement appelé ce matin à éviter la posture du « tout ou rien » à propos de cette loi. Je regrette ces termes,...

**M. Philippe Gosselin.** Ils sont pourtant révélateurs !

**Mme Sandrine Rousseau.** ...parce que nous avons fourni énormément d'efforts, que ce soit sur les directives anticipées, sur l'allongement du délai durant lequel on peut demander à recourir à l'aide à mourir ou encore sur la minorité – à 17 ans et demi, on souffre pourtant de la même façon qu'à 18 ans et un jour. Nous avons fait des efforts, et nous n'y avons pas renoncé à l'occasion de cette nouvelle lecture. Ce n'est pas « tout ou rien », puisque nous sommes dans une démarche de compromis.

Ensuite, parmi les quelque 1 600 amendements que nous devons encore examiner, je vous propose de retirer tous ceux qui visent à inscrire « suicide assisté » et « euthanasie » dans le texte. Nous avons voté une centaine de fois sur ces propositions ; à chaque fois, la majorité les a refusées. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes LFI-NFP et SOC.*)

**M. Andy Kerbrat.** Eh oui !

**Mme Sandrine Rousseau.** Concentrez vos efforts sur des amendements nouveaux, qui méritent d'être discutés, plutôt que de revenir sans cesse à des propositions sémantiques qui ne recueillent pas de majorité. (*Mêmes mouvements.*)

**M. Louis Boyard.** Bravo !

**M. Philippe Gosselin.** Laissez-nous gérer nos propres efforts !

**M. le président.** La parole est à Mme Océane Godard.

**Mme Océane Godard.** Non, monsieur Bentz, vous ne réussirez pas à nous convaincre, parce que plutôt que d'argumenter, vous agitez des peurs. Peut-être que celles-ci nous permettent d'accéder à votre inconscient, auquel cas, elles vous rendraient presque sympathique.

**M. Philippe Gosselin.** Laissez la psychanalyse aux spécialistes !

**Mme Océane Godard.** Quoi qu'il en soit, la caractéristique d'une pensée humaine est bien de cheminer et d'évoluer. Ainsi, Paulette Guinchard, ancienne ministre de Lionel Jospin, était opposée à l'aide à mourir. Malheureusement, elle a été frappée par une affection grave et incurable, qui l'a conduite à avoir recours à l'aide à mourir en Suisse, il y a quelques années. Elle avait très bien expliqué son cheminement et comment elle avait évolué.

C'est aussi la raison pour laquelle nous sommes en faveur d'un texte équilibré. Ce ne sera pas une loi permissive.

**M. Philippe Vigier.** Très bien !

**Mme Océane Godard.** À ce titre, l'article 4 devrait rassurer les inquiets.

Nous sommes favorables à l'article 3, qui permettra à chacun de bénéficier d'une information claire et accessible pour comprendre les conséquences et les modalités du choix de recourir à l'aide à mourir. Là aussi, la loi encadre et rassure. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe SOC. – Mme Sandrine Rousseau applaudit également.*)

**M. Philippe Gosselin.** C'est votre point de vue, pas le nôtre !

**M. le président.** La parole est à Mme Hanane Mansouri.

**Mme Hanane Mansouri.** Ce n'est pas en répétant, matin, midi et soir, le mensonge selon lequel ce texte serait équilibré et cadré ou le fruit d'un compromis qu'il deviendra vrai. Pour qu'il y ait un compromis, il faudrait au moins que vous écoutiez nos arguments et que M. le ministre nous réponde en plus de deux mots à chaque fois que l'on défend un amendement. Nous pourrions alors discuter.

Nous continuerons à défendre nos arguments et à nous battre sur des sujets qui sont importants pour nous, y compris la sémantique. Nous considérons que ce texte ne dit pas la vérité et qu'il s'agit bien d'euthanasie et de suicide assisté, et non d'aide à mourir. Nous continuerons aussi à défendre des amendements de suppression, parce que ce texte n'est pas bon pour la nation. Il envoie ce mauvais message aux plus fragiles : Nous vous abandonnons. La nation ne vous tendra plus la main. Nous ne vous soignerons pas en fin de vie ; nous ne vous proposerons qu'une solution,...

**Mme Dieynaba Diop.** Vous ne pouvez pas dire des choses pareilles !

**Mme Hanane Mansouri.** ...une solution triste et malheureuse : la mort provoquée.

**Mme Dieynaba Diop.** Comment pouvez-vous dire autant de mensonges ?

### **Rappels au règlement**

**M. le président.** La parole est à M. Christophe Bentz, pour un rappel au règlement.

**M. Christophe Bentz.** Il se fonde sur l'article 70, alinéa 3.

Mme Godard a évoqué nos peurs et notre inconscient. Arrêtez de psychiatriser nos convictions ! Nous avons un débat d'idées, une confrontation d'idées. C'est normal, mais arrêtez de penser que vous incarnez la vérité révélée.

**Mme Frédérique Meunier.** Franchement...

**M. Christophe Bentz.** Ce n'est pas le cas – pour nous non plus ! Ce sont simplement des convictions qui s'affrontent. Je vous prie de bien vouloir les respecter. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN.*)

**M. le président.** La parole est à M. Charles Sitzenstuhl, pour un rappel au règlement.

**M. Charles Sitzenstuhl.** Fondé sur l'article 45 de la Constitution, qui traite de la procédure législative.

J'aimerais que nos collègues cessent de mettre la pression sur ce débat.

**Mme Marie-Noëlle Battistel.** Et votre obstruction ?

**M. Charles Sitzenstuhl.** Le gouvernement a fait le choix de ne pas engager de procédure accélérée sur ce texte comme la Constitution le lui aurait permis.

**M. Philippe Gosselin.** Heureusement !

**M. Charles Sitzenstuhl.** Cela nous permet, en deuxième lecture, d'avoir une discussion quasi extensive sur tous les sujets, malgré le petit entonnoir.

En outre, la présidente a rappelé hier que moins d'amendements ont été déposés en deuxième lecture qu'en première lecture.

**M. Philippe Gosselin.** Il a raison !

**M. Charles Sitzenstuhl.** Je ne doute pas que nous irons au bout du texte et jusqu'au vote.

**M. le président.** Je vous rappelle, monsieur le député, que les rappels au règlement ne peuvent pas s'appuyer sur la Constitution.

### **Article 3 (suite)**

**M. le président.** Je suis saisi de douze amendements identiques, n<sup>os</sup> 8, 88, 276, 424, 493, 649, 668, 769, 847, 1217, 1468, 1811, tendant à supprimer l'article. Sur ces amendements, le groupe Droite républicaine a demandé un scrutin public.

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

La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 8.

**M. Patrick Hetzel.** L'article L. 1110-5 du code de la santé publique dispose : « Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. » L'article 3 tend à compléter l'article par des dispositions sur le suicide assisté et l'euthanasie. Cela revient à en changer la nature, puisque cet ajout crée un continuum entre, d'un côté, les soins palliatifs et la philosophie qui les accompagne et, de l'autre, le geste létal. C'est sans doute la volonté de certains députés, mais nous considérons qu'ils doivent être pleinement séparés.

Nous nous opposons donc à cet article.

**M. le président.** La parole est à M. Corentin Le Fur, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 88.

**M. Corentin Le Fur.** Pardonnez-nous notre obstination, mais le texte est suffisamment fort et grave pour que nous en débattions vraiment et que nous prenions le temps de défendre nos arguments. Je fais partie de ceux qui pensent que l'euthanasie et le suicide assisté constituent une rupture majeure.

Notre préoccupation, partagée par tous, est de lutter contre la souffrance. Nos compatriotes ne veulent pas souffrir. C'est légitime et on ne peut pas accepter que l'on souffre dans notre pays, mais nous devons proposer autre chose que la mort, autre chose qu'un geste létal. C'est ce que permettent les soins palliatifs, qu'on doit absolument développer, et la sédation profonde et continue, que la loi prévoit déjà.

Nous continuerons d'essayer de vous convaincre d'empêcher la rupture majeure que constitue l'autorisation du suicide assisté et de l'euthanasie.

**M. le président.** La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 276.

**M. Thibault Bazin.** L'article 3 me met mal à l'aise : en tendant à compléter le très bel article L. 1110-5 du code de la santé publique, il crée un parallèle malvenu.

Que dit l'article en vigueur ? Que toute personne a « le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés ». Or le droit que vous voulez créer, celui d'administrer une substance pour provoquer la mort, ne s'inscrit pas dans la même démarche ou la même intention.

L'apaisement de la souffrance par des soins, notamment palliatifs, et l'acte de mettre fin prématurément et, surtout, intentionnellement à la vie d'un malade sont antithétiques.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un soin maintient ou améliore la santé ; selon l'Académie nationale de médecine, il permet d'améliorer et de maintenir sa santé physique ou morale. La Haute Autorité de santé (HAS), quant à elle, définit un acte de soin comme participant au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne. D'après l'OMS, les soins palliatifs ne nient pas la mort, mais ne la donnent pas ; c'est un processus normal qui n'entend ni accélérer ni repousser la mort.

Vous n'arrêtez pas d'affirmer que le texte est équilibré et que des conditions strictes garantiront sa bonne application, mais l'équilibre qui recueillera une majorité de soutiens n'est

pas nécessairement un équilibre éthique (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe DR*), qui serait atteint si l'éthique de l'autonomie ne négligeait pas l'éthique de la vulnérabilité, tout aussi respectable.

Pour ces raisons, il faut supprimer l'article 3.

**M. le président.** La parole est à M. Daniel Grenon, pour soutenir l'amendement n° 424.

**M. Daniel Grenon.** L'article 3 tend à codifier la pratique du suicide assisté et de l'euthanasie dans le code de la santé publique. Cette codification entraînerait un profond bouleversement juridique, puisqu'elle introduirait dans un code qui repose sur le principe du soin des pratiques dont l'objectif est le décès de l'individu. De la logique du soin, on passerait ainsi à une logique incluant l'exact opposé de la guérison, la mort.

C'est pourquoi l'amendement vise à supprimer l'article.

**M. le président.** La parole est à Mme Hanane Mansouri, pour soutenir l'amendement n° 493.

**Mme Hanane Mansouri.** Il tend aussi à supprimer l'article 3. Nous contestons encore et toujours l'inscription de la pratique de l'euthanasie ou du suicide assisté dans le code de la santé publique, dont les dispositions devraient normalement permettre de soigner, d'accompagner et de permettre à chacun de vivre dignement jusqu'à la mort, non d'autoriser à provoquer la mort.

**M. le président.** La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such, pour soutenir l'amendement n° 649.

**Mme Sandrine Dogor-Such.** L'article tend à inscrire dans la section du code de la santé publique relative aux droits généraux des malades un droit d'accès à l'aide à mourir. Or nous ne pouvons pas ignorer une réalité objective : les lois Leonetti de 2005 et Claeys-Leonetti de 2016, aujourd'hui codifiées dans les articles L. 1110-5-1 à L. 1111-4 du code de la santé publique, ne sont pas pleinement appliquées.

Le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV) rappelait en 2023 que près de 50 % des personnes qui auraient besoin de soins palliatifs n'y ont pas accès. Par ailleurs, selon les enquêtes d'opinion, une très large majorité de nos concitoyens – six sur sept – méconnaissent leurs droits en matière de fin de vie.

Dans ces conditions, créer un nouveau droit sans garantir l'effectivité des droits existants reviendrait à bâtir un étage supplémentaire sur des fondations inachevées.

**M. le président.** L'amendement n° 668 de M. Vincent Trébuchet est défendu.

La parole est à M. Stéphane Peu, pour soutenir l'amendement n° 769.

**M. Stéphane Peu.** Au sein de notre groupe, les avis sur cette proposition de loi divergent : certains voteront contre, d'autres la soutiendront. Toutefois, tous ses membres, quels que soient leurs avis, ont signé cet amendement.

En effet, l'article 3 suggère que l'aide à mourir pourrait être un soin. Or, en réalité, l'aide à mourir est envisagée quand les soins ne sont plus capables de soulager la douleur – c'est en tout cas ainsi qu'elle présentée.

Favorables ou défavorables à cette proposition de loi, nous sommes tous opposés à son article 3 qui, en plus de l'antinomie que j'évoquais, suggère également un continuum entre la sédation profonde et continue et l'aide à mourir, ce qui ne nous paraît absolument pas recevable.

**M. Thibault Bazin.** Il a raison !

**M. le président.** La parole est à M. Charles Sitzenstuhl, pour soutenir l'amendement n° 847.

**M. Charles Sitzenstuhl.** En modifiant l'article L. 1110-5 du code de santé publique, un article important introduit par une loi de 2002, l'article 3 tend à rattacher la notion d'euthanasie et de suicide assisté à celle de soin. C'est un vrai problème.

On vient d'ailleurs de l'entendre : même des députés de gauche favorables à la proposition de loi refusent une telle modification.

Selon la Haute Autorité de santé, « un acte de soin est un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne ». Par construction, mettre fin à ses jours n'est pas une manière de rétablir ou d'entretenir la santé d'une personne ! L'article 3 est une nouvelle illustration des confusions sémantiques – qui sont en réalité philosophiques – qu'entretient le texte.

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Gosselin, pour soutenir l'amendement n° 1217.

**M. Philippe Gosselin.** Au-delà des aspects sémantiques, de notre sensibilité et de notre empathie – nous avons tous fait l'expérience de la mort d'un proche –, il y a quand même un vrai danger à considérer comme un soin le fait de donner la mort par l'euthanasie ou le suicide assisté.

On peut être en désaccord au sujet de l'acte lui-même, mais on conviendra que son rattachement aux actes de soin est un vrai problème. L'aide à mourir n'est pas un soin et le continuum entre les soins palliatifs et le droit à mourir n'est pas acquis !

Stéphane Peu l'a lui-même dit, et il n'est pas suspect de représenter un courant philosophique ou religieux particulier. (*Exclamations sur quelques bancs des groupes LFI-NFP, EcoS et SOC.*)

Je ne fais pas de psychanalyse et je ne vais pas distribuer des bons points – chacun, en conscience, pense ce qu'il veut – mais son propos démontre que même depuis des bancs très opposés, on peut se retrouver.

Il n'y a pas de continuum entre les soins et la fin de vie telle que vous l'envisagez, à travers l'euthanasie et le suicide assisté. On aurait pu inscrire cet acte dans d'autres codes, comme celui de l'action sociale et des familles... (*Le temps de parole étant écoulé, M. le président coupe le micro de l'orateur.*)

**M. le président.** La parole est à M. Charles Rodwell, pour soutenir l'amendement n° 1468.

**M. Charles Rodwell.** Je suis rarement d'accord avec mes collègues communistes, mais je souscris entièrement aux propos du président Peu. J'ai déposé cet amendement pour deux raisons : mon opposition philosophique à l'aide active à mourir fait que je ne vois pas la pertinence de l'intégrer au code de la santé publique et je ne vois pas en quoi l'aide active

à mourir ou l'euthanasie est un soin – c'est plutôt un acte que l'on peut commettre, quel que soit l'avis de chacun, quand les soins ne suffisent plus à soulager la souffrance.

J'appelle donc l'ensemble de mes collègues à soutenir ces amendements de suppression.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Potier, pour soutenir l'amendement n° 1811.

**M. Dominique Potier.** Des gaullistes, des communistes, un libéral... Il fallait bien qu'un social-démocrate s'exprime pour dire à son tour que la novlangue, pour reprendre le terme de Georges Orwell, est, à cet instant, particulièrement indécente.

On a déjà débattu du caractère actif de l'aide à mourir et d'autres sujets et, s'agissant de l'inscription de cet acte dans le code de la santé publique, je comprends la révolte des uns et des autres : elle est indéfendable.

Puisque le temps nous est compté, il faut maintenant parler du fond. La demande d'être libéré de ses souffrances doit être entendue, mais on ne peut pas y répondre de n'importe quelle manière.

Il y a la réponse humaniste, qui est celle d'une loi Claeys-Leonetti approfondie, qui tendrait à développer les soins palliatifs, et il y a la réponse proposée, dont Pierre Dharréville disait, quand il s'exprimait à un micro proche du mien il y a deux ans, qu'elle lui donnait un profond vertige. Je partage cette sensation avec lui. (*Applaudissements sur certains bancs du groupe DR. – M. Stéphane Peu, M. Charles Rodwell et Mme Annie Vidal applaudissent également.*)

L'une des principales responsables des soins palliatifs en France dit ceci : « Depuis vingt-cinq ans, je porte auprès des patients le non de la société. Ce non est possible, mais il ne peut être un non d'abandon. C'est un non qui doit nous obliger. » Au-delà des questions philosophiques et humanistes, une question républicaine se pose : en l'absence de soins palliatifs, la demande d'aide à mourir, active ou non, ne peut être le choix par défaut.

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Falorni, rapporteur général, pour la commission des affaires sociales, de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir, pour donner l'avis de la commission.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général, pour la commission des affaires sociales, de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir.** Je veux m'inscrire fermement et solennellement en faux par rapport à ce qui a été dit.

Je pourrais le dire en français, en grec ancien, en latin ou dans toutes les langues possibles,...

**Mme Perrine Goulet et Mme Louise Morel.** Chiche !

**M. Thibault Bazin.** En français, ça suffira.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** ...mais le français est la seule langue autorisée dans cet hémicycle. Je vais donc le dire et le répéter : non, cette proposition de loi ne tend pas assimiler l'aide à mourir à un soin ! Son article 3 tend à compléter le second alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, qui porte spécifiquement sur l'accompagnement des personnes à la fin de leur vie et ne fait pas référence à la notion de soin.

Ce qu'affirme la phrase que nous souhaitons ajouter, conformément à l'esprit du texte, c'est que l'aide à mourir est l'une des modalités d'apaisement de la souffrance et l'une des façons de préserver la dignité des malades à la fin de leur vie.

Pour plus de clarté, au bénéfice de ceux qui nous écoutent, je donnerai lecture de ce second alinéa, dont la rédaction résulte de la loi Claeys-Leonetti : « Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. » Il s'agit donc d'un droit, et nous ne disons pas qu'il est un soin.

L'article 3 tend à préciser que « ce droit comprend la possibilité d'accéder à l'aide à mourir » dans les conditions prévues par la loi « et de recevoir une information, délivrée sous une forme compréhensible par tous, concernant cette aide ».

À aucun moment l'aide à mourir n'est assimilée à un soin.

Mon avis sera donc défavorable sur ces amendements. J'invite les collègues à voter l'article 3. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe EPR. – Mme Frédérique Meunier et M. Sébastien Peytavie applaudissent également.*)

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, pour donner l'avis du gouvernement.

**Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées.** Pardon de ne pas avoir pu être présente ce matin. J'étais, avec quelques-uns d'entre vous, à Clermont-Ferrand pour rendre hommage au sapeur-pompier et à la médecin du Samu décédés lors d'un exercice d'hélicoptère.

Comme l'a dit le rapporteur général, l'article 3 tend à préciser la disposition du code de la santé publique selon laquelle « toute personne a le droit à une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance » pour y ajouter le droit à l'aide à mourir.

L'article L. 1110-5 du code de la santé publique fait partie d'un titre dont l'intitulé est : « Droits des personnes malades et des usagers du système de santé ». Il semble donc cohérent d'y inscrire ce nouveau droit.

Avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Juvin.

**M. Philippe Juvin.** Que les choses soient claires : l'aide active à mourir, qu'il s'agisse d'euthanasie ou de suicide assisté, ne saurait être considérée comme un soin.

Vous en êtes d'accord, dites-vous. Pourtant, dans tous les aspects du texte, on comprend que cet acte est apparenté à un soin. D'ailleurs, vous l'inscrivez dans le code de la santé publique et il peut être effectué à l'hôpital ou dans un établissement médico-social.

Vous faites en permanence le parallèle, comme si vous cherchiez à créer un continuum entre la sédation profonde et continue et l'aide à mourir, bien que l'on sache que l'une n'a rien à voir avec l'autre. Le présent texte se veut en outre le pendant d'une autre proposition de loi sur les soins palliatifs, qui sont des soins bien particuliers. Au reste, la substance létale pourrait être administrée par un médecin ou un infir-

mier. Bref, ce n'est peut-être plus considéré comme un soin – contrairement à ce qu'on a pu entendre il y a un an et demi –, mais dans votre esprit, ça a en le goût : le lieu, la personne, les moyens, jusqu'à prévoir une codification de ces actes au même titre que d'autres actes médicaux – nous en parlions hier. Dès lors, soutenir comme vous le faites que l'aide à mourir ne constitue pas un soin contredit de toute évidence le contenu de votre propre texte. (*M. Philippe Gosselin et Mme Justine Gruet applaudissent.*)

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Vigier.

**M. Philippe Vigier.** C'est un beau débat que nous avons là. Olivier Falorni l'a souligné, et je rejoins Philippe Juvin sur ce point : l'aide à mourir n'est pas un soin. Cependant, puisque certains affirment que cette disposition n'a pas sa place dans le code de la santé publique, permettez-moi de rappeler ce qu'il contient. En l'occurrence, l'article 3 renvoie à son article L. 1110-5, qu'il propose de compléter en ouvrant un droit à l'aide à mourir, mais aussi « de recevoir une information [...] concernant cette aide. » Le titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique porte sur les droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Il contient des articles sur l'accès au dossier médical, sur les recours possibles en cas de litige, et sur les conditions d'information des patients. Il n'y est pas seulement question de la codification des actes, s'y trouve aussi des paragraphes sur la bioéthique, sur les médicaments et les produits de santé – notre cher rapporteur général de la commission des affaires sociales connaît cela par cœur. L'organisation du système de santé y figure également, sans que tout y soit codifié. L'article 3 permet donc bien une clarification : bien qu'il ne s'agisse pas d'un soin, l'aide à mourir y figure – et c'était la moindre des choses – au titre de l'information des patients.

**M. Thibault Bazin.** Sauf que l'article du code de la santé publique auquel fait référence l'article 3 porte sur les soins !

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements n° 8 et identiques.

(*Il est procédé au scrutin.*)

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	148
Nombre de suffrages exprimés .....	148
Majorité absolue .....	75
Pour l'adoption .....	55
contre .....	93

(*Les amendements n° 8, 88, 276, 424, 493, 649, 668, 769, 847, 1217, 1468, 1811 ne sont pas adoptés.*)

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 44 et 606, qui font l'objet d'une demande de scrutin public par le groupe Droite républicaine.

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

La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 44.

**M. Patrick Hetzel.** Il s'inspire des débats législatifs intervenus récemment à la Chambre des communes, au Royaume-Uni, portant également sur l'aide médicale à mourir. Les parlementaires britanniques ont souligné la contradiction que pouvait représenter pour un médecin

l'administration d'une substance létale. Je propose qu'un médecin ne soit jamais tenu d'informer une personne de la possibilité de recourir à une telle substance. C'est aussi une manière de compléter la clause de conscience que l'on nous dit prévue par le texte. En raison de la spécificité même de cet acte, nous devons apporter des garanties aux professionnels de santé. Vous y faisiez référence ce matin, monsieur Vigier. Cet amendement fournit l'occasion d'avancer dans ce sens. J'espère que nous serons nombreux à le voter.

**M. le président.** La parole est à Mme Hanane Mansouri, pour soutenir l'amendement n° 606.

**Mme Hanane Mansouri.** Par cet amendement identique au précédent, nous soulignons que cet article, outre qu'il persiste à inscrire l'euthanasie et le suicide assisté dans le code de la santé publique, réussit l'exploit de créer la seule disposition dont le bénéfice sera garanti à 100 % pour les Français. À la différence des soins palliatifs, qui ne sont malheureusement pas garantis partout ni pour tous, l'euthanasie et le suicide assistés seront en effet accessibles dans tous les établissements.

Ensuite, nous nous apprêtons à graver dans le marbre l'obligation d'informer clairement chaque patient de cette possibilité de recourir à l'euthanasie ou au suicide. Cela me pose un problème, car les personnes s'engageant dans un tel processus se trouvent souvent dans un état de fragilité ; elles préféreraient trouver un moyen de soulager leur douleur.

**M. le président.** Sur l'amendement n° 271, je suis saisi 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 Mme Brigitte Liso, rapporteure de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission.

**Mme Brigitte Liso, rapporteure de la commission des affaires sociales.** Ces amendements proposent de remplacer les dispositions actuelles de l'article 3 par une nouvelle rédaction affirmant qu'un médecin n'est jamais tenu d'informer une personne de la possibilité de demander l'aide à mourir. Vous proposez ainsi de rétablir la rédaction adoptée par la commission des affaires sociales du Sénat. Cela équivaut à un amendement de suppression de l'article 3. Je ne peux évidemment pas y être favorable.

Sur le fond, je rappelle que l'article 14 de la proposition de loi institue une clause de conscience qui permettra aux médecins de ne pas participer à la procédure d'aide à mourir.

Enfin, l'article énonce un droit à l'information mais n'en définit pas les conditions d'exercice : il appartiendra au pouvoir réglementaire de s'assurer que toute personne qui souhaite s'informer sur le recours à l'aide à mourir puisse le faire. En toute hypothèse, il n'oblige donc pas le médecin à l'évoquer auprès de ses patients. Avis défavorable sur ces amendements identiques.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Je suis cohérente par rapport à notre débat d'hier : on ne peut pas obliger un soignant à dire ou taire quoi que ce soit à son patient. Néanmoins, la rédaction de l'amendement aboutit, comme l'a souligné Mme la rapporteure, à supprimer le contenu de l'article 3 ; c'est pourquoi j'y suis défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 44 et 606.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	145
Nombre de suffrages exprimés .....	141
Majorité absolue .....	71
Pour l'adoption .....	54
contre .....	87

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 44 et 606 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 271.

**M. Patrick Hetzel.** La question revient régulièrement de savoir comment rédiger l'article 3 pour éviter que ne soit créé un continuum entre les soins palliatifs et le suicide assisté. À cet égard, le contenu même des dispositions en question et leur placement au sein du code de la santé publique ont de quoi inquiéter. Pourquoi ne pourrions-nous pas préciser clairement qu'un tel continuum n'existe pas ? C'est l'objet de cet amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Défavorable, car cet amendement revient lui aussi à supprimer l'article 3. Sur le fond, une personne qui reçoit des soins palliatifs pourrait parfaitement demander à recourir à l'aide à mourir dès lors qu'elle en remplirait les conditions. Cela ne signifie pas que l'aide à mourir constitue une composante des soins palliatifs : ces modalités d'accompagnement de personnes en fin de vie sont complémentaires.

Sur la forme, la notion de continuum que vous proposez d'introduire dans le code de la santé publique ne recouvre pas de réalité précise. Au reste, nous nous sommes déjà opposés à l'emploi de la notion de suicide assisté.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Si je comprends ce débat sur le plan intellectuel, en pratique, nous serons face aux mêmes malades souffrant de pathologies graves et avancées. Pour ceux qui réclameront l'aide à mourir, il y aura de fait une forme de continuum – ou disons de « succession » dans les actes, même si je ne sais pas exactement comment l'exprimer. Reste que cet amendement ne reflète pas la réalité pratique. Nous ne devons pas faire preuve d'hypocrisie envers nos concitoyens : ce sont les mêmes patients en fin de vie qui sont concernés par les soins palliatifs et par l'aide à mourir.

Avis défavorable.

**M. Philippe Gosselin.** Sauf que le suicide assisté est une voie d'exception, ce n'est pas la même chose. Vous en banalisez le principe.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 271.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	146
Nombre de suffrages exprimés .....	140
Majorité absolue .....	71
Pour l'adoption .....	56
contre .....	84

*(L'amendement n<sup>o</sup> 271 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements, n<sup>os</sup> 2122, 1491 et 2111, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 2122.

**M. Christophe Bentz.** Je le retire.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 2122 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Lisette Pollet, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 1491.

**Mme Lisette Pollet.** L'article 3 prévoit que le droit de recevoir des soins comprend la possibilité d'accéder à l'aide à mourir, y intégrant ce faisant l'euthanasie et le suicide assisté. Ce glissement est extrêmement grave parce qu'il brouille complètement les repères. Un soin vise à guérir, à soulager ou à accompagner le patient, à préserver la vie ou, à tout le moins, à ne pas la supprimer. L'aide à mourir vise au contraire à provoquer la mort. Ce n'est ni la même nature, ni la même logique, ni la même finalité.

Vous prévoyez de faire entrer l'aide à mourir dans le champ du soin, comme s'il s'agissait d'un traitement ordinaire. C'est précisément cette banalisation, cette assimilation que nous refusons. C'est pourquoi, par cet amendement, nous proposons une formulation simple de remplacement : « à ce droit s'ajoute » plutôt que « ce droit comprend » ; cela permettra de distinguer clairement ce qui relève du soin de ce qui relève d'un régime dérogatoire exceptionnel. Cette précision est indispensable pour éviter une confusion qui pourrait avoir des conséquences majeures sur l'enseignement médical, mais aussi sur la responsabilité des soignants, la perception sociale de la fin de vie, voire l'organisation des établissements.

**M. le président.** La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 2111.

**M. Christophe Bentz.** Je le retire également.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 2111 est retiré.)*

*(L'amendement n<sup>o</sup> 1491, repoussé par la commission et le gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Les amendements n<sup>os</sup> 845 de M. Charles Sitenstuhel et 138 de Mme Marie-France Lorho sont défendus.

*(Les amendements n<sup>os</sup> 845 et 138, repoussés par la commission et le gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de plusieurs amendements, n<sup>os</sup> 189, 313, 1750, 2100, 65, 89, 312, 624, 666, 446, 540, 972 et 1651, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n<sup>os</sup> 65, 89, 312, 624 et 666, d'un côté, et les amendements n<sup>os</sup> 446, 540, 972 et 1651, de l'autre, sont identiques.

La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such, pour soutenir l'amendement n° 189.

**Mme Sandrine Dogor-Such.** Nous en avons débattu très souvent. Je vais le retirer car je ne me fais pas d'illusion : vous me direz probablement qu'il est satisfait, ou que vous y êtes défavorable ; et quand bien même il serait adopté, vous procéderiez à une seconde délibération pour inverser le sens du vote. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN.*)

(*L'amendement n° 189 est retiré.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Justine Gruet, pour soutenir l'amendement n° 313, qui fait l'objet d'une demande de scrutin public par le groupe Droite républicaine.

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

**Mme Justine Gruet.** Je présenterai de manière groupée mes trois amendements, donc également le n° 312, qui vise à remplacer les mots « aide à mourir » par « euthanasie et au suicide assisté », ainsi que le n° 446, qui a pour objet d'ajouter le mot « active » après la première occurrence du mot « aide ». Quant à celui-ci, le n° 313, il tend à remplacer « l'aide à mourir » par « la mort provoquée ».

La définition que vous avez choisie, et qui vous satisfait, manifestement, ne permet pas de distinguer les deux actes dont nous avons déjà longuement parlé – autoadministration de la substance létale et administration par un tiers. La seconde délibération réintroduira probablement la condition de l'incapacité physique pour recourir à un tiers, mais comme nous ne définissons pas cette notion, nous laisserons au libre arbitre des professionnels de santé la responsabilité de juger de cette incapacité du patient, alors même que ce dernier ne sera pas forcément doté de toutes les technologies pour en sortir. L'incapacité physique cesse pourtant d'être un handicap lorsque l'environnement est technologiquement adapté ; et le patient peut alors être en mesure de s'administrer lui-même la substance létale.

**M. Michel Lauzzana et Mme Nicole Dubré-Chirat.** Ce n'est pas le sujet de l'amendement !

**Mme Justine Gruet.** Nous avons manqué, à l'article 2, l'occasion de définir l'incapacité physique en tenant compte des capacités technologiques susceptibles d'être mises à la disposition des patients. Ce débat est loin d'être neutre, car sur un plan éthique, l'autoadministration et l'injection par un tiers sont deux actes complètement différents.

**M. le président.** La parole est à Mme Claire Marais-Beuil, pour soutenir l'amendement n° 1750.

**Mme Claire Marais-Beuil.** Encore un problème sémantique : écrire « la mort administrée » plutôt que « l'aide à mourir », comme nous proposons de le faire par cet amendement, revient à attribuer explicitement un acte actif et volontaire, et ainsi à en modifier immédiatement la perception éthique. Même les partisans de l'aide à mourir peuvent préférer des termes soulignant l'accompagnement plutôt que l'acte létal. Chaque mot à un sens et cadre la discussion : « mort administrée » insiste sur l'acte, là où « aide à mourir » tente de l'assimiler à un soin. Ne nous cachons pas derrière les mots.

**M. le président.** Je suis saisi de l'amendement n° 2100 de M. Christophe Bentz.

(*L'amendement n° 2100 est retiré.*)

**M. le président.** Sur les amendements n° 65 et identiques, je suis saisi par le groupe Droite républicaine d'une demande de scrutin public.

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

Les amendements identiques n° 65 de M. Fabien Di Filippo, 89 de M. Corentin Le Fur, 312 de Mme Justine Gruet, 624 de Mme Hanane Mansouri et 666 de M. Vincent Trébuchet sont défendus.

**M. le président.** Je suis saisi de quatre amendements identiques, n° 446, 540, 972 et 1651, sur lesquels le groupe Droite républicaine a déposé une demande de scrutin public.

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

L'amendement n° 446 de Mme Justine Gruet a été défendu.

Les amendements n° 540 de Mme Hanane Mansouri, 972 de Mme Annie Vidal et 1651 de M. Thomas Ménagé sont défendus.

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

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Avis défavorable sur l'ensemble. Nous avons déjà largement évoqué la sémantique. Certains amendements proposent de faire mention d'une mort provoquée ou programmée. Or ce qui provoque la mort, en dernière analyse, c'est bien la maladie.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Hanane Mansouri.

**Mme Hanane Mansouri.** Nous allons avoir une difficulté à poursuivre ce débat. Nous avons formulé un grand nombre de propositions pour essayer de renommer l'objet du texte – euthanasie, suicide assisté, aide active à mourir, suicide délégué, suicide délégué à un soignant. Pourtant, aucune de ces formulations ne semble convenir. Si nous voulons vraiment trouver un compromis, il faut que chacun mette de l'eau dans son vin, sans quoi la suite de la discussion sera compliquée.

**M. Guillaume Kasbarian.** Il faut être deux pour faire un compromis !

**M. le président.** La parole est à M. René Pilato.

**M. René Pilato.** Collègues, je comprends que vous n'acceptiez pas le terme de droit à l'aide à mourir. Vous souhaitez ajouter à tout prix qu'il s'agit d'une aide « active ». Cependant, une aide, si elle n'est pas active, n'est pas une aide. Qu'est-ce que ce mot changerait ?

**M. Théo Bernhardt.** Si cela ne change rien, pourquoi le refusez-vous ?

**M. René Pilato.** Définissez-moi ce que serait une aide non active ! L'aide est déjà une action : pourquoi vous obstiner à inscrire un mot qui ne produit aucun sens ?

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 313.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	145
Nombre de suffrages exprimés .....	145
Majorité absolue .....	73
Pour l'adoption .....	55
contre .....	90

*(L'amendement n° 313 n'est pas adopté.)*

*(L'amendement n° 1750 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n°s 65, 89, 312, 624 et 666.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	145
Nombre de suffrages exprimés .....	145
Majorité absolue .....	73
Pour l'adoption .....	60
contre .....	85

*(Les amendements identiques n°s 65, 89, 312, 624 et 666 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n°s 446, 540, 972 et 1651.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	148
Nombre de suffrages exprimés .....	148
Majorité absolue .....	75
Pour l'adoption .....	64
contre .....	84

*(Les amendements identiques n°s 446, 540, 972 et 1651 ne sont pas adoptés.)*

**M. Thibault Bazin.** À ce rythme, il faudra mettre le service des comptes rendus en soins palliatifs !

**M. le président.** Sur l'amendement n° 1125, je suis saisi 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. Philippe Juvin, pour soutenir cet amendement.

**M. Philippe Juvin.** Il répond à votre objection, madame la ministre, quand vous expliquez, au sujet de l'amendement n° 44 de M. Hetzel, que nul ne peut obliger un médecin à informer. Je suis d'accord avec vous : en pratique, dans le

colloque singulier entre le médecin et son patient, toute obligation est vaine. Vous disiez donc être d'accord avec l'esprit de l'amendement de M. Hetzel mais lui reprochiez d'être rédigé d'une manière telle qu'il récrivait tout l'article. Cet amendement n° 1125 a l'avantage de ne réécrire que la partie qui oblige le médecin à parler de l'euthanasie et du suicide assisté. Il répond ainsi à la préoccupation que vous formulez.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** On dit souvent que la pédagogie est l'art de la répétition. Je redis donc qu'aucun médecin ne sera tenu de participer à la procédure d'aide à mourir, compte tenu de la clause de conscience spécifique instituée par l'article 14.

De plus, si le présent article prévoit la possibilité pour toute personne de recevoir une information concernant l'aide à mourir, il ne précise pas les modalités de communication de cette information ; il incombera au pouvoir réglementaire de le déterminer. Cet article n'impose donc pas aux médecins de délivrer eux-mêmes cette information. Avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Même avis.

**M. le président.** La parole est à M. Charles Sitzenstuhl.

**M. Charles Sitzenstuhl.** Je suis favorable à cet amendement car il importe d'être très clair et précis dans l'information communiquée au patient.

La rapporteure Liso a déclaré qu'en dernière analyse, la mort est provoquée par la maladie. Ce n'est pas vrai ! C'est ce qui fait la différence fondamentale entre la sédation profonde et continue d'une part, l'euthanasie et le suicide assisté d'autre part. *(Mmes Justine Gruet et Annie Vidal applaudissent.)*

La Haute Autorité de santé, dans son guide actualisé en 2020, indique que, dans le cas d'une « sédation profonde poursuivie jusqu'au décès dû à l'évolution naturelle de la maladie », « la mort survient dans un délai qui ne peut pas être prévu ». En revanche, dans le cas de l'aide à mourir ou euthanasie, il s'agit d'une « mort immédiate du patient » puisque « la mort est provoquée rapidement par un produit létal ».

Soyons donc précis : dans le cas de l'aide à mourir, la mort est provoquée par un produit létal, non par la maladie. *(Mme Justine Gruet applaudit.)*

**M. le président.** La parole est à M. Michel Lauzzana.

**M. Michel Lauzzana.** Je tiens à m'élever contre ce que vient de dire M. Sitzenstuhl. Ce n'est pas la première fois qu'il fait appel à la Haute Autorité de santé. Cependant, cette dernière ne peut pas se prononcer tant que nous n'avons pas adopté ce texte ! Vous ne pouvez pas demander à une Haute Autorité de prendre en compte quelque chose qui n'est pas encore prévu par la loi – ce n'est pas son rôle.

**M. René Pilato.** Exactement.

**M. Michel Lauzzana.** La sédation profonde et continue n'a qu'un but : amener à la mort. Que celle-ci soit rapide ou non, le but reste inchangé.

**M. Philippe Juvin.** Mais non ! C'est quand même dingue de dire ça !

**M. Thibault Bazin.** Elle n'a qu'un but, c'est de soulager !

**M. Michel Lauzzana.** Cette sédation a même quelque chose de pire que la mort provoquée, en ce qu'elle entraîne une agonie qui peut durer plusieurs jours. Pour avoir assisté à de telles agonies – de gens alités qui se réveillent, saisis par la douleur –, je trouve cela beaucoup plus inhumain qu'une mort choisie et douce. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LFI-NFP, SOC et EcoS.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1125.  
(*Il est procédé au scrutin.*)

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	150
Nombre de suffrages exprimés .....	148
Majorité absolue .....	75
Pour l'adoption .....	67
contre .....	81

(*L'amendement n° 1125 n'est pas adopté.*)

**M. le président.** La parole est à M. Charles Sitzenstuhl, pour soutenir l'amendement n° 846 rectifié.

**M. Charles Sitzenstuhl.** Il vise à préciser que l'information est délivrée par écrit.

Cette discussion sur la causalité qui conduit à la mort me paraît fondamentale et ne doit pas être escamotée. Nous ne pouvons pas être flous sur ce point. Il faut distinguer deux causalités différentes, qui font que la sédation profonde et continue d'une part, l'euthanasie ou le suicide assisté de l'autre, sont fondamentalement opposés. C'est aussi pour cette raison qu'il n'existe pas de continuum entre les deux, comme l'a dit M. Hetzel.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Juvin.

**M. Philippe Juvin.** Je soutiens évidemment l'amendement de M. Sitzenstuhl et je réponds à M. Lauzzana : nous le répéterons jusqu'au bout, on ne peut pas comparer l'euthanasie – administration d'une substance létale – et la sédation profonde et continue – cela n'a rien à voir. En effet, elles n'ont pas le même but...

**M. Michel Lauzzana.** Si !

**M. Philippe Juvin.** Non, cher ami. Venez observer dans les hôpitaux une sédation profonde ! (*Exclamations sur quelques bancs du groupe EPR.*) Ce n'est pas le même but : d'un côté on veut soulager, de l'autre on veut donner la mort.

**Mme Marie-Noëlle Battistel.** Soulager jusqu'à la mort !

**M. Philippe Juvin.** Ce ne sont pas non plus les mêmes médicaments. Si vous utilisez des curares ou du potassium pour des sédations profondes, il faut rapidement changer vos pratiques ! (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe DR.* – *M. Sylvain Berrios applaudit également.*)

Ce ne sont donc ni les mêmes médicaments, ni le même but. Qu'on en soit encore, en 2026, à essayer d'expliquer le but de la sédation profonde et continue, après des années d'application de la loi Claeys-Leonetti, cela me jette dans un effroi abyssal. (*M. Michel Lauzzana s'exclame.*)

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Vigier.

**M. Philippe Vigier.** Vous avez raison, cher collègue Juvin, ce ne sont pas les mêmes médicaments – je n'ai jamais dit le contraire. En revanche, je réfute les propos de M. Sitzenstuhl : la sédation profonde et continue ne correspond pas à une mort naturelle. Lorsque vous arrêtez l'hydratation ou l'oxygénation, lorsque vous n'apportez plus les soins qui permettent la survie, vous entraînez la mort – il est faux de dire le contraire, je suis désolé ! (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes EPR, LFI-NFP, SOC et EcoS.*)

Une fois de plus, vous sortez les choses de leur contexte. De qui parle-t-on ? De personnes en fin de vie, dont le pronostic vital est engagé et dont la souffrance est réfractaire aux traitements – ces personnes ne supportent plus rien, elles sont au bout d'un chemin.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Oui !

**M. Philippe Vigier.** À ces personnes, vous ne faites jamais référence, dans aucune de vos interventions. (*Mme Sandrine Rousseau applaudit.*)

(*L'amendement n° 846 rectifié n'est pas adopté.*)

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements, n° 515, 848 et 667, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Hanane Mansouri, pour soutenir l'amendement n° 515.

**Mme Hanane Mansouri.** Je le retire.

**Mme Sandrine Rousseau.** C'est fort dommage ! Le débat aurait été intéressant... (*Mme Hanane Mansouri s'exclame.*)

(*L'amendement n° 515 est retiré.*)

**M. le président.** La parole est à M. Charles Sitzenstuhl, pour soutenir l'amendement n° 848.

**M. Charles Sitzenstuhl.** Il s'agit d'un amendement de repli qui vise à clarifier les termes employés par le texte.

Je reviens une dernière fois, dans le cadre de cet article 3, sur la différence entre sédation et aide à mourir. Je ne suis pas médecin ni infirmier, je n'ai pas fait d'études de médecine – et probablement n'en ferai-je jamais. Je travaille ici, comme député, sur la base des informations publiques, fournies par les autorités publiques françaises. Désolé de prendre au sérieux ce qu'écrit la Haute Autorité de santé, qui plus est dans un avis qui n'est pas si ancien, puisqu'il date de 2020. (*Mme Annie Vidal et M. Dominique Potier applaudissent.*)

Quand la Haute Autorité de santé, que vous défendez par ailleurs – je pense aux questions au gouvernement de mardi dernier –, mentionne la « sédation profonde poursuivie jusqu'au décès dû à l'évolution naturelle de la maladie » et écrit que l'euthanasie entraîne la « mort immédiate du patient », je suis conduit à affirmer, ne vous en déplaise, que dans un cas il y a une mort naturelle, due à une évolution naturelle de la maladie, et de l'autre une mort provoquée. Ce

n'est pas moi qui le dit, c'est la Haute Autorité de santé, ce sont nos hauts fonctionnaires. *(MM. Dominique Potier et Stéphane Peu applaudissent.)*

**M. le président.** L'amendement n° 667 de M. Vincent Trébuchet est défendu.

Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements ?

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Justine Gruet.

**Mme Justine Gruet.** S'agissant de la différence entre la sédation profonde et l'aide à mourir, au-delà de l'intentionnalité et des produits utilisés, les délais ne sont pas non plus les mêmes. La sédation profonde et continue correspond à un engagement du pronostic vital à court terme – quelques heures ou quelques jours. Tels que les critères sont définis, les personnes qui seront éligibles à l'aide à mourir – c'est un choix, mais il faut qu'il soit conscient et assumé – pourront avoir plusieurs jours, plusieurs semaines, voire plusieurs mois à vivre.

Le parallèle a été fait ce matin avec l'IVG. Or l'interruption volontaire de grossesse repose sur un subtil équilibre entre le droit de vie de l'enfant et le droit de la femme. C'est ce subtil équilibre qui permet de respecter le droit à la vie.

J'ai une question à propos de l'information concernant l'aide à mourir. Ne devrait-on pas la limiter aux personnes qui remplissent les critères ? Ou est-ce que toute personne qui demande une information sur l'aide à mourir pourra y avoir accès ?

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Merci à Mme Gruet pour son intervention. La question est effectivement celle de la temporalité.

Monsieur Sitzenstuhl, vous vous dites attaché aux termes. Employez donc les termes exacts qui définissent, dans la loi, la sédation profonde et continue : il s'agit d'une sédation « maintenue jusqu'au décès ». Merci de le préciser à chaque fois ! *(Mme Dieynaba Diop ainsi que MM. Guillaume Kasbarian, Jean-François Rousset et Philippe Vigier applaudissent.)*

L'enjeu est donc bien celui de la temporalité. Les malades qui demandent l'aide à mourir la demandent parce qu'ils savent qu'ils vont mourir. Ils savent que leur pronostic vital est engagé. *(Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes EPR, SOC et EcoS.)*

Si l'on va au fond des choses, le midazolam, utilisé dans la sédation profonde et continue, ne provoque pas une mort « naturelle ».

*(L'amendement n° 848 n'est pas adopté.)*

*(L'amendement n° 667 est retiré.)*

*(L'article 3 est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Hanane Mansouri.

**Mme Hanane Mansouri.** Je demande une suspension de séance, monsieur le président.

#### **Suspension et reprise de la séance**

**M. le président.** La séance est suspendue.

*(La séance, suspendue à seize heures, est reprise à seize heures dix.)*

**M. le président.** La séance est reprise.

#### **Article 4**

**M. le président.** La parole est à M. Bartolomé Lenoir.

**M. Bartolomé Lenoir.** Je crois qu'il existe un risque réel, sur ces questions, d'introduire une différence importante entre les zones rurales – souvent des déserts médicaux – et les autres. Nous évoquons souvent le corollaire de ce texte, la proposition de loi sur les soins palliatifs ; mais nous oublions d'évoquer l'accès aux soins tout court. Or ceux qui vivent dans un désert médical courent plus que les autres le risque d'un diagnostic tardif et, avec lui, celui d'être atteint d'une affection désormais incurable – ce qui fait partie des critères d'accès à l'aide à mourir mentionnés à l'article 4. Comme rien ne garantit réellement l'accès aux soins dans les zones rurales, je crains que les personnes qui y vivent soient davantage concernées que les autres par les dispositions de ce texte.

Que l'on soit pour ou contre la proposition de loi, c'est un vrai motif d'inquiétude – et un sujet sur lequel j'aimerais vous entendre. Si la cause première du caractère incurable de la maladie est un diagnostic trop tardif, il faudrait pouvoir suspendre la possibilité de recourir au dispositif d'aide à mourir prévu par ce texte. Un accès minimal aux soins devrait être un prérequis.

Je suis député de la Creuse – un cas terrible de désert médical, il n'y a plus de radiothérapie à l'hôpital de Guéret. Je ne veux pas que les habitants des zones rurales soient plus concernés que les autres par les dispositions de ce texte et qu'avec le caractère définitif de la fin de vie, ils perdent des chances d'accéder aux soins.

**M. le président.** La parole est à M. Christophe Bentz.

**M. Christophe Bentz.** Nous voulons supprimer l'article 4, comme les sénateurs l'ont fait. Cet article indique quels sont les critères d'accès au suicide assisté ou délégué. Ce ne sont cependant que les garde-fous de l'instant : ils sauteront dans les mois et les années à venir. Vous n'écoutez pas nos alertes et vous avez rejeté les centaines d'amendements que nous avons déposés depuis trois ans sur ce sujet – et lorsqu'ils sont adoptés, vous les faites revoter.

Ceux des députés du groupe Rassemblement national qui sont opposés à l'aide à mourir ont déposé une cinquantaine d'amendements à l'article. Parce que nous ne voulons pas rentrer dans l'intimité des malades et parce que nous refusons de cautionner cet article, nous allons les retirer dans leur intégralité. Le sujet est beaucoup trop grave et beaucoup trop dangereux. Nous ne voulons pas cautionner un texte que nous rejetons et qui comporte intrinsèquement toutes les dérives que nous dénonçons. *(Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes RN et UDR.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Camille Galliard-Minier.

**Mme Camille Galliard-Minier.** Comme l'a rappelé le rapporteur général Olivier Falorni, il y a parfois pire que la mort : quand la vie devient agonie, quand la vie devient un océan de souffrance que rien ne peut apaiser, quand la vie n'est plus qu'une survie hurlante sans espoir de guérison. C'est pour ces situations extrêmes – et pour elles seules – que ce nouveau droit est conçu.

L'article 4 est un des piliers du texte. Il fixe les cinq conditions cumulatives d'accès à l'aide à mourir. Il ne s'agit ni d'une ouverture générale d'un tel droit ou d'un droit automatique, mais bien de la création d'un nouveau droit, strictement encadré, issu de trois lectures parlementaires et nourri de débats approfondis, de nombreuses auditions ainsi que d'un travail transpartisan exigeant.

Ces cinq critères traduisent clairement notre volonté de prudence, de responsabilité et de protection.

Premièrement, les mineurs sont explicitement exclus du dispositif. Deuxièmement, le malade doit être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France. Troisièmement, il doit être atteint d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée ou terminale. Quatrièmement, il doit présenter une souffrance physique ou psychologique constante liée à cette affection, qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable. La souffrance psychologique devra découler d'une affection grave ou incurable, ce qui exclura les personnes seulement dépressives de l'accès au droit à mourir. Cinquièmement, la personne devra être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée et posséder toute sa capacité de discernement, tant au moment de la demande que lors de sa réitération.

Cinq conditions, comme les cinq doigts de la main. L'article consacre ainsi un modèle français de l'aide à mourir, fondé sur la rigueur juridique, l'exigence médicale, la protection des plus vulnérables et le respect scrupuleux de la volonté des patients.

**M. le président.** La parole est à M. René Pilato.

**M. René Pilato.** Je m'adresse aux collègues opposés à ce texte qui oublient, consciemment ou non, que ces cinq critères s'appliquent de façon cumulative : vous n'avez pas le droit de mentir par omission, d'extraire un critère et de broder longuement dessus. Quand vous dites que les enfants sont concernés, c'est faux ; quand vous dites que les handicapés sont concernés, c'est faux ; et quand vous dites qu'il y aura, en France, un tourisme de la mort, c'est faux. Pour la bonne tenue des débats, il faut avancer de vrais arguments.

**Mme Sandrine Dogor-Such.** Ça ne sert à rien !

**M. René Pilato.** La personne se sait condamnée et elle souffre – cela, vous ne le dites jamais. Elle souffre parce que les traitements ne font plus d'effet. Elle n'a pas envie de continuer. Il faut respecter son choix.

C'est un droit qu'on ouvre. Si vous voulez continuer de souffrir, vous avez le droit ; si vous ne voulez plus subir ces souffrances, si vous ne voulez pas agoniser, vous pouvez demander qu'on vous accompagne. Vous oubliez de dire que c'est à la demande du patient ; ce n'est, en aucune sorte, une obligation.

**M. le président.** Sur les amendements n° 9 et identiques, je suis saisi 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 Mme Pascale Got.

**Mme Pascale Got.** L'article 4 est important, car il détermine les conditions d'accès au droit de disposer de la fin de sa vie. Par leurs amendements, les opposants au texte ont choisi de le limiter à quelques cas et de rendre le dispositif quasiment inapplicable : ils ont ajouté des seuils d'âge et des verrous procéduraux, ils ont mené une bataille sémantique pour dramatiser l'acte, ils veulent imposer une obligation préalable de soins palliatifs et ils excluent la souffrance psychologique des critères.

Nous réaffirmons que la souffrance n'a pas d'âge. Multiplier les verrous, ce n'est pas protéger les personnes, mais les priver de la liberté de choisir leur fin de vie. Chers collègues, derrière chacun de vos amendements contre cet article, il y a des patients qui perdent l'espoir de mourir dignement. Vos stratégies d'empêchement ne sont pas à la hauteur de la gravité du sujet et de l'attente d'une grande majorité de Français. Non, ce texte ne banalise pas la mort : il encadre des situations extrêmes, dans le respect de la dignité et du futur droit.

**M. le président.** La parole est à Mme Justine Gruet.

**Mme Justine Gruet.** Il est ici question de la réponse collective que nous apportons à la demande de mort. Vous évoquez les cinq doigts de la main : je préfère une main tendue à l'accompagnement plutôt qu'à l'injection d'une substance létale. (*Exclamations sur quelques bancs des groupes EPR et LFI-NFP.*)

Les articles 2 et 3 actent le principe de l'aide à mourir. L'article 4 définit les critères et les modalités d'accès. Il évoluera avec le temps, comme dans tous les pays où l'euthanasie a été légalisée.

Vous dites que ces critères sont stricts. Le troisième me semble très subjectif : pour accéder à l'aide à mourir, la personne doit « être atteinte d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée, caractérisé par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie, ou en phase terminale ». On aurait pu ajouter encore bien des mots, mais rien dans cette définition n'est suffisamment objectif pour que ce ne soit pas à la libre appréciation du professionnel de santé et du collègue.

Le quatrième critère est celui de la souffrance, mais elle est nécessairement subjective. Le cinquième critère, « être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée », doit-il être laissé à l'appréciation du médecin ?

**M. Philippe Vigier.** De qui d'autre ?

**Mme Justine Gruet.** N'appartient-il pas plutôt à un juge de l'évaluer, en tenant compte des pressions sociales, familiales et financières qui peuvent s'exercer ?

Plus les critères seront subjectifs et larges, plus il y aura de personnes éligibles. L'objectif de nos débats sera bien d'établir combien de personnes seront éligibles, selon ces critères, à l'instant T.

**M. le président.** La parole est à Mme Sandrine Rousseau.

**Mme Sandrine Rousseau.** Nous abordons l'un des articles importants de ce texte, puisqu'il s'agit de définir les critères autorisant à demander l'aide à mourir. Cinq critères qui ne sont pas alternatifs, mais cumulatifs – tous, les uns après les autres, devront être remplis. Cela exclut de nombreuses situations, comme celle de Vincent Humbert, qui se trouvait dans un coma irréversible après un accident, des personnes touchées par une maladie dégénérative empêchant de s'assurer de leur pleine conscience ou encore des personnes dont les souffrances sont telles qu'elles prennent des médicaments susceptibles d'altérer leur conscience.

Vous affirmez que ces critères ne sont que des barrières de paille, qu'ils sont susceptibles de sauter les uns après les autres.

**M. Julien Odoul.** Tout à fait !

**Mme Sandrine Rousseau.** Cependant, les critères de la loi sur l'IVG n'ont pas changé.

**M. Philippe Gosselin.** Si, justement !

**Mme Sandrine Rousseau.** La seule évolution jamais envisagée – allonger de deux semaines le délai – l'a été pendant le confinement lié au covid, c'est-à-dire dans une situation extrêmement particulière.

**M. Philippe Gosselin.** Ce n'est pas vrai !

**Mme Sandrine Rousseau.** Pas un critère de la loi Kouchner ou de la loi Claeys-Leonetti n'a été modifié depuis leur promulgation.

**M. Philippe Gosselin.** Si, d'après les propos tenus ce matin par le rapporteur général !

**Mme Sandrine Rousseau.** Bien sûr, un parlement pourra toujours à l'avenir se saisir à nouveau de ces dispositions mais rien, dans l'histoire de ces lois importantes pour la santé, ne vient avaliser la crainte que vous agitez, celle d'une évolution des critères. (*Applaudissements sur les bancs du groupe EcoS.*)

**M. le président.** La parole est à M. Sylvain Berrios.

**M. Sylvain Berrios.** M. Vigier, M. Juvin ou M. Sitzstuhl ont établi un parallèle entre la sédation profonde et continue, jusqu'au décès, et le principe d'euthanasie au cœur de nos débats. Scinder le texte est en soi un problème puisqu'il faut revenir au texte sur les soins palliatifs pour expliquer le bon sens de l'euthanasie.

En quoi les critères définis par la loi Claeys-Leonetti diffèrent-ils de ceux que vous établissez ici ? Ne faut-il pas que la personne soit atteinte d'une affection grave et irréversible ? que le pronostic vital soit engagé à court terme ? que la souffrance soit réfractaire aux traitements ? que la volonté ait été manifestée de façon claire, dans les directives anticipées ? Au fond, ce que vous demandez n'est-il pas déjà satisfait par la loi Claeys-Leonetti ?

**Mme Ségolène Amiot.** Ce sont les mêmes critères, pas les mêmes conséquences !

**M. Sylvain Berrios.** En effet, ce n'est pas une question de critères ! La vraie question, c'est qu'on puisse donner la mort immédiatement. L'Assemblée nationale, la société française s'octroient le droit de donner la mort.

**M. René Pilato.** À la demande du patient !

**M. Sylvain Berrios.** À la demande des patients, lorsqu'ils souffrent de façon irrémédiable, il existe la sédation profonde et continue jusqu'au décès. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe DR. – Protestations sur plusieurs bancs du groupe LFI-NFP.*)

**Mme Élise Leboucher,** rapporteure de la commission des affaires sociales. Ils ont le droit de ne pas le vouloir !

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Vigier.

**M. Philippe Vigier.** Je ne laisserai jamais dire que nous travaillons sur une loi expéditive. Nous menons ce débat depuis plusieurs années déjà – certains n'étaient pas encore présents – et nous avons reculé sur certains textes.

La commission a soupesé chaque mot des conditions d'accès cumulatives. Rappelez-vous des discussions sur le « moyen terme » ; l'expression a été évacuée car elle ne correspondait pas à la situation. La situation, c'est celle de ces personnes atteintes de sclérose latérale amyotrophique – la maladie de Charcot – et d'autres maladies, dont l'espérance de vie ne dépassait pas huit ans, qui ont essayé toutes les souffrances, éprouvé tous les traitements, mais sont lucides et en capacité de dire « je demande ».

Ce n'est pas l'Assemblée nationale, cher collègue, qui tue ! C'est le patient, arrivé au bout d'un chemin, qui demande l'aide à mourir.

**M. Charles Fournier.** Il a raison.

**M. Philippe Vigier.** Qui ici peut oser se mettre à la place de celui qui vit ce drame depuis des années et se trouve dans un état d'épuisement complet ?

L'article permet un encadrement rigoureux de l'aide à mourir. Cher collègue Hetzel qui réclamez de la rigueur, ne le supprimez pas !

**M. le président.** Je suis saisi de six amendements identiques, n<sup>os</sup> 9, 494, 849, 857, 880 et 1812, tendant à supprimer l'article 4.

La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 9.

**M. Patrick Hetzel.** D'abord, le texte prévoyait qu'une souffrance psychologique seule ne pouvait ouvrir droit à l'aide à mourir. Le fait même que cette mention ait été supprimée en commission pose question.

Ensuite, le texte est souvent présenté comme susceptible de s'appliquer à des situations exceptionnelles et isolées. Or en employant dans l'article les mots « quelle qu'en soit la cause », le législateur ne définit pas précisément le champ d'application de la loi.

Troisième élément, la Haute Autorité de santé, saisie par le gouvernement, a avoué son incapacité à déterminer le pronostic vital à moyen terme. Cette absence de définition introduit une insécurité juridique pour les professionnels de santé, mais aussi pour les familles et les aidants ; elle est source de contentieux.

Ma quatrième réserve concerne la rédaction, qui excède la fin de vie et se révèle inadaptée à la réalité médicale. Le diabète est par exemple une maladie grave, incurable, qui peut atteindre une phase avancée, avec laquelle on peut pourtant vivre pendant des années. (*Exclamations sur plusieurs bancs des groupes EPR et LFI-NFP.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Hanane Mansouri, pour soutenir l'amendement n° 494.

**Mme Hanane Mansouri.** Ces cinq critères sont certes cumulatifs, mais loin d'être suffisants et cadrés. Concernant le premier, être majeur, je ne comprends pas la logique de ceux qui portent le texte : si l'aide à mourir vise à répondre à une souffrance, qu'est-ce qui vous permet de dire qu'un enfant de 9 ans atteint d'un cancer et qui souffrirait ne pourrait pas y avoir accès ? Je ne veux pas cependant vous donner de mauvaises idées.

Le deuxième critère est d'être français ou résident français. Or l'aide médicale de l'État (AME) est ouverte à tous les étrangers : ils ont donc accès à nos soins, mais pas à ce droit formidable que vous créez...

Troisième point, la souffrance physique ou psychologique – j'insiste sur « ou psychologique » : qui ne connaît pas la souffrance psychologique, par exemple à l'annonce d'un cancer ?

**M. le président.** Merci de bien vouloir conclure.

**Mme Hanane Mansouri.** Je poursuivrai plus tard.

**M. le président.** La parole est à M. Charles Sitzenstuhl, pour soutenir l'amendement n° 849.

**M. Charles Sitzenstuhl.** Il s'agit également d'un amendement de suppression. Pour marquer mon opposition, je reviendrai sur la notion de pronostic vital, en phase avancée, qui est problématique.

Je rejoins Philippe Vigier : dans son avis du 30 avril 2025, la Haute Autorité de santé avait identifié deux difficultés, et nous avons effectivement évacué le problème du moyen terme. Mais la HAS avait également souligné la difficulté de définir la phase avancée. Pendant les débats de 2025, le gouvernement avait réalisé une pirouette : reconnaître que la notion est problématique, puis faire semblant de la définir. Or c'est bien la notion elle-même qui pose un problème. La HAS l'a rappelé, il n'existe aucun consensus scientifique sur un critère temporel. Elle insiste : aucun pays européen n'a retenu un tel critère et cette notion est fortement subjective. Nous allons ouvrir une brèche à contentieux dans les années à venir. (*Mme Justine Gruet applaudit.*)

**M. le président.** La parole est à M. Vincent Trébuchet, pour soutenir l'amendement n° 857.

**M. Vincent Trébuchet.** Alors que nous abordons les critères d'éligibilité, je souhaite m'adresser aux députés qui pensent sincèrement pouvoir trouver un équilibre : il est évident que l'intention de ceux qui sont à l'origine de ce texte est de faire évoluer ces critères d'année en année.

L'initiateur de cette démarche dans notre assemblée, c'est Jean-Louis Touraine...

**Mme Christine Pirès Beaune.** Très bon député !

**M. Vincent Trébuchet.** ...dont vous êtes, monsieur Falorni, en quelque sorte, l'héritier. En 2024, il estimait qu'il fallait obtenir le plus possible dans la première loi et, une fois le pied dans la porte, revenir chaque année pour étendre le champ d'application aux mineurs, aux personnes souffrant de maladies psychiatriques, et au-delà. Il parlait d'un combat permanent, et important.

**M. Philippe Gosselin.** Eh oui !

**M. Vincent Trébuchet.** Ne croyez donc pas, chers collègues, que ces critères ne bougeront pas : autoriser le suicide assisté et l'euthanasie sous réserve du respect de certains critères, c'est déjà les autoriser pour tous. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes UDR et RN. – Exclamations sur quelques bancs du groupe EPR.*)

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Ballard, pour soutenir l'amendement n° 880.

**M. Philippe Ballard.** Comme le disait Christophe Bentz, il ne faut pas être grand clerc pour comprendre que tous ces critères sauteront. Des textes similaires existent ailleurs. On cite toujours les Pays-Bas ; or, vingt ans après, l'auteur du texte regrette amèrement de l'avoir défendu. (*Mme Mathilde Feld et M. Andy Kerbrat s'exclament.*)

Il ne faut pas non plus être grand clerc pour comprendre que la jurisprudence se développera – le Conseil constitutionnel s'en mêlera.

Quand on parle de souffrance psychologique, soyons concrets. Nous avons tous de la compassion pour ceux qui souffrent, mais comment la mesurer ? Quel est le point de départ ? Tous ces critères sont subjectifs et imprécis. Et lorsqu'on donne la mort, l'imprécision n'est plus permise. C'est pourquoi nous souhaitons la suppression de l'article. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RN.*)

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Potier, pour soutenir l'amendement n° 1812.

**M. Dominique Potier.** Si ce texte est progressiste, je suis fier d'être conservateur. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes DR et HOR. – Mmes Blandine Brocard et Annie Vidal applaudissent également.*) Je suis fier de conserver ce qui fut l'une des plus grandes avancées de l'humanité, réaffirmée au fil des millénaires et culminant avec l'abolition de la peine de mort. Cette protection est fondamentale, et fondatrice de l'ensemble du droit, qui nous réunit tous. La franchir ouvre la voie à des dérives que nous voulons empêcher ou, au minimum, encadrer. Dire non sur le principe, sur le plan anthropologique, puis poser des limites : voilà notre rôle.

Les verrous n'empêchent pas seulement – ils protègent. Ils protègent les plus fragiles d'un environnement intime parfois hostile, mortifère ; ils protègent aussi contre la perspective d'un État totalitaire, post-humaniste ou anti-humaniste, qui n'est plus seulement de la science-fiction, mais peut advenir en Occident. Ces verrous sont faits pour la vie. (*Mme Blandine Brocard et M. Stéphane Peu applaudissent.*)

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Il y a beaucoup d'amendements, et j'ai entendu beaucoup d'arguments, mais je serai bref.

Monsieur Sitzenstuhl, contrairement à ce que vous affirmez, ce n'est pas le gouvernement qui a défini la notion de phase avancée, c'est la Haute Autorité de santé.

**M. Charles Sitzenstuhl.** Mais elle dit que la notion est problématique !

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Elle ne peut donc pas dire que la notion est problématique à définir puisqu'elle l'a définie.

**M. Charles Sitzenstuhl.** Mais elle a affirmé que la notion était problématique !

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Nous avons repris sa définition, à la virgule près, dans la loi.

Je ne reviens pas sur les critères, qui sont cumulatifs – je le redis en français, mais je pourrais le dire dans toutes les langues.

Concernant les souffrances évoquées par M. Hetzel, si, en commission, nous avons supprimé la phrase « Une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir », c'est uniquement par cohérence rédactionnelle.

**M. Thibault Bazin.** Cohérence avec vous-mêmes !

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je l'ai dit et le répète, une souffrance psychologique seule ne peut pas ouvrir ce droit. C'est une évidence, puisque les critères sont cumulatifs.

**M. Thibault Bazin.** Oui, parce qu'il faut avoir 18 ans !

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** En revanche, nous avons refusé d'établir une hiérarchie entre souffrances physiques et psychologiques liées à une affection – nous ne considérons pas qu'une souffrance psychologique ne compte pas.

Monsieur Trébuchet, je ne suis l'héritier de personne, sinon de mon père. La première proposition de loi date de 1978, et elle était défendue par Henri Caillaud, sénateur, rapporteur de la loi autorisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG), pas par M. Touraine – que je salue amicalement –, qui n'était alors pas député.

**M. Philippe Vigier.** Absolument ! C'était il y a belle lurette !

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Et je ne remonterai pas jusqu'à Sénèque.

Contrairement à ce que vous avez sous-entendu, je n'ai jamais parlé de porte ouverte ou de volonté d'aller plus loin.

**M. Philippe Gosselin.** Et ce matin ? Mme Rousseau a même regretté vos propos !

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Ce sont des procès d'intention.

**M. Philippe Gosselin.** C'est bien vous qui avez parlé du tout ou rien !

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Monsieur Gosselin, vous pouvez me faire tous les procès d'intention que vous souhaitez mais cela n'a rien à voir.

**M. Philippe Gosselin.** Vous pouvez regretter vos propos, tout de même !

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je ne regrette absolument pas mes propos ! Le tout, c'est le texte dont nous débattons actuellement, monsieur Gosselin. On peut me faire des procès d'intention à l'infini, mais appuyez-vous sur les propos que je tiens, et non sur ceux que vous imaginez que je pourrais – ou que vous espériez que j'allais – tenir.

**M. Philippe Gosselin.** Mme Rousseau regrettait tout de même vos propos de ce matin !

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Il peut m'arriver, comme à nous tous dans les débats sociétaux, de regretter certains propos mais, en l'espèce, ce n'est pas le cas.

Enfin, monsieur Ballard, vous parlez de porte ouverte mais, dans le programme présidentiel de votre parti, proposerez-vous l'abrogation de cette loi ? Allez-vous fermer la porte ?

**Mme Hanane Mansouri et M. Philippe Gosselin.** Le texte n'est pas encore adopté !

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Pouvez-vous le dire ici, maintenant ? (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes EPR, SOC et EcoS. – Protestations sur les bancs du groupe RN.*)

Avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Je souhaite revenir sur deux points : s'agissant de la définition de la phase avancée, la HAS rappelle que dans « le contexte d'une maladie incurable, [...] la notion de "phase avancée" n'est pas une donnée purement temporelle, en ce sens qu'elle ne renvoie pas à l'échéance du décès mais à la nature de la prise en charge qu'appelle l'histoire d'une maladie, et donc au parcours singulier de la personne malade ». Elle la définit comme « l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie ». Cette définition, reprise dans le texte, permet d'éviter des contentieux. Un début d'insuffisance rénale terminale, par exemple, n'entre pas dans ce cadre, comme certains avaient pu s'en inquiéter.

**M. Philippe Juvin.** Formidable !

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Je ne reviens pas sur les critères, cumulatifs.

En ce qui concerne les souffrances psychologiques, vous avez raison, le texte a été modifié. Nous allons en débattre, les amendements n° 977 et identiques, auxquels je suis favorable, visant à éviter que la souffrance psychologique seule soit un critère. Il devra y avoir souffrance physique et psychologique.

Il n'est donc pas nécessaire d'adopter vos amendements de suppression. Avis défavorable.

#### **Rappel au règlement**

**M. le président.** La parole est à Mme Justine Gruet, pour un rappel au règlement.

**Mme Justine Gruet.** Au titre de l'article 100 concernant la discussion des amendements, je remercie la ministre de revenir sur le fond. Ne faisons pas de politique-fiction : le Rassemblement national n'a pas encore gagné en 2027, le texte n'est pas encore voté, ni la loi promulguée, monsieur le rapporteur général.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** On me prête des intentions, je réponds !

**Mme Justine Gruet.** Concentrons-nous sur l'article 4 – nous avons assez de travail devant nous. (*Applaudissements sur les bancs du groupe DR.*)

#### **Article 4 (suite)**

**M. le président.** Je prendrai deux orateurs pour et deux contre.

La parole est à Mme Annie Vidal.

**Mme Annie Vidal.** Sur la forme, je rappelle que nous entamons un débat essentiel – celui sur les critères d'accès à l'aide à mourir, qui résultent de la définition du droit à l'aide à mourir issue de l'article 2. Cet article, déjà modifié, doit faire l'objet d'une seconde délibération. La méthode ne me semble ni correcte ni équilibrée.

Sur le fond, les affections graves et incurables, en phase avancée, recouvrent potentiellement toutes les affections de longue durée (ALD) en phase avancée – je ne suis pas médecin mais ce sont des médecins qui le disent.

Le fait que le pronostic vital soit engagé n'est synonyme d'aucune temporalité – il l'est dès la naissance.

C'est la notion qui remplace le court terme. La notion de phase avancée remplacerait alors le moyen terme, mais elle est très difficile à définir, comme la HAS l'explique longuement, avant de proposer une définition.

Quant aux souffrances psychologiques, tout le monde s'accorde à dire qu'elles ne sont pas évaluables.

**M. le président.** La parole est à M. Théo Bernhardt.

**M. Théo Bernhardt.** Monsieur Falorni, en ce qui concerne notre programme électoral, il appartiendra au peuple de trancher toutes les questions de société par référendum. C'est le peuple qui décide, je l'ai rappelé lors de la discussion générale. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN.*)

Je voterai contre les amendements de suppression parce que je suis pour ce texte, mais nous devons baliser étroitement les critères figurant à l'article 4. Ainsi, nous avons débattu en commission du fait que la souffrance psychologique ne pouvait justifier à elle seule une demande d'aide à mourir. Vous dites que c'est garanti par la loi, mais le voir inscrit noir sur blanc dans le texte nous rassurerait et nous confirmerait que ce que l'on vote ne va pas permettre à des personnes d'avoir accès à l'aide à mourir au seul motif qu'elles souffrent psychologiquement. (*M. Christophe Bentz applaudit.*)

**M. le président.** La parole est à M. Thibault Bazin.

**M. Thibault Bazin.** L'article 4 prétend fixer des conditions strictes mais ce n'est pas le cas, je le dis avec gravité. Il concerne les personnes en fin de vie mais, dès lors que leur pronostic vital n'est pas engagé à court terme et qu'on parle de phase avancée de la maladie, il n'est plus seulement question des malades à qui il ne reste que quelques heures ou quelques jours à vivre.

**M. Sébastien Peytavie.** Les critères sont cumulatifs !

**M. Thibault Bazin.** Il y a là un problème de définition. Si on inclut dans le dispositif les malades en phase avancée sans le limiter à ceux qui sont en phase terminale, on aboutit à un critère trop imprécis, qui risque d'autoriser l'euthanasie ou le suicide assisté pour des personnes souffrant d'affections de longue durée mais à qui il reste encore plusieurs années à vivre. Des personnes âgées souffrant de polyopathie pourraient elles aussi entrer, peu ou prou, dans le champ de la loi. (*Exclamations sur les bancs des groupes LFI-NFP et SOC.*)

**Mme Ségolène Amiot.** Il n'y a pas de « peu ou prou », c'est oui ou c'est non !

**M. Thibault Bazin.** Plusieurs centaines de milliers de personnes, qui ne sont pas en fin de vie, pourraient ainsi être concernées, ce qui n'est pas acceptable. Ne mentionnez pas aux Français sur ce point ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe DR. – M. Dominique Potier applaudit également.*)

**Mme Dieynaba Diop.** Vous êtes de mauvaise foi !

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** M. Potier, qui est de gauche, est contre la loi ; je suis de droite et pour la loi. Il se dit fier d'être conservateur ; je suis, moi, fière d'être progressiste si cela signifie répondre à la demande de personnes en fin de vie, dont le pronostic vital est engagé et dont les souffrances sont inacceptables ! (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes EPR et SOC.*)

Monsieur Bazin, quand vous vous référez à un article, faites-le complètement : il est écrit que la phase avancée est « caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible » – j'insiste sur ce dernier mot.

**Mme Dieynaba Diop.** Exactement !

**M. Philippe Vigier.** Très bien !

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Cela veut dire que la mort est là, et il faut avoir l'honnêteté intellectuelle de le dire ! Quant à savoir si la sédation profonde et continue jusqu'au décès est ouverte aux mêmes personnes, la réponse est non. L'avis 139 du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) spécifie bien que la sédation est ouverte aux personnes dont le pronostic vital est engagé à court terme mais pas à moyen terme, ce qui rend la loi dont nous débattons nécessaire. Avec les cinq critères cumulatifs posés, elle sera l'une des plus restrictives en matière de conditions d'accès à l'aide à mourir. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe EPR. – Mme Dieynaba Diop applaudit également.*)

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 9, 494, 849, 857, 880 et 1812.

(*Il est procédé au scrutin.*)

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	148
Nombre de suffrages exprimés .....	148
Majorité absolue .....	75
Pour l'adoption .....	60
contre .....	88

(*Les amendements identiques n<sup>os</sup> 9, 494, 849, 857, 880 et 1812 ne sont pas adoptés.*)

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n<sup>os</sup> 962 et 1296, pouvant être soumis à une discussion commune.

Sur l'amendement n<sup>o</sup> 1296, je suis saisi par le groupe Union des droites pour la République d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Philippe Ballard, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 962.

**M. Philippe Ballard.** Il est retiré.

*(L'amendement n° 962 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à M. Bartolomé Lenoir, pour soutenir l'amendement n° 1296.

**M. Bartolomé Lenoir.** Il vise à garantir que la personne qui demande l'aide active à mourir ou le suicide assisté ait pu bénéficier auparavant de soins palliatifs. Pour le dire autrement, la loi sur les soins palliatifs doit être assortie d'une obligation de résultat et non simplement d'une obligation de moyens. Or nous savons que c'est une véritable gageure dans les zones rurales et les départements où les soins palliatifs font défaut.

**M. Sébastien Peytavie.** Qu'avez-vous voté sur le droit opposable ?

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** L'ajout du critère que vous proposez risquerait d'entraver la volonté des malades qui ne souhaitent pas attendre que telle ou telle offre de soins palliatifs soit disponible sur leur territoire. Il est absolument nécessaire de respecter le principe fondamental de l'autonomie du patient, notamment son droit de refuser un traitement, même vital, tel qu'il a été reconnu par la loi Kouchner de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

En outre, il est bien prévu à l'article 5 que le médecin propose à la personne de bénéficier de soins palliatifs et s'assure, le cas échéant, qu'elle puisse y accéder. La proposition de loi sur la fin de vie est complémentaire – étanche mais complémentaire – de celle relative aux soins palliatifs. J'ajoute que, depuis maintenant deux ans, a été engagée la stratégie décennale de développement des soins palliatifs, qui implique des moyens supplémentaires. Le texte qui, j'espère, sera adopté mardi prochain, vient les sanctuariser puisque, évidemment, la loi sur les soins palliatifs et les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont étroitement liés.

Permettez-moi maintenant, monsieur Lenoir, de vous répondre, car je ne l'ai pas fait tout à l'heure, sur la question des diagnostics tardifs. Cela ne va pas vous satisfaire, mais je pense que c'est un sujet sans lien avec ce qui nous occupe.

J'ai la chance d'être élu dans une circonscription médicalement moins sous-dotée que la vôtre – que les habitants de mon territoire qui m'écoutent n'aillent cependant pas s'imaginer que je minimise les problèmes d'accès aux soins, notamment aux mammographies. Si, donc, nous sommes mieux lotis en Charente-Maritime que dans la Creuse, les diagnostics tardifs, hélas, y existent aussi. Le diagnostic tardif et l'aide à mourir ne me semblent ainsi pas nécessairement corrélés.

J'entends le message que vous lancez au sujet de la sous-dotation médicale. Il nous concerne tous et, au premier chef, le gouvernement et la ministre de la santé. Mais le problème des diagnostics tardifs, je répète, se pose partout, même si les déserts médicaux comme la Creuse y sont davantage exposés.

Mon avis sur l'amendement est défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Même avis.

**M. le président.** La parole est à M. Patrick Hetzel.

**M. Patrick Hetzel.** M. Lenoir a raison d'insister sur le fait que les soins palliatifs doivent être accessibles au malade qui demande l'aide à mourir.

Pour en revenir à la souffrance psychologique, nos interrogations proviennent du fait qu'à l'alinéa 8, il est bien question d'une souffrance « physique ou psychologique ». Or la seule souffrance psychologique ne peut être suffisante. Les psychiatres eux-mêmes alertent sur le fait que cette souffrance se traite, même si les médicaments peuvent mettre un certain temps à agir. On ne peut ignorer cette alerte.

**M. le président.** La parole est à Mme Ségolène Amiot.

**Mme Ségolène Amiot.** Je me permets de recentrer la discussion : tout cela est une histoire de domination. Pourquoi ces débats nous évoquent-ils ceux sur l'IVG, sur le mariage pour tous ou sur la peine de mort ? Parce qu'il s'agissait aussi d'une question de domination, la domination de la société qui s'oppose à la liberté de disposer de son corps, d'aimer qui l'on veut ou de refuser qu'on puisse décider de la mort d'autres individus.

Si vous voulez en appeler au débat sur la peine de mort, comme vous venez de le faire à plusieurs reprises, allez jusqu'au bout de votre idée au lieu de regarder les choses par le petit bout de la lorgnette. L'abolition de la peine de mort ne visait pas uniquement à interdire de donner la mort ; elle signifiait renoncer à décider de la mort de quelqu'un. Et c'est là où je veux en venir : ce que nous défendons, c'est l'idée qu'on ne prend pas ce genre de décisions pour les autres. Cette proposition de loi s'attache à définir des critères permettant aux individus d'avoir le libre usage de leur corps. Cessons d'exercer notre domination sur les autres ! *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe LFI-NFP.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1296.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	136
Nombre de suffrages exprimés .....	131
Majorité absolue .....	66
Pour l'adoption .....	52
contre .....	79

*(L'amendement n° 1296 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Charles Sitzenstuhl, pour soutenir l'amendement n° 850.

**M. Charles Sitzenstuhl.** Il s'agit d'un amendement de repli, dont je profite pour répondre à notre collègue Amiot que ce qu'elle dit n'est pas vrai car des médecins sont impliqués, avec le malade, dans la décision – nous y reviendrons à l'article 6, qui précise bien que la décision est prise par le médecin. Vous ne pouvez donc pas dire que c'est uniquement le malade qui décide.

**Mme Ségolène Amiot.** Mais si !

**M. Charles Sitzenstuhl.** En ce qui concerne la notion de phase avancée, vous auriez dû la supprimer car, si elle a bien été définie par la Haute Autorité de santé, celle-ci avait bien

pris soin de préciser auparavant que c'était une notion problématique qui ne recueillait aucun consensus scientifique. Aucun pays européen n'a retenu de critère temporel et, sans cette notion, votre texte aurait été plus solide.

**M. Thibault Bazin.** C'est ce que j'ai dit !

**M. Charles Sitzenstuhl.** Je pense que, si certains sont tant attachés au fait que la notion de phase avancée figure dans la loi, c'est que celle-ci n'a pas pour objectif de répondre à quelques situations particulières mais va concerner des milliers de personnes.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Avis également défavorable. La médecine n'est pas une science exacte, et il est donc totalement impossible d'indiquer dans la loi le moment précis où l'aide à mourir peut intervenir. Il ne faut pas être hypocrite, et je vous rejoins sur le fait qu'il s'agit d'une décision médicale ; mais c'est aussi une décision collégiale. Le collège de médecins examinera au cas par cas les demandes, pour apprécier, en fonction de ce qu'a défini la HAS et qui figure dans le texte, si, oui ou non, le moment est venu. Nous devons faire confiance aux médecins, dont je rappelle que tous ne sont pas appelés à prendre de telles décisions puisqu'il existe une clause de conscience.

**M. le président.** La parole est à Mme Justine Gruet.

**Mme Justine Gruet.** Nous devons avoir le courage de poser un cadre clair, faute de quoi nous ferons porter aux médecins le poids de devoir faire un tri entre les souffrances. En outre, le délit d'entrave, inscrit à l'article 17, les soumet à une pression forte et déséquilibre gravement la relation entre thérapeute et patient. Certes, la demande du patient sera examinée à l'aune des critères qui figurent dans la loi, mais ceux-ci ne sont ni suffisamment clairs ni suffisamment protecteurs pour les médecins. Il appartient au législateur d'assumer ses responsabilités et d'assurer les médecins dans leurs choix.

Selon Mme Rousseau, les critères ne sont pas alternatifs. Pourtant, à deux reprises dans cet article, il est question de phase avancée « ou » terminale, d'une souffrance physique « ou » psychologique.

Dans la mesure, en outre, où il n'y aura pas de contrôle *a priori* de la légalité des critères, le choix d'accorder l'aide à mourir demeurera très subjectif et, comme je le disais, c'est aux médecins que reviendra la responsabilité de faire le tri entre les souffrances.

Enfin, les cinq critères ont beau être cumulatifs, il va bien falloir qu'on les évalue séparément les uns des autres pour examiner dans quelle mesure ils sont objectivement satisfaits.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-François Rousset.

**M. Jean-François Rousset.** Je reviens sur les souffrances psychologiques. Tout d'abord, il faut faire confiance au médecin chargé d'évaluer le dossier, qui pourra demander son avis à un psychiatre ou à un psychologue. C'est une première garantie. Ensuite, les psychiatres disent qu'il faut attendre un certain temps avant que les médicaments prescrits fassent effet – c'est le cas, par exemple, des antidépresseurs comme le Prozac –, mais beaucoup d'études

montrent qu'une crise suicidaire peut se déclencher quand ces médicaments deviennent efficaces, au bout de trois semaines, et que certains suicides sont induits par les antidépresseurs. Laissons aux spécialistes leurs compétences, demandons leur avis, mais surtout ne nous substituons pas à eux.

*(L'amendement n° 850 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de plusieurs amendements, n°s 190, 314, 66, 90, 516, 669, 1751, 315, 447, 541, 975 et 1652, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 66, 90, 516, 669 et 1751, d'une part, n°s 447, 541, 975 et 1652, d'autre part, sont identiques.

La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such, pour soutenir l'amendement n° 190.

**Mme Sandrine Dogor-Such.** Si les lois de 1999, 2005 et 2016 avaient été appliquées, on aurait eu un texte sur la fin de la vie et pas sur la fin de vie.

**M. Sébastien Peytavie.** C'est faux !

**Mme Sandrine Dogor-Such.** Les députés auraient alors voté en conscience. Ce qui est gravissime, c'est que la loi sur l'aide à mourir – donc l'euthanasie ou le suicide assisté – sera immédiatement effective, alors que les soins palliatifs ne seront accessibles sur tout le territoire que dans dix ans. Les Français attendent des semaines pour voir un médecin, plus d'un an pour voir un spécialiste.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Eh oui !

**Mme Sandrine Dogor-Such.** Vous l'avez dit, monsieur le rapporteur général, le délai pour faire une mammographie de dépistage du cancer du sein est de plus d'un an. Cela signifie que les souffrances vont arriver très vite.

**M. Thibault Bazin.** C'est important !

**Mme Sandrine Dogor-Such.** Nous ne voulons pas cautionner ce texte mortifère. Je retire mon amendement.

*(L'amendement n° 190 est retiré.)*

**M. le président.** Sur les amendements n° 66 et identiques, je suis saisi par le groupe Union des droites pour la République d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Philippe Juvin, pour soutenir l'amendement n° 314.

**M. Philippe Juvin.** Madame la ministre, j'ai une question sur les fameux critères. Prenons l'exemple d'une cirrhose. Est-ce une affection grave et incurable ? Engage-t-elle le pronostic vital ? Est-elle dans une phase avancée ? Le processus est-il irréversible ? L'état de santé du patient peut-il s'aggraver ? Cela affecte-t-il sa qualité de la vie ? Il me semble qu'une cirrhose répond à tous ces critères. Avec une maladie telle que celle-ci – grave, incurable, qui engage le pronostic vital, qui est en phase avancée, dont le processus est irréversible et qui affecte la qualité de la vie –, peut-on vivre des années ?

**Mme Sandrine Rousseau.** Il a oublié les souffrances réfractaires !

**M. le président.** L'amendement n° 66 de M. Fabien Di Filippo est défendu.

La parole est à M. Coentin Le Fur, pour soutenir l'amendement n° 90.

**M. Coentin Le Fur.** Contrairement à mon collègue Juvin, je ne suis pas médecin. D'ailleurs, j'ai l'impression qu'on ne réussira pas à réconcilier le docteur Lauzzana et le docteur Juvin. C'est peut-être la force de la médecine : parfois, il y a autant de médecins que d'avis médicaux. Sans être médecin, en tant que citoyen humaniste, je m'interroge sur ce vertige et sur cette propension à légiférer aussi vite sur des sujets aussi majeurs. La loi Claeys-Leonetti, fruit d'un travail remarquable, a été adoptée à la quasi-unanimité ; quelques années après seulement, elle est déjà remise en cause par une partie de cet hémicycle. C'est la même chose pour ce texte : dès que vous créez un droit, même si vous l'encadrez avec des critères, ce droit nouveau est réclamé par d'autres personnes si bien qu'il faudra faire évoluer les critères, qu'on le veuille ou non. Je vous mets en garde sur le risque que représente ce texte.

**M. le président.** La parole est à Mme Hanane Mansouri, pour soutenir l'amendement n° 516.

**Mme Hanane Mansouri.** Monsieur le rapporteur général, vous avez dit quelque chose qui me brise le cœur. Vous avez avoué que l'accès à l'euthanasie était indispensable parce que tous les Français n'ont pas accès aux soins palliatifs dans leur département.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je n'ai pas dit cela !

**Mme Hanane Mansouri.** Si, c'est ce que vous avez dit. Vous avez expliqué que tout le monde ne pouvait pas bénéficier de soins palliatifs contre la douleur. Vous assumez que l'euthanasie et le suicide assisté ne sont pas une alternative ou un choix, mais qu'ils seront prioritaires par rapport à l'accès aux soins palliatifs.

Je voulais également revenir sur le critère d'affection grave et incurable. Pour compléter les explications données par mes collègues sur le problème qu'il pose, voici quelques exemples de maladies qui entrent dans le champ de ce critère : le sida, certains diabètes ou l'endométriose, autant de maladies incurables...

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Mais non !

**Mme Hanane Mansouri.** ...qui peuvent être en phase avancée, alors que beaucoup de Français en sont atteints et parviennent à vivre avec.

**Mme Dieynaba Diop.** Ça n'a rien à voir ! Le sida n'entre pas dans ces critères !

**M. le président.** La parole est à M. Vincent Trébuchet, pour soutenir l'amendement n° 669.

**M. Vincent Trébuchet.** Je m'inscris en faux contre les propos de la collègue Insoumise qui dit que ce texte luttera contre une forme de domination. La majorité des médecins qui se sont engagés dans les soins palliatifs, il y a une vingtaine ou une trentaine d'années, disent précisément qu'ils l'ont fait pour lutter contre l'hégémonie du pouvoir médical. Ils témoignent du fait que, dans les services où ils étaient jeunes internes, notamment en oncologie, l'euthanasie était monnaie courante et que l'arrivée des soins palliatifs avait mis quasiment fin à ces pratiques caduques. Ils s'opposent à présent à cette proposition de loi parce qu'ils

voient un retour du pouvoir médical. Quels que soient les critères que vous poserez, des pressions sociales seront exercées sur les personnes les plus fragiles et le médecin finira par devoir opérer une sorte de tri. Ce texte signe bien le retour du pouvoir médical.

**Mme Ségolène Amiot.** Les soins palliatifs ne vont pas disparaître !

**Mme Dieynaba Diop.** C'est une décision collégiale !

**M. le président.** Je suis saisi de l'amendement n° 1751 de M. Alexandre Allegret-Pilot.

*(L'amendement n° 1751 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Justine Gruet, pour soutenir l'amendement n° 315.

**Mme Justine Gruet.** Je le retire.

*(L'amendement n° 315 est retiré.)*

**M. le président.** Retirez-vous également l'amendement n° 447 ?

**Mme Justine Gruet.** Oui.

*(L'amendement n° 447 est retiré.)*

**M. le président.** L'amendement n° 541 de Mme Hanane Mansouri est défendu.

La parole est à Mme Annie Vidal, pour soutenir l'amendement n° 975.

**Mme Annie Vidal.** Il porte sur les critères de l'aide active à mourir. Bien qu'ils soient cumulatifs, chacun d'entre eux comporte des alternatives qui peuvent rendre éligibles des personnes éloignées du terme de leur vie. Je voudrais vous parler de Louis, qui est éligible. C'est un jeune homme d'une trentaine d'années, atteint d'une myopathie de Duchenne. Il suit nos débats et il a suivi toutes les évolutions qui ont eu lieu dans les pays étrangers. Il nous dit : « Cette loi va me pousser à me lever chaque matin en me demandant si je ne suis pas mieux mort que vivant. C'est pour moi une violence que je ne peux pas accepter. Ce n'est pas une loi de liberté. » *(Applaudissements sur les bancs des groupes RN, DR et UDR.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1652 de M. Thomas Ménagé est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Ce sont des amendements sémantiques sur des questions que nous avons vues et revues – d'ailleurs, plusieurs collègues les ont défendus sans les défendre ; je ne reviendrai donc pas dessus.

Je voudrais dire à M. Le Fur qu'on ne peut vraiment pas qualifier le processus législatif sur la fin de vie de précipité. On peut être d'accord ou pas d'accord, mais je me souviens de débats anciens – et pourtant je ne suis pas un ancêtre. Nous avons ces débats depuis très longtemps.

**M. Philippe Vigier.** Très bien !

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Par ailleurs, nous procédons en réalité à une troisième lecture : la première a eu lieu en 2024, la « seconde première » en 2025, puis cette deuxième qui est en fait une troisième lecture à présent. Comment peut-on, dès lors, parler de précipitation ?

D'ailleurs, parmi les amendements déposés, très peu sont nouveaux par rapport à ceux qui ont été examinés en première lecture.

**M. Philippe Gosselin.** J'en ai déposé des nouveaux qui ont été déclarés irrecevables !

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je ne suis pas responsable de la recevabilité des amendements, monsieur Gosselin, mais je vous le concède.

**M. Philippe Gosselin.** Vous n'êtes pas mis en accusation !

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Les amendements déposés en deuxième lecture sont identiques à ceux déposés lors de la première. Ce n'est pas une critique car je comprends que des parlementaires veuillent convaincre en reprenant leurs arguments, et il est normal d'en reparler. En revanche, si je comptais le nombre d'heures que j'ai passées sur les débats sémantiques, cela stupéfierait les Français qui ne les ont peut-être pas suivis aussi longuement que nous. En tout état de cause, le texte n'est vraiment pas examiné à la va-vite.

Avis défavorable sur tous les amendements en discussion commune.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** À propos de la crainte d'un éventuel retour du pouvoir médical, je rappelle que c'est une procédure collégiale et non la décision d'un médecin seul. C'est donc un peu différent d'un pouvoir médical direct où le médecin entrerait dans la chambre et dirait : Tenez, vous voulez l'aide à mourir, on vous la donne. Il ne faut pas caricaturer.

Par ailleurs, monsieur Juvin – mais d'autres intervenants sont également concernés –, je ne crois pas que nous devions passer le débat à citer des maladies. Si des gens qui en sont atteints nous regardent, ces propos peuvent susciter leurs craintes alors que certaines maladies citées ne sont pas considérées comme incurables à notre époque et que chaque malade est différent. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes EPR et SOC.*) Si vous prenez deux malades souffrant de la même affection, vous savez très bien que leur espérance de vie diffère car elle dépend aussi des comorbidités. Je trouve choquant de débattre en employant des noms de maladies qui sont ainsi stigmatisées.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Tout à fait !

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Chaque malade, même s'il est atteint de la même maladie qu'un autre, est un cas à part. Avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Corentin Le Fur.

**M. Corentin Le Fur.** Je salue la qualité des débats, respectueux et intéressants, et je reconnais qu'ils sont anciens. Je regrette cependant, alors que la belle proposition de loi sur les soins palliatifs que nous venons de voter...

**Une députée LFI-NFP.** Elle n'est pas encore votée !

**M. Corentin Le Fur.** ...n'est pas encore mise en application, que nous légiférons déjà pour aller plus loin. La loi Claeys-Leonetti a été adoptée il y a moins de dix ans. Il me semble que nous ne sommes pas encore prêts pour ce saut, mais c'est un avis personnel et je vois bien qu'il n'est pas majoritaire

dans cet hémicycle. Cependant, comme le dirait Cyrano, « on ne se bat pas dans l'espoir du succès », « c'est bien plus beau lorsque c'est inutile ».

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Vigier.

**M. Philippe Vigier.** Tout d'abord, monsieur Le Fur, votre prédécesseur était très actif sur le sujet : je me souviens qu'il était signataire des 2 000 amendements qui avaient été déposés. Je n'imagine pas une seconde qu'il n'y ait pas eu de transmission et de sensibilisation sur ce texte. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe EPR.*)

Ensuite, reconnaissez au moins que nous avons mis les mots sur les choses. Vous dites qu'on ne parle pas de la mort, monsieur Bazin, mais qu'est-ce qu'une substance létale ? C'est une substance qui donne la mort.

Enfin, vous avez dit, monsieur Bazin, que des centaines de milliers de personnes pourraient être concernées chaque année, or il y a eu 630 000 morts en France l'année dernière. Ce chiffre est donc totalement décalé par rapport à la vérité.

Enfin, s'agissant des cirrhoses, sur lesquelles vous nous avez interrogés, cher collègue Juvin, entre une cirrhose débutante et une cirrhose totalement décompensée, avec toutes les conséquences et complications qui peuvent survenir, nous ne sommes pas du tout dans les mêmes cas de figure. Ne dites pas qu'on proposera l'euthanasie pour une cirrhose ! Ce raccourci injuste ne retrace pas votre expérience de médecin et de soignant. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LFI-NFP. – Mme Agnès Pannier-Runacher et M. Charles Fournier applaudissent également.*)

(*L'amendement n° 314 n'est pas adopté.*)

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n°s 66, 90, 516 et 669.

(*Il est procédé au scrutin.*)

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	132
Nombre de suffrages exprimés .....	132
Majorité absolue .....	67
Pour l'adoption .....	59
contre .....	73

(*Les amendements identiques n°s 66, 90, 516 et 669 ne sont pas adoptés.*)

(*Les amendements identiques n°s 541, 975 et 1652 ne sont pas adoptés.*)

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 465 et 913.

La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 465.

**M. Patrick Hetzel.** Cet amendement particulièrement intéressant de notre collègue Josiane Corneloup précise que, pour que le consentement de la personne soit libre et éclairé, nous devons être certains qu'en amont du recours au suicide assisté ou à l'euthanasie, l'accès aux traitements adaptés et aux soins palliatifs a été effectivement garanti à la personne, comme l'a dit notre collègue Le Fur. C'est

exactement le débat que nous avons eu lors de l'examen du texte précédent. Ensuite, c'est au patient de décider – sa liberté est totale.

**M. le président.** L'amendement n° 913 de Mme Anne-Laure Blin est défendu.

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

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Nous en avons déjà parlé, donc je ferai la même réponse que précédemment : l'ajout de ce critère risquerait d'entraver la volonté des malades qui ne souhaitent pas attendre que telle ou telle offre de soins soit disponible sur leur territoire. Il est nécessaire de respecter le principe de l'autonomie du patient, conformément à la loi Kouchner de 2002.

Certains ont tendance à opposer un peu trop facilement à mon goût les soins palliatifs et l'aide à mourir, et à considérer que les gens auront recours à l'aide à mourir parce qu'il n'y a pas suffisamment de soins palliatifs sur leur territoire.

**M. Dominique Potier.** Exactement !

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Ce constat est valable à l'échelle du territoire français, je suis d'accord – nous en avons parlé longuement. Mais dans certains territoires, en particulier dans mon département, le Nord, la dotation en soins palliatifs est supérieure à la moyenne, voire suffisante. Il n'empêche que, régulièrement, des citoyens nordistes vont demander l'aide à mourir en Belgique. Ainsi, il ne faut pas opposer ces deux possibilités.

Avis défavorable sur les amendements.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Je comprends vos questionnements. Nous avons beaucoup échangé ces derniers jours au sujet de l'offre de soins palliatifs. Je le répète, l'objectif est de disposer d'unités de soins palliatifs dans tous les départements. À l'horizon 2027-2028, il en restera quatre au maximum qui n'en n'auront pas – pas une vingtaine, comme j'ai pu l'entendre. Nous essayons évidemment d'éviter que ces départements en restent dépourvus. Il faut continuer à travailler en ce sens – c'était tout l'enjeu du texte relatif aux soins palliatifs.

Enfin, je ne crois pas que nous puissions dissocier complètement les soins palliatifs et l'aide à mourir, parce que les malades concernés sont les mêmes.

Avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Thibault Bazin.

**M. Thibault Bazin.** Madame la rapporteure, selon vous, ces amendements ne respecteraient pas la volonté des patients. Il faut citer le Conseil d'État, y compris quand ses analyses ne vont pas dans votre sens. Dans une étude de 2018 intitulée « Révision de la loi bioéthique : quelles options pour demain ? », celui-ci avait considéré que « l'expression d'une demande d'aide anticipée à mourir ne devrait jamais naître d'un accès insuffisant à des soins palliatifs. L'accès à des soins palliatifs de qualité constitue ainsi une condition indispensable à l'expression d'une volonté libre et éclairée du patient dans les derniers moments de la vie et, plus largement, un préalable nécessaire à toute réflexion éthique aboutie sur la question de la fin de vie. »

Pour respecter vraiment le critère du consentement libre et éclairé, l'accès aux soins est fondamental. C'est même une contrainte qui peut s'imposer à la personne : privée de soins, celle-ci n'est pas vraiment libre de demander à bénéficier d'une aide à mourir. Aujourd'hui, chaque année, dans notre pays, plus de 200 000 personnes sont privées d'accès aux soins palliatifs, malgré les progrès réalisés l'année dernière et la précédente, et il faudra encore plusieurs années pour remédier à cette situation. On voit bien qu'il y a un problème.

Ajouter ce critère serait cohérent avec la position que vous avez défendue sur le précédent texte. Sinon, l'équilibre est factice : nous risquerions de ne pas être à la hauteur s'agissant des moyens dédiés aux soins palliatifs, et d'aller beaucoup trop loin par rapport à l'objectif affiché en matière d'aide à mourir.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-François Rousset.

**M. Jean-François Rousset.** On doit faire très attention quand on prend des exemples de pathologies comme la cirrhose ou d'autres. Considérer qu'un malade qui a une cirrhose relève soit de la fin de vie, soit des soins palliatifs, c'est faire un raccourci et ce n'est pas tout à fait exact. Un nombre notable de malades qui ont des cirroses peuvent actuellement bénéficier d'une transplantation hépatique – l'hôpital Paul Brousse publie régulièrement à ce sujet. Évitions les raccourcis. Si nous parlons médecine, alors faisons-le. La médecine est un art, mais elle s'appuie sur des vérités scientifiques ; ne prononçons pas de contrevérités.

*(Les amendements identiques n° 465 et 913 ne sont pas adoptés.)*

**Mme Justine Gruet.** Ne devons-nous pas voter par scrutin public ?

**M. le président.** La demande a été présentée trop tard.

La parole est à M. Charles Sitzenstuhl, pour soutenir l'amendement n° 851.

**M. Charles Sitzenstuhl.** Il vise à ajouter un garde-fou dans la rédaction de cet article en précisant que les critères doivent être remplis de façon certaine et définitive. J'en profite pour revenir sur le débat d'il y a quelques instants sur les maladies. Sur le fond, je ne suis pas compétent – n'étant pas médecin, je ne sais pas qualifier les maladies –, je ne pourrais pas en parler.

Sur la forme, le gouvernement considère que l'on ne doit plus parler de maladies particulières. Dans ce cas, cela doit s'appliquer à l'ensemble des orateurs de cet hémicycle. Le gouvernement a été gêné par le fait que nous évoquions les cirroses ; mais j'entends depuis hier qu'on parle beaucoup de la maladie de Charcot de l'autre côté de l'hémicycle. Si une règle est fixée, elle doit concerner toutes les pathologies et tous les bancs – les 577 députés de cet hémicycle. Nous ne pouvons pas avoir des règles à géométrie variable dans le cadre de ce débat. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe DR. – Mme Joséphine Missoffe et M. Dominique Potier applaudissent également.)*

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Je suis défavorable à l'amendement, mais je rejoins complètement les propos de M. Sitzenstuhl : le refus de stigmatiser vaut pour l'ensemble des maladies.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 851.

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

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	117
Nombre de suffrages exprimés .....	116
Majorité absolue .....	59
Pour l'adoption .....	49
contre .....	67

*(L'amendement n° 851 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 139 et 316.

L'amendement n° 139 de Mme Marie-France Lorho est retiré.

*(L'amendement n° 139 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Justine Gruet, pour soutenir l'amendement n° 316.

**Mme Justine Gruet.** Vous me direz qu'il est satisfait car le malade doit répondre à toutes les conditions. Toutefois, écrire les choses le plus clairement possible permet de les rendre intelligibles. Il m'a semblé intéressant d'inscrire dans la loi le mot « cumulatives », pour qu'on voie au premier coup d'œil que les cinq critères doivent être cumulatifs.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Vous m'ôtez les mots de la bouche : effectivement, votre amendement est déjà satisfait. Avis défavorable.

**Mme Justine Gruet.** Nous faisons parfois des lois plus bavardes !

*(L'amendement n° 316, repoussé par le gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Élise Leboucher, rapporteure de la commission des affaires sociales, pour soutenir l'amendement n° 1178.

**Mme Élise Leboucher, rapporteure de la commission des affaires sociales.** Il porte sur l'un des sujets sur lesquels nous ne nous attardons pas en deuxième lecture, contrairement à la première lecture : l'âge. Nous avons déposé cet amendement centré sur les mineurs émancipés, car nous ne voulions pas mettre sous le tapis les situations bien réelles de mineurs qui tombent malades et décèdent. Sur le sujet qui nous concerne aujourd'hui, nous ne pouvons pas ne pas parler de ces jeunes qui souffrent. Que faisons-nous de leur libre arbitre alors que la vie leur est arrachée par la maladie ?

En toute franchise, j'ai hésité à défendre cet amendement, mais j'ai reçu le témoignage d'un jeune de 17 ans en phase terminale, qui m'a convaincue de le faire et de prendre la parole, non pas pour que l'amendement soit adopté – les

débats de l'année dernière nous ont montré qu'il ne passerait pas et les choses n'ont pas avancé depuis –, mais pour lui dire que la représentation nationale n'ignore pas les jeunes dans sa situation. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe LFI-NFP.)*

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Vous avez souhaité par cet amendement amener cette question dans le débat, ce qui est tout à fait légitime. En revanche, j'y suis défavorable. À moins que vous ne le retiriez, j'incite les collègues à ne pas le voter.

*(L'amendement n° 1178, repoussé par le gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 771 et 1712.

L'amendement n° 771 de Mme Karine Lebon est défendu.

La parole est à M. Christophe Marion, pour soutenir l'amendement n° 1712.

**M. Christophe Marion.** C'est un amendement de débat, qui vise à poser la question de la condition de nationalité ou de résidence stable et régulière en France pour accéder à l'aide à mourir. Il ne me semble pas que cette condition soit absolument nécessaire. Je ne la trouve pas pleinement justifiée : le droit à l'aide à mourir, s'il est reconnu, le sera sur le fondement de la sauvegarde de la dignité humaine. Il devrait donc selon moi s'agir d'un droit universel, ouvert à tous, sans discrimination liée à la nationalité ou au statut de résident. J'ai une pensée pour tous ces Français qui, heureusement, trouvent aujourd'hui une solution en Belgique ou en Suisse. Il n'est pas inutile que notre pays se pose la question de l'accueil de personnes qui n'ont pas la nationalité française. *(M. Louis Boyard applaudit.)*

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Vous l'avez dit, c'est un amendement de débat. Vous souhaitiez exprimer cette position personnelle et nous l'entendons. En revanche, j'y suis clairement défavorable. Demande de retrait ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Effectivement, les personnes étrangères n'auront pas le droit à l'aide à mourir. Nous avons mis l'accent sur l'accompagnement. Nous souhaitons éviter une certaine forme de tourisme médical, si j'ose dire, qui conduirait à ce que des personnes n'ayant pas bénéficié de tout le parcours d'accompagnement qui mène à l'aide à mourir y aient accès. Avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Julie Laernoës.

**Mme Julie Laernoës.** Cette question est essentielle. Nous avons eu des débats à ce sujet lors des différentes lectures. Nous soutenons ces amendements de bon sens. Alors que, depuis des années, des Français sont accueillis en Belgique pour accéder à une aide à mourir, il est sacrément culotté – pardonnez-moi l'expression – que la France n'autorise pas pour les ressortissants belges l'équivalent de ce que la Belgique a fait pour les Français. Monsieur Falorni, vous étiez présent lors d'une réunion publique sur le territoire de ma circonscription, où un médecin belge, Yves de Loch, disait exactement la même chose. La discrimina-

tion fondée sur la nationalité n'a pas sa place en matière de fin de vie. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes EcoS et SOC.*)

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 771 et 1712.

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

Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	105
Nombre de suffrages exprimés	102
Majorité absolue	52
Pour l'adoption	45
Contre	57

(*Les amendements identiques n<sup>os</sup> 771 et 1712 ne sont pas adoptés.*)

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n<sup>os</sup> 317 et 1745.

La parole est à Mme Justine Gruet, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 317.

**Mme Justine Gruet.** Le tourisme se définit comme le déplacement temporaire d'une personne hors de son lieu de résidence habituel, sans intention d'installation durable. Le tourisme de l'aide à mourir désigne le fait de se rendre dans un autre État, dans le seul but de bénéficier d'un dispositif juridique plus favorable. Afin d'éviter toute pratique de contournement de la loi et de garantir que ce droit relève de la responsabilité nationale, l'amendement en réserve l'accès aux seules personnes de nationalité française.

Quand des Français vont à l'étranger pour bénéficier d'un dispositif médical, la prise en charge n'est pas assurée par le pays qui les accueille, alors que si on recevait des personnes étrangères dans notre pays pour l'aide à mourir, celles-ci bénéficieraient de la prise en charge au même titre que celles et ceux qui contribuent à la sécurité sociale. Ce n'est pas l'objet de nos discussions.

**Mme Ségolène Amiot.** C'est faux, tout est facturé !

**M. le président.** L'amendement n<sup>o</sup> 1745 de M. Alexandre Allegret-Pilot est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Vous voulez supprimer le critère de résidence pour ne garder que celui de la nationalité. Cela me semble particulièrement dérogatoire au droit commun de la protection sociale, qui utilise très largement le critère de résidence. Par ailleurs, il faut s'assurer que le médecin qui accompagne la personne est un professionnel qui la connaît et la suit habituellement. Enfin, une telle dérogation serait contraire au principe d'égalité, puisqu'il y a des non-nationaux qui sont assurés sociaux en France.

Avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Défavorable.

(*L'amendement n<sup>o</sup> 317 est retiré.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Ségolène Amiot.

**Mme Ségolène Amiot.** C'est incroyable d'entendre autant de *fake news* dans cet hémicycle. Dire que des personnes étrangères qui ne résident pas en France viennent s'y faire soigner gratos, c'est faux !

**Mme Justine Gruet.** Ce n'est pas ce que j'ai dit !

**Mme Ségolène Amiot.** Nous, qui sommes résidents et assurés sociaux, pouvons bénéficier de soins pris en charge par la sécurité sociale, mais ce n'est pas le cas pour les étrangers, qui peuvent recevoir une facture.

Par ailleurs, il y a des gens qui vivent en France depuis parfois des décennies mais qui ne souhaitent pas demander la nationalité française. Si vous leur refusez d'aller jusqu'au bout de leur parcours de soins palliatifs ou de bénéficier de l'aide à mourir, où va-t-on les envoyer – alors qu'ils ne sont en outre pas en état de voyager ? Il s'agit d'une discrimination en raison de la nationalité.

(*L'amendement n<sup>o</sup> 1745 n'est pas adopté.*)

**M. le président.** Sur les amendements identiques n<sup>os</sup> 770 et 1165, je suis saisi par le groupe La France insoumise-Nouveau Front populaire d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à Mme Claire Marais-Beuil, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 1761.

**Mme Claire Marais-Beuil.** Substituer le mot « ou » par le mot « et », ce n'est pas rien. Ça change tout.

L'objectif est de protéger les personnes qui vivent douloureusement des pensées suicidaires dont l'origine est une maladie psychique. Bon nombre d'entre elles guérissent et s'en sortent. Il n'y a donc aucune raison de leur faciliter le chemin vers la mort. Il est fondamental de les protéger de leur propre maladie en excluant la souffrance strictement psychique des conditions d'accès à l'aide à mourir pour retenir la souffrance physique et psychologique. Ces deux aspects doivent être nécessaires et cumulatifs.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Hadrien Clouet.

**M. Hadrien Clouet.** Nous voterons contre cet amendement.

Par ailleurs, il est important que tout le monde voie ce qui se passe quand l'extrême droite cherche à appliquer son idée raciste de la préférence nationale et qu'elle rencontre une difficulté rédactionnelle.

Le texte prévoit que les personnes de nationalité française ou qui résident de façon stable et régulière en France peuvent demander l'aide à mourir. L'extrême droite propose que seuls les Français résidant de façon stable et régulière puissent le faire. La première conséquence, qui est celle que vous poursuivez, est d'exclure les personnes étrangères de ce droit : un étranger qui réside dans notre pays depuis vingt-cinq ans avec sa famille et cotise à la sécu ne pourra pas

demander l'aide à mourir, alors qu'il souffre de la même maladie qu'un Français. La deuxième conséquence est d'exclure également les Français qui vivent par exemple de l'autre côté de la frontière.

Vous ne savez pas écrire un amendement et vous en arrivez, mus par vos idées racistes, à diminuer les droits de tous. Vous ciblez les étrangers, mais tout le monde y perd ! *(Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NFP.)*

*(L'amendement n° 1761 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1362 de M. Gérard VERNY est défendu.

*(L'amendement n° 1362, repoussé par la commission et le gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de l'amendement n° 140 de Mme Marie-France LORHO.

*(L'amendement n° 140 est retiré.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 770 et 1165.

L'amendement n° 770 de M. Yannick MONNET est défendu.

La parole est à M. Hadrien CLOUET, pour soutenir l'amendement n° 1165.

**M. Hadrien Clouet.** Il vise à supprimer le critère cumulatif de la régularité et de la stabilité de résidence. Un tel critère exclut de l'accès au droit à l'aide à mourir des personnes qui résident en France de manière régulière mais qui doivent faire fréquemment des déplacements transfrontaliers ou, à l'inverse, des personnes qui résident sur notre territoire de façon stable depuis longtemps mais qui, par exemple, se retrouvent pendant deux ou trois semaines sans titre de séjour à la suite d'un rendez-vous raté en préfecture, conséquence du sous-effectif de ces institutions.

L'amendement permet de garantir que toute personne vivant et travaillant ici, et qui a donc les mêmes droits que tout le monde, bénéficie du droit à l'aide à mourir. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe LFI-NFP.)*

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je suis défavorable à ces amendements, car le critère de résidence stable et régulière est un principe cardinal qui guide l'accès à notre système de protection sociale et qui est largement utilisé dans notre droit de la santé. Il permet de garantir que l'aide à mourir, qui ne peut être un acte isolé, s'inscrit dans une prise en charge globale.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n° 770 et 1165.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	92
Nombre de suffrages exprimés .....	79
Majorité absolue .....	40
Pour l'adoption .....	30
contre .....	49

*(Les amendements identiques n° 770 et 1165 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Sur l'amendement n° 1687 et sur les amendements identiques n° 318 et 1086, je suis saisi par le groupe Droite républicaine de demandes de scrutin public.

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

La parole est à Mme Océane GODARD, pour soutenir l'amendement n° 104.

**Mme Océane Godard.** Il vise à ouvrir l'aide à mourir aux femmes et aux hommes qui sont suivis « de manière régulière par un professionnel de santé en France. » Il ouvre la solidarité de la France en matière d'accès à l'aide à mourir.

En l'état, une personne ne remplissant pas les conditions administratives mais remplissant les critères définis par l'article 4 – affection grave et incurable, souffrance physique ou psychologique réfractaire aux traitements, pronostic vital engagé et ainsi de suite – et qui serait suivie régulièrement par un professionnel de santé en France n'est pas éligible à l'aide à mourir. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe SOC.)*

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Il s'agirait d'une dérogation importante. Au stade de la deuxième lecture, il apparaît souhaitable de nous en tenir au critère de nationalité ou de résidence stable et régulière, qui apporte un cadre clair et pleinement conforme au droit de la protection sociale. Ce critère est à la fois précis et ouvert puisqu'il permet aux personnes qui n'ont pas la nationalité française mais qui ont une résidence stable et régulière en France d'accéder à l'aide à mourir. Avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Même avis.

**M. le président.** La parole est à M. Philippe JUVIN.

**M. Philippe Juvin.** Monsieur le rapporteur général, je ne vous comprends pas : vous dites que l'aide à mourir n'est pas un soin, mais qu'il faut que ses critères d'accès soient conformes au droit de la protection sociale, c'est-à-dire l'assurance maladie.

L'aide à mourir implique déjà la participation des médecins, des hôpitaux et des établissements médico-sociaux, et l'utilisation de médicaments. Elle est en outre inscrite dans le code de la santé publique. Il faudrait maintenant qu'elle respecte le critère de résidence stable, qui est requis pour la prise en charge des soins en France. Je ne le conteste pas, mais l'aide à mourir ressemble alors à un soin, ce que je conteste.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général.

**M. Olivier Falorni**, *rapporteur général*. Le droit de la protection sociale concerne aussi les aides sociales, par exemple. À ma connaissance, elles ne sont pas un soin. Votre argument ne tient donc pas. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes LFI-NFP et SOC.*)

(*L'amendement n° 104 n'est pas adopté.*)

**M. le président**. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 1687.

**M. Thibault Bazin**. Nous n'avons pas examiné cet amendement en première lecture, puisqu'il est issu de nos débats.

Pour garantir que le consentement d'une personne soit libre et éclairé, il est indispensable qu'aucune contrainte ne pèse sur elle. Ainsi, la demande d'aide à mourir ne doit pas naître d'un accès insuffisant aux soins palliatifs, comme le Conseil d'État l'a souligné. Il est également souhaitable à ce titre d'exclure de ce droit les personnes privées de liberté, dont la situation peut ne pas garantir l'exercice de leur volonté de manière libre et éclairée. Philippe Juvin vous a d'ailleurs alertés à ce sujet en première lecture.

De la même manière, on propose que les critères permettant d'évaluer le caractère insupportable d'une souffrance, qui pourrait ne pas être réfractaire, soient précisés par un décret en Conseil d'État, pris après avis de la HAS et du CCNE.

Enfin, pour s'assurer de la capacité de discernement de la personne, l'amendement encadre strictement la situation des malades souffrant de pathologies psychiatriques sévères, dont l'aptitude à manifester leur volonté doit faire l'objet d'un avis médical.

**M. le président**. Quel est l'avis de la commission ?

**M. Olivier Falorni**, *rapporteur général*. Monsieur Bazin, vous m'aviez habitué jusqu'ici aux faux amendements rédactionnels. En l'espèce, il s'agit bien d'un nouvel amendement, dont nous n'avons débattu ni en commission ni lors des précédents débats. C'est pourquoi je prendrai le temps nécessaire pour y répondre, en revenant sur les quatre points principaux qu'il comporte et sur les raisons qui me conduisent à émettre un avis défavorable.

Vous proposez une nouvelle écriture de l'ensemble de l'article 4. En premier lieu, vous subordonnez l'accès à l'aide à mourir au fait que la personne ait préalablement bénéficié de soins palliatifs, sauf refus de sa part. Or l'article 5 prévoit déjà que le médecin informe la personne qu'elle peut bénéficier des soins palliatifs et s'assure, le cas échéant, qu'elle puisse y avoir accès.

Ensuite, vous proposez d'exclure du dispositif les personnes faisant l'objet d'une mesure de privation de liberté. Pourtant, dès lors qu'elles remplissent les conditions fixées par l'article 4, notamment celle de souffrir d'une affection grave et incurable qui engage le pronostic vital, rien ne justifie une telle exclusion, qui constituerait une atteinte manifeste au principe d'égalité.

**Mme Ségolène Amiot**. Bien sûr !

**M. Olivier Falorni**, *rapporteur général*. En outre, vous proposez de modifier le critère relatif à la souffrance, notamment en excluant les souffrances psychologiques. Nous y reviendrons ultérieurement, mais j'y suis évidemment opposé : le collègue pluriprofessionnel doit pouvoir apprécier

l'ensemble des souffrances liées à l'affection de la personne, afin de déterminer si sa situation relève du dispositif d'aide à mourir.

Enfin, j'attire votre attention sur le fait que votre rédaction écrase le critère relatif au discernement de la personne. En effet, elle tend paradoxalement à supprimer l'exigence selon laquelle la personne doit manifester sa volonté de façon libre et éclairée. Je sais que telle n'est pas votre intention, mais ce serait bel et bien la conséquence de l'adoption de votre amendement.

Pour toutes ces raisons, j'y suis défavorable.

**M. le président**. Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist**, *ministre*. À l'exception de la question des souffrances psychologiques, je partage les arguments du rapporteur général. Je comprends votre préoccupation au sujet des personnes détenues, en raison des souffrances psychologiques particulièrement fréquentes en milieu carcéral ; toutefois, le principe d'égalité nous interdit de les priver de ce droit. C'est pourquoi j'émetts un avis défavorable sur cet amendement.

En ce qui concerne les souffrances psychologiques, comme je l'ai indiqué précédemment, je serai en revanche favorable à certains amendements qui seront défendus.

**M. Thibault Bazin**. J'espère qu'ils seront adoptés !

**M. le président**. La parole est à M. Philippe Juvin.

**M. Philippe Juvin**. Je voudrais revenir sur l'un des points essentiels de l'amendement de M. Bazin, qui vient d'ailleurs d'être soulevé par Mme la ministre : l'inclusion des patients faisant l'objet d'une mesure de privation de liberté, notamment les personnes incarcérées. Où est-on moins libre qu'en prison ? L'idée même d'un dispositif permettant d'administrer la mort à des personnes emprisonnées ne vous donne-t-elle pas le vertige ? (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe LFI-NFP.*)

**Mme Élise Leboucher**, *rapporteuse*. Ils sont malades comme les autres !

**M. Philippe Juvin**. Nous ne sommes pas d'accord, ce n'est pas grave, mais laissez-moi terminer, s'il vous plaît ! C'est un sujet très grave. Par définition, la capacité de libre jugement d'une personne condamnée à plusieurs années d'emprisonnement n'est pas comparable à celle d'une personne en liberté.

**Mme Ségolène Amiot**. C'est honteux !

**M. René Pilato**. Incroyable ! C'est abject !

**M. Philippe Juvin**. Pour ma part, je trouve abyssale la perspective d'une autorisation à délivrer la mort à une personne détenue. Vous imaginez tous les excès possibles et les conséquences que cela pourrait entraîner pour l'organisation même de la société. Il est donc indispensable, en la matière, de refuser cette possibilité.

**M. le président**. La parole est à Mme Ségolène Amiot.

**Mme Ségolène Amiot**. Je suis littéralement outrée de vous entendre parler ainsi des personnes détenues.

Premièrement, chaque année, environ 150 personnes meurent de causes naturelles en détention. Lorsque l'état de santé d'une personne incarcérée se dégrade, elle peut

demander à sortir de détention afin, si elle est en fin de vie, de mourir auprès des siens. La plupart du temps, cette demande lui est accordée, à condition qu'un lieu d'accueil adapté existe. Ce n'est pas le toujours le cas et c'est la raison pour laquelle, je le répète, 150 personnes décèdent chaque année de causes naturelles en prison.

Deuxièmement, qu'une personne ait été condamnée pour avoir commis un menu larcin ou un grand crime ne saurait justifier que l'ensemble de ses droits soit restreint. Êtes-vous sérieux ?

**M. Philippe Juvin.** Ce n'est pas ce que j'ai dit !

**Mme Ségolène Amiot.** Suggérez-vous que l'incarcération fasse de la personne détenue un sous-citoyen ?

**M. Philippe Gosselin.** Il n'a pas dit ça non plus ! Ne caricaturez pas !

**Mme Ségolène Amiot.** La condamnation à l'incarcération par un juge et la restriction de liberté n'impliquent pas de voir réduits son droit à la santé et celui de décider de l'avenir de son propre corps. Vos propos reviennent à ajouter à la détention une punition...

**M. Philippe Juvin.** Je n'ai pas dit ça, vous le savez bien !

**Mme Ségolène Amiot.** ...garantissant que les personnes détenues iront bien au terme de leur peine, pour s'assurer qu'elles ont « bien compris » ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NFP.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1687.

(*Il est procédé au scrutin.*)

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	130
Nombre de suffrages exprimés .....	126
Majorité absolue .....	64
Pour l'adoption .....	48
contre .....	78

(*L'amendement n° 1687 n'est pas adopté.*)

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Je demande une suspension de séance.

#### **Suspension et reprise de la séance**

**M. le président.** La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à dix-sept heures cinquante, est reprise à dix-huit heures dix.*)

**M. le président.** La séance est reprise.

Je suis saisi de trois amendements, n°s 141, 318 et 1086, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 318 et 1086 sont identiques.

La parole est à Mme Marie-France Lorho, pour soutenir l'amendement n° 141.

**Mme Marie-France Lorho.** Je le retire.

(*L'amendement n° 141 est retiré.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Justine Gruet, pour soutenir l'amendement n° 318.

**Mme Justine Gruet.** S'agissant de l'échange qui a précédé la suspension de séance, on ne saurait faire à M. Juvin un procès d'intention en inhumanité : il expliquait simplement qu'en prison, on n'est pas libre, et qu'il est difficile de prendre une décision libre et éclairée sans être libre.

L'amendement vise à remplacer le terme « affection » par « pathologie ». La notion d'affection a une portée sémantique large et insuffisamment précise : elle englobe des situations très diverses, y compris des états qui ne relèvent pas à proprement parler d'une pathologie médicale évolutive ou d'une atteinte grave au pronostic vital. À l'inverse, la notion de pathologie renvoie à une réalité médicale objectivable, caractérisée, diagnostiquée et encadrée par des critères cliniques reconnus. Il s'agit, en substituant le second terme au premier, de renforcer la sécurité juridique du dispositif et de clarifier l'intention du législateur.

**M. le président.** L'amendement n° 1086 de M. Charles Sittenstuhl est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Le terme « affection », en plus d'être tout à fait clair, est le plus utilisé dans le code de la santé publique, notamment dans les articles liés à la fin de vie créés par la loi Claeys-Leonetti de 2016. Il est employé dans les articles qui se rapportent à la définition de la sédation profonde et continue mise en œuvre afin d'éviter l'obstination déraisonnable, ou encore à la hiérarchisation des modalités d'expression de la volonté du patient en fin de vie.

L'amendement retiré précisait que la pathologie devait être physique ; de cela, nous débattons en examinant l'alinéa 8.

Avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n°s 318 et 1086.

(*Il est procédé au scrutin.*)

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	86
Nombre de suffrages exprimés .....	86
Majorité absolue .....	44
Pour l'adoption .....	41
contre .....	45

(*Les amendements identiques n°s 318 et 1086 ne sont pas adoptés.*)

**M. le président.** Je suis saisi de plusieurs amendements, n°s 1390, 875, 584, 631, 671, 583, 91, 585, 632, 876, 1121 et 734, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 91, 585, 632 et 876 sont identiques.

L'amendement n° 1390 de M. Gérard Verny est défendu.

La parole est à M. Charles Sitzenstuhl, pour soutenir l'amendement n° 875.

**M. Charles Sitzenstuhl.** Par cet amendement, je propose de calquer la rédaction de l'alinéa sur celle de la loi Claeys-Leonetti. Si les promoteurs de ce texte étaient cohérents, ils le voteraient ! Nombre d'entre eux ne cessent de faire comme si la loi Claeys-Leonetti était quasiment la même que le présent texte, comme si la sédation profonde et continue était quasiment équivalente à l'aide active à mourir. Ce n'est pas la même chose ; nous sommes nombreux à le dire et la rédaction de l'article 4 le montre bien.

Chers collègues, de deux choses l'une : soit c'est la même chose, et nous pouvons calquer la rédaction de la loi Claeys-Leonetti ; soit ce n'est pas la même chose. Dans ce dernier cas, dites-le clairement et cessez d'utiliser la loi Claeys-Leonetti dans vos argumentaires !

**M. le président.** L'amendement n° 584 de Mme Hanane Mansouri est défendu.

La parole est à M. Stéphane Peu, pour soutenir l'amendement n° 631.

**M. Stéphane Peu.** La rédaction actuelle permet le recours à l'aide à mourir dès le stade avancé d'une maladie, ce qui inclut des cas où l'espérance de vie est encore de plusieurs années, voire où la rémission est possible. L'engagement du pronostic vital ne signifie pas que le décès est imminent, mais seulement que les fonctions vitales ne sont pas stables. En l'état, le législateur a donc renoncé à encadrer le recours à l'aide à mourir en fonction de la durée restant à vivre. Il ne s'agit plus d'apporter une réponse spécifique à la toute fin de la vie ; désormais, l'aide à mourir peut intervenir en cours de maladie, bien avant la fin de vie. Cette largesse signifie que dans les moments critiques d'aggravation de la maladie – certains d'entre nous ont entendu des témoignages poignants à ce sujet –, dans les moments de grande vulnérabilité de la personne malade, la possibilité d'être accompagné et soigné sera immédiatement contrebalancée par la possibilité alternative d'être assisté dans un suicide ou d'être euthanasié. Nous proposons de modifier l'alinéa en conséquence.

**M. le président.** La parole est à M. Vincent Trébuchet, pour soutenir l'amendement n° 671.

**M. Vincent Trébuchet.** Il est quasiment identique à l'amendement n° 631 du président Peu, ce qui montre que cette position pourrait faire l'objet d'un consensus sur tous les bancs de l'hémicycle.

**M. le président.** Les amendements n° 583 de Mme Hanane Mansouri, 91 de M. Corentin Le Fur, 585 de Mme Hanane Mansouri et 632 de Mme Soumya Bourouaha sont défendus.

La parole est à M. Charles Sitzenstuhl, pour soutenir l'amendement n° 876.

**M. Charles Sitzenstuhl.** Il tend supprimer la notion si problématique de phase avancée. Je le dis aux rapporteurs : la proposition de loi serait plus solide si la notion de phase avancée n'y figurait pas. Je vous invite à relire du premier au dernier mot l'avis publié par la Haute Autorité de santé en avril 2025 sur les deux critères temporels. L'expression « moyen terme » n'apparaît plus dans le texte, tandis que celle de « phase avancée » y figure encore. Retirez-la ! Si vous

ne voulez pas le faire, c'est probablement que vous avez le dessein de donner au texte une portée plus large que vous ne le prétendez.

**M. le président.** L'amendement n° 1121 de M. Philippe Juvin est défendu.

La parole est à Mme Elsa Faucillon, pour soutenir l'amendement n° 734.

**Mme Elsa Faucillon.** Comme d'autres, je défends la suppression des termes « en phase avancée [...] ou en phase terminale ». Cela fait partie des propositions formulées par la MGEN et nous en avons débattu longuement en première lecture. La Haute Autorité de santé a également estimé qu'il n'y avait pas de consensus médical sur les définitions des phases avancée et terminale. En revanche, elle reconnaît que certaines personnes atteintes d'une maladie grave et incurable ressentent des souffrances importantes et réfractaires pas uniquement à la fin de leur vie. Or si nous défendons ce texte, c'est précisément pour que ces personnes puissent décider de la fin de leur vie. L'expression « phase avancée » risque de fragiliser ce droit et cette liberté.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur ces amendements en discussion commune ?

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** L'ensemble de ces amendements visent à revenir sur la définition du critère de l'affection, de différentes manières : certains suppriment la mention « quelle qu'en soit la cause », d'autres suppriment la mention de « phase avancée », d'autres reviennent au court terme, et certains font tout cela en même temps.

Sur la suppression de la mention « quelle qu'en soit la cause », il convient de noter qu'il y a une mésentente sur la portée de cette mention. Pour certains, elle aurait ouvert l'aide à mourir aux situations consécutives à un accident. Pourtant, ce cas était déjà couvert par le texte initial, dès lors que la personne répondait à tous les critères prévus à l'article 4, notamment lorsque le pronostic vital est engagé et qu'elle est apte à exprimer une volonté libre et éclairée. La notion « d'affection » est en effet une notion englobante – c'est davantage l'état de la personne que l'origine de cet état qui nous importe. L'amendement introduisant les mots « quelle qu'en soit la cause » me semblait satisfait en première lecture, mais il me paraît nécessaire de conserver cette mention afin d'explicitier ce point.

Vous proposez par ailleurs de supprimer la notion de phase avancée et il me faut vous rappeler que celle-ci n'est pas vague. Elle existe dans le droit français depuis la loi Leonetti de 2005 et a été également retenue par la loi Claeys-Leonetti de 2016. Elle est ainsi utilisée pour l'accès aux traitements antalgiques et sédatifs en cas de souffrances réfractaires susceptibles d'avoir pour effet secondaire d'abrégé la vie, ainsi que pour la hiérarchisation des modalités d'expression de la volonté du patient en fin de vie. Cette notion ne vient donc pas de nulle part.

En outre, nous avons précisé dans cet article, en première lecture, ce que recouvrait la notion de phase avancée, en transposant, comme nous l'avons exposé précédemment, la définition élaborée par la Haute Autorité de santé. C'est donc une notion connue, dans la loi depuis longtemps et qui a été définie par la Haute Autorité de santé.

Pour répondre à ceux qui proposent de revenir à la notion de « court terme » plutôt que de « phase avancée », je soulignerai, comme la Haute Autorité de santé l'avait

indiqué dans son avis, qu'une notion strictement temporelle n'est pas satisfaisante et qu'elle est impossible à appliquer. C'est pourquoi nous avons utilisé la notion de phase avancée, qui permet de privilégier une appréciation globale de l'état du patient et de l'évolution de la maladie, au-delà d'une lecture strictement temporelle, par nature incertaine.

Je tiens également à souligner les problèmes que posent certains amendements. L'amendement n° 584 restreint très fortement la notion de phase terminale, puisqu'il exclut l'application du dispositif pour les patients se trouvant dans cette phase mais dont l'évolution de l'affection peut être ralentie par les traitements existants, ce qui conduit à vider la proposition de loi de sa substance. L'amendement n° 631 substitue la notion de « futur prévisible » à celle de phase avancée ou terminale. Comme pour le court terme, l'utilisation de cette notion temporelle n'est pas adaptée. Adopter un tel amendement aboutirait à rendre effectif le droit à recourir à l'aide à mourir. L'amendement n° 2102, qui n'a pas été soutenu, s'appuie sur la notion d'affection « mortifère », qui n'existe pas en droit positif et qui est très floue. Enfin, l'amendement n° 734 élargit l'aide à mourir à toutes les affections graves et incurables qui engagent le pronostic vital et qui affectent la qualité de vie de la personne. Cela dénature l'équilibre du texte.

Ainsi, pour des raisons très différentes, compte tenu de la diversité des amendements déposés, j'émet un avis défavorable sur tous ces amendements pour conserver l'équilibre du texte voté le 29 mai dernier. Ne jouons pas les apprentis sorciers en essayant de modifier ici ou là le texte pour des raisons différentes, au risque d'affaiblir l'effectivité du droit que nous voulons défendre.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Je n'ajouterai pas d'autres arguments à ceux qu'a présentés M. le rapporteur général. Avis défavorable sur tous les amendements.

**M. le président.** La parole est à M. Thibault Bazin.

**M. Thibault Bazin.** L'alinéa 7 de l'article 4 vise – c'est ce que vous indiquez – à fixer des critères stricts. Cependant, on voit bien qu'il présente plutôt des critères alternatifs : « souffrance physique ou psychologique », affection « en phase avancée [...] ou terminale », une souffrance « réfractaire » ou « insupportable selon la personne ». Ce faisant, il nous éloigne d'une disposition exceptionnelle pour ouvrir le droit à l'aide à mourir à de plus en plus de personnes. Lorsque l'affection est « entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie », la personne ainsi devenue éligible n'intériorise-t-elle pas l'idée selon laquelle elle pourrait représenter un fardeau, notamment du fait de son coût pour la société ? Il ne faut pas négliger cette question, car des personnes qui ne sont pas en fin de vie pourraient ainsi être éligibles.

**M. René Pilato.** Arrêtez ! C'est faux !

**M. Thibault Bazin.** Non, c'est exact. Une personne peut être atteinte d'une affection en phase avancée et ne pas mourir dans les semaines qui suivent – elle peut même avoir encore plusieurs années à vivre devant elle. Il est important que nous ayons ce débat car l'existence de cette possibilité modifierait totalement la relation à la vie et aux autres.

*(Les amendements n° 1390, 875 et 584, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 631.

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

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	131
Nombre de suffrages exprimés .....	131
Majorité absolue .....	66
Pour l'adoption .....	52
contre .....	79

*(L'amendement n° 631 n'est pas adopté.)*

*(Les amendements n° 671 et 583, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

*(Les amendements identiques n° 91, 585, 632 et 876 ne sont pas adoptés.)*

*(Les amendements n° 1121 et 734, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Sur les amendements identiques n° 10, 95, 586, 976, 1353 et 1813, je suis saisi 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. Philippe Juvin, pour soutenir l'amendement n° 1123.

**M. Philippe Juvin.** Il tend à ajouter après le mot « incurable » les mots « et réfractaire aux traitements ». Une affection grave et incurable peut bénéficier de traitements, par exemple pour stabiliser son évolution. Il me paraît donc important d'ajouter cette mention.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** L'amendement entre en contradiction avec le caractère incurable de l'affection. Une affection est dite réfractaire lorsqu'elle ne répond pas aux traitements disponibles, alors même que ces traitements sont normalement efficaces contre cette maladie. Lorsqu'une personne est atteinte d'une affection incurable, il n'existe, par définition, aucun traitement permettant la guérison. L'avis de la commission est donc défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Chaque patient a le droit de refuser un traitement. À partir du moment où nous ouvrons un droit nouveau, l'aide à mourir, nous ne pouvons pas le conditionner à la prise d'un traitement.

**M. Thibault Bazin.** C'est tout le problème !

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** L'avis du gouvernement est défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Juvin.

**M. Philippe Juvin.** Je comprends l'argumentation de Mme la ministre : effectivement, la personne peut refuser le traitement. En revanche, madame la rapporteure, je vous ferai très respectueusement remarquer que vous faites un contresens : une personne peut être atteinte d'une maladie

incurable cependant accessible à des traitements en vue de limiter les troubles qu'elle entraîne. Par exemple, une maladie de Parkinson est incurable, car il n'existe pas de traitement qui permette d'en guérir, mais ceux qui en sont atteints peuvent recevoir des traitements qui heureusement équilibrent leur situation.

Cependant, j'entends l'argument de Mme la ministre et je retire l'amendement.

*(L'amendement n° 1123 est retiré.)*

**M. le président.** Je suis saisi de six amendements identiques, n<sup>os</sup> 10, 95, 586, 976, 1353 et 1813.

La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 10.

**M. Patrick Hetzel.** L'amendement tend à supprimer les mots « quelle qu'en soit la cause » à l'alinéa 7. Cette expression a manifestement été introduite pour permettre un accès large au nouveau droit. Toutefois, elle n'est pas très précise, ce qui contrevient au principe de l'écriture du droit. Je demeure persuadé qu'il vaut mieux enlever cette référence car elle est source d'ambiguïté et de confusion et, par voie de conséquence, potentiellement de contentieux. Nous devons être sûrs que la loi ne puisse pas être mal interprétée. Quand on écrit la loi, elle doit être intelligible. C'est la raison pour laquelle cet amendement n° 10 me paraît tout à fait approprié.

**M. le président.** Les amendements identiques n<sup>os</sup> 95 de M. Corentin Le Fur et 586 de Mme Hanane Mansouri sont défendus.

La parole est à Mme Annie Vidal, pour soutenir l'amendement n° 976.

**Mme Annie Vidal.** Il tend à supprimer les mots « quelle qu'en soit la cause » dans la formulation du troisième critère d'accès à l'aide à mourir. Ces mots ne figuraient pas dans le texte initial, considéré comme équilibré. Ils ont été ajoutés par voie d'amendement dans le but de rendre éligibles au droit à l'aide à mourir un plus grand nombre de personnes. Je préférerais en revenir à la première version du texte.

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 1353.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Je souhaite aussi supprimer les mots « quelle qu'en soit la cause », mais sans doute pas tout à fait pour les mêmes raisons que mes collègues. Ces mots alourdissent le texte et n'ont aucune valeur normative, comme l'a dit M. Hetzel. Or nous sommes ici pour faire la loi. De plus, une affection grave et incurable s'apprécie déjà au regard de critères médicaux, indépendamment de sa cause.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Potier, pour soutenir l'amendement n° 1813.

**M. Dominique Potier.** Je veux interroger Mme la ministre sur un point sensible : le nombre de personnes potentiellement concernées par l'aide à mourir. Des estimations ont été publiées, notamment par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs : d'après les prévisions concernant les maladies neuro-évolutives, les pathologies cancéreuses, les maladies cardiovasculaires et métaboliques, les pathologies respiratoires et les insuffisances rénales terminales, près de 1 million de personnes seraient éligibles. Pouvez-vous confirmer ce chiffre ?

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur ces six amendements identiques ?

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** J'ai déjà expliqué les raisons pour lesquelles je leur donne un avis défavorable, notamment le fait que les accidents étaient déjà inclus dans la rédaction initiale. L'affection est une notion englobante : c'est davantage l'état de la personne que l'origine de cet état qui compte. Pour clarifier la rédaction, je souhaite donc conserver la mention « quelle qu'en soit la cause. »

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Monsieur Potier, ce n'est pas le diagnostic qui définit l'éligibilité du malade. Deux personnes peuvent avoir reçu le même diagnostic sans pour autant être toutes deux éligibles. Je n'ai donc pas de chiffres à vous communiquer. Vous avez cité un certain nombre de maladies qui pourraient correspondre aux critères, mais tout dépend du profil du malade et des éventuelles comorbidités. Chaque cas étant différent, il est difficile de produire des statistiques fiables.

Concernant ces amendements, je partage ce qui a été dit par leurs auteurs et je suis favorable à la suppression de la mention « quelle qu'en soit la cause ».

**M. le président.** La parole est à M. Patrick Hetzel.

**M. Patrick Hetzel.** La loi doit être intelligible. Il faut que les choses soient claires. Les mots « quelle qu'en soit la cause » risquant d'être mal interprétés, je suis également favorable à la suppression de cette mention.

**M. le président.** La parole est à M. Michel Lauzzana.

**M. Michel Lauzzana.** Monsieur Potier, cela fait deux fois que vous avancez le chiffre de 1 million de malades potentiellement concernés par le droit à l'aide à mourir. Ce chiffre est peut-être correct – on ne va pas se battre là-dessus –, mais vous oubliez quand même un élément important : les patients doivent demander à bénéficier de ce droit ! Combien seront-ils ? Certainement pas 1 million ! Arrêtez de nous citer des chiffres comme ça, pour faire peur. Très peu de personnes demanderont l'aide à mourir – c'est ce que je souhaite, d'ailleurs.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 10, 95, 586, 976, 1353 et 1813.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	134
Nombre de suffrages exprimés .....	134
Majorité absolue .....	68
Pour l'adoption .....	67
contre .....	67

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 10, 95, 586, 976, 1353 et 1813 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n<sup>os</sup> 2148 et 1532, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Danielle Simonnet, pour soutenir l'amendement n° 2148.

**Mme Danielle Simonnet.** Je propose de ne pas limiter l'accès à l'aide à mourir aux seules personnes dont le pronostic vital est engagé. Dans le cas des maladies neuro-dégénératives, par exemple, les souffrances physiques et psychologiques peuvent être intenses et les perspectives d'amélioration sont nulles. La personne peut rapidement être confrontée à une perte totale de sa pleine conscience et de sa lucidité, à des douleurs réfractaires, sans que son pronostic vital soit engagé. Respectera-t-on son choix si elle souhaite accéder à l'aide à mourir, cette ultime liberté ?

**M. le président.** L'amendement n° 1532 de M. Antoine Villedieu est défendu.

Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements ?

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** La notion de pronostic vital engagé permet de maintenir l'équilibre du texte : en la supprimant, je pense que nous irions trop loin. Par ailleurs, cette notion n'exclut pas les maladies neurodégénératives et les affections résultant d'accidents et en phase avancée. Vos amendements sont donc satisfaits. Avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Théo Bernhardt.

**M. Théo Bernhardt.** Ces amendements sont gravissimes et pourraient déséquilibrer totalement la proposition de loi. À la suspension de séance, j'ai fait le point avec les membres du RN qui soutiennent ce texte : il en ressort qu'ils sont quasi unanimes à ne plus vouloir voter en sa faveur, car de nombreuses dérives apparaissent – outre ces deux amendements, je pense à un autre voté plus tôt dans la journée. Vous n'apportez plus les garanties nécessaires. J'espère qu'il y aura un sursaut collectif. Pour l'instant, il nous est devenu très difficile d'envisager de voter pour ce texte. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe RN.)*

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je le répète, pour la bonne compréhension de tous : Mme Liso et moi sommes défavorables à ces amendements, qui remettraient en cause l'équilibre auquel nous étions parvenus en première lecture.

*(Les amendements n° 2148 et 1532, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such, pour soutenir l'amendement n° 191.

**Mme Sandrine Dogor-Such.** Il vise à préciser une condition déterminante du dispositif : le pronostic vital doit être engagé de manière immédiate et certaine pour bénéficier du droit à l'aide à mourir. À défaut de cette précision, le champ d'application du texte pourrait s'étendre à des patients dont le pronostic est engagé à moyen terme, voire de manière incertaine, ouvrant la voie à une interprétation extensive et évolutive du critère. Sur un sujet aussi grave, la sécurité juridique commande de borner strictement l'exception créée. La loi doit définir avec la plus grande rigueur les situations dans lesquelles elle autorise un acte létal. Toutefois, comme

l'adoption de cet amendement entraînerait une seconde délibération, au terme de laquelle il serait sans doute rejeté, je le retire.

*(L'amendement n° 191 est retiré.)*

**M. le président.** Je suis saisi de quatre amendements identiques, n°s 142, 1126, 1230 et 1423.

Sur ces amendements, je suis saisi par le groupe Socialistes et apparentés d'une demande de scrutin public.

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

L'amendement n° 142 de Mme Marie-France Lorho est retiré.

*(L'amendement n° 142 est retiré.)*

**M. le président.** Les amendements n°s 1126 de M. Philippe Juvin, 1230 de Mme Élisabeth de Maistre et 1423 de M. Gérard Verny sont défendus.

Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Même avis.

**M. le président.** La parole est à M. Charles Sitzenstuhl.

**M. Charles Sitzenstuhl.** Dominique Potier vient de relancer le débat sur les données dont nous disposons : je ne comprends pas l'inconfort, voire la gêne, des promoteurs du texte à répondre à cette question ! C'est le b.a.-ba du travail parlementaire ! Je rappelle qu'à l'origine, ce texte était un projet de loi. Il a été ensuite repris par des députés, dont je respecte le travail, même si je ne suis pas d'accord avec eux. L'armature du texte vient donc en réalité des services de l'État. Je ne peux pas croire que ces derniers n'aient pas réalisé des projections pour estimer le public éligible. S'agit-il de 500 000 personnes ou de 1 million ? Je n'en sais rien, mais je pense que ces données sont importantes pour tout un chacun.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n°s 1126, 1230 et 1423.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	136
Nombre de suffrages exprimés .....	136
Majorité absolue .....	69
Pour l'adoption .....	55
contre .....	81

*(Les amendements identiques n°s 1126, 1230 et 1423 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. Charles Sitzenstuhl, pour soutenir l'amendement n° 1087.

**M. Charles Sitzenstuhl.** Il tend à instaurer un délai de six mois dans l'engagement du pronostic vital.

Vous voyez, monsieur le président, si j'avais un temps de parole de deux minutes, je pourrais développer mes arguments! (*Exclamations sur quelques bancs du groupe LFI-NFP.*) Je dis ça pour rire, parce que nous en avons parlé pendant la pause! (*Sourires.*)

Je reviens sur la question des données disponibles : nous avons besoin de chiffres sur le public potentiellement éligible, ainsi que sur le nombre de personnes qui ont recours à l'euthanasie et au suicide assisté. Il est possible de faire des règles de trois et des moyennes sur un coin de table, comme je l'ai fait, en se fondant sur les données des pays qui ont une législation relative à l'aide à mourir – le Canada, la Belgique, les Pays-Bas. De façon raisonnable et prudente, ce calcul permet d'imaginer que d'ici dix ans, une dizaine, voire une vingtaine de milliers de personnes auront recours au droit à l'aide à mourir. Je trouve que cela n'a pas été assez souligné dans le débat. Encore une fois, je ne comprends pas la pudeur des défenseurs du texte sur ces chiffres!

**M. Guillaume Garot.** Qu'est-ce que ça change?

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission?

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Au cours des auditions que nous avons conduites en 2024 et 2025, tous les professionnels de santé, qu'ils soient très favorables ou très opposés au texte, ont estimé parfaitement impossible de définir un pronostic temporel quantitatif au-delà de quelques heures ou de quelques jours. Votre amendement vise à limiter le dispositif aux personnes dont le temps de vie restant « peut raisonnablement être évalué à six mois » : une telle évaluation, je le répète, est impossible, tous les professionnels sont, pour une fois, d'accord sur ce point. Absolument aucun ne nous a dit qu'il était possible d'estimer un pronostic vital à six mois. Par conséquent, avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Même avis.

M. Potier m'a interrogée sur le nombre de personnes potentiellement concernées par l'aide à mourir. Certains mots de l'alinéa 7 me paraissent devoir être soulignés s'agissant de la phase avancée : l'affection est caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible « marqué par l'aggravation de l'état de santé ». Or, parmi les pathologies énumérées tout à l'heure par M. Potier, certaines sont chroniques : dans ce cas, la situation du malade est stabilisée et n'est donc pas « marqué(e) par l'aggravation de l'état de santé ». Voilà pourquoi il n'est pas possible de calculer précisément le nombre de personnes potentiellement concernées par la proposition de loi.

**M. le président.** La parole est à M. Stéphane Delautrette, rapporteur de la commission des affaires sociales.

**M. Stéphane Delautrette, rapporteur de la commission des affaires sociales.** Monsieur Sitzenstuhl, vous êtes obsédé par le nombre des personnes susceptibles de demander une aide à mourir! (« *C'est normal!* » sur plusieurs bancs du groupe RN.)

**M. Charles Sitzenstuhl.** Arrêtez!

**M. Philippe Gosselin.** Il est impossible de le connaître. Ce n'est pourtant pas neutre!

**M. Stéphane Delautrette, rapporteur.** Ce n'est pas le sujet!

**M. Philippe Gosselin.** C'est un des éléments!

**M. Stéphane Delautrette, rapporteur.** La question dont nous devons débattre, que nous devons trancher, est la suivante : à qui voulons-nous donner accès à ce droit? Nous répondrons ensuite aux besoins exprimés par les malades qui se trouvent dans la situation requise. Bien malin qui pourrait prédire combien il y aura l'an prochain de personnes atteintes d'affections graves et incurables qui rempliraient les critères! Encore une fois, là n'est pas le sujet. Vous avez le droit de vouloir réserver ce dispositif à des gens qui seront à trois jours de leur décès : c'est votre point de vue. Nous, nous considérons que toute personne répondant aux critères énoncés par l'article doit pouvoir bénéficier de l'aide à mourir ; ce n'est pas une question de nombre. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe SOC.*)

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Potier.

**M. Dominique Potier.** Pourquoi la question des données est-elle fondamentale? Parce qu'avec ce texte nous ne débattons pas seulement d'une liberté individuelle, mais d'un choix de société.

**Mme Ségolène Amiot.** Absolument pas!

**M. Stéphane Delautrette, rapporteur.** Mais non, pas du tout!

**M. Dominique Potier.** Une grande partie de la communication des partisans de la proposition de loi a consisté à faire croire que le dispositif serait réservé à quelques situations d'exception, complétant en quelque sorte la loi Claeys-Leonetti. Or, selon les chiffres fournis par les opposants au texte, pour la plupart issus du milieu médical, le nombre de personnes concernées – je ne parle pas des gens qui demandent la mort, mais de l'ensemble des patients qui rempliraient les critères pour le faire – serait d'environ 1 million. Tous, bien sûr, ne feront pas cette demande! Reste que sur cette base de 1 million, en matière d'épidémiologie, il est certainement possible de répondre à la question des six mois soulevée par notre collègue, au moins par une estimation.

Faute de données, nous délibérons à l'aveugle. La notion de phase avancée permet d'entretenir un flou contraire à la bonne délibération. La seule certitude que nous ayons, c'est qu'un Français sur deux est privé de la solution alternative des soins palliatifs!

**M. le président.** Je précise que je m'efforce de donner la parole à ceux qui ne se sont pas encore exprimés, afin de varier les discours.

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Varier les plaisirs! (*Sourires.*)

**M. le président.** En l'occurrence, les deux derniers orateurs appartenaient au même groupe, mais l'un intervenait pour, l'autre contre. En outre, depuis le début de la séance, c'était le premier rebond du groupe socialiste.

(*L'amendement n° 1087 n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 67 de M. Fabien Di Filippo est défendu.

Quel est l'avis de la commission?

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Même avis.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Paul Mattei.

**M. Jean-Paul Mattei.** Depuis le début de cette lecture du texte, c'est la première fois que je m'exprime. L'article 4 énumère les conditions, cumulatives, requises pour avoir accès au dispositif. Les deux premières – être majeur et de nationalité française – portent sur la forme, les deux suivantes sur le fond. Ce qui me gêne un peu, c'est que nous analysons l'alinéa 7 sans prendre en compte l'alinéa 8, ni même l'alinéa 9, qui mentionne la volonté du patient. Les amendements visant à modifier la rédaction de cet alinéa 7 me troublent. Tel qu'il est écrit, le texte procède d'un compromis. Il résulte de longues discussions et protégera le malade, la famille et le corps médical, ce qui est très important. Ne traitons pas paragraphe par paragraphe ce qui constitue un ensemble. Je suis contre l'amendement.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Absolument !

**M. le président.** La parole est à M. René Pilato. (*« Cela fait deux orateurs contre ! » sur quelques bancs du groupe RN.*)

**M. René Pilato.** J'irai bien évidemment dans le même sens que notre collègue et je répondrai à M. Potier, qui a parlé d'un choix de société. Mais si ce texte passe, collègue, qu'est-ce que cela changera pour les gens qui sont contre ? Nous créons un droit : ceux qui voudront en user en useront ; ceux qui ne voudront pas en entendre parler n'en entendront jamais parler. Je veux bien qu'on débattenne, il n'y a pas de souci, mais j'aimerais bien que les convictions autres, dirai-je, que celles qui doivent nous guider au sein du Palais-Bourbon restent aux portes du Palais-Bourbon. C'est là quelque chose de fondamental.

**M. Dominique Potier.** Vos propos sont insupportables !

**M. Thibault Bazin.** Notre mandat n'est pas impératif : ces sous-entendus sont inadmissibles !

**M. Philippe Gosselin.** C'est irrespectueux ! C'est du terrorisme intellectuel !

**M. Dominique Potier.** Ce que vous dites est insupportable ! C'est la police de la pensée !

*(L'amendement n° 67 n'est pas adopté.) (Invectives de banc à banc.)*

**M. le président.** La parole est à M. Charles Sitzenstuhl, pour soutenir l'amendement n° 852. S'il vous plaît, chers collègues, un peu de calme !

**M. Charles Sitzenstuhl.** Il vise à instaurer un garde-fou. J'ai beaucoup d'amitié pour le président Mattei, mais je ne suis pas d'accord avec sa dernière intervention : il faudrait cesser de présenter ce texte comme un compromis !

**M. Philippe Gosselin.** Il n'y a jamais eu de compromis !

**M. Charles Sitzenstuhl.** Ses promoteurs ont opéré un certain nombre d'ajustements, que je qualifierai de tactiques ; il n'en est pas moins radical. Par ailleurs, monsieur Delautrette, pourquoi avez-vous peur de communiquer des données ? Quelle honte y aurait-il à établir que, compte tenu des pourcentages de décès par suicide assisté ou euthanasie – en gros, 3 % à 10 % selon le pays concerné –, nous en serons, dans vingt ans, à 20 000 ou 30 000 patients par an ? Où serait la difficulté de l'énoncer ? Beaucoup de nos concitoyens, je l'ai constaté, ne savent pas s'il s'agira chaque année de quelques centaines de personnes ou, comme ce sera le cas, de plusieurs milliers. Cette précision importe au débat public.

**M. Guillaume Garot.** Qu'est-ce que ça change ?

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Même avis.

**M. le président.** La parole est à Mme Danielle Simonnet.

**Mme Danielle Simonnet.** Nous avons longuement débattu de ce texte, de l'inscription dans la législation d'un nouveau droit, du principe de l'aide à mourir. Il y a, parmi nos collègues, des gens qui recherchent véritablement un compromis ; d'autres sont farouchement opposés à la proposition de loi et ne recherchent aucun accord : qu'ils l'assument !

Nous sommes, en vertu de la loi de 1905, dans une République laïque. L'existence d'un droit n'oblige personne à y recourir, mais personne non plus, au nom de vérités révélées, de convictions personnelles, ne doit empêcher autrui de bénéficier de ce droit. Cette future loi relative à l'aide à mourir sera justement une grande loi laïque ! (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe SOC. – Exclamations sur plusieurs bancs du groupe RN.*)

**M. Philippe Gosselin.** Ça n'a rien à voir avec la laïcité, rien !

**M. le président.** J'admettrai cette fois deux orateurs pour et deux contre. La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such.

**Mme Sandrine Dogor-Such.** Tout à l'heure, la difficulté d'évaluer le nombre des malades en phase avancée a été soulevée ; ce qui est certain, c'est que la mesure concernera les patients atteints d'une ALD, soit plus de 1 million de personnes. (*Protestations sur quelques bancs du groupe SOC.*)

**M. le président.** Chers collègues, un peu de silence !

**Mme Sandrine Dogor-Such.** Je vous ai laissés parler, merci de faire de même ! Par définition, le nombre de décès résultant de ce texte ne sera connu qu'une fois celui-ci entré en vigueur. Reste que si nous transposons les effets de la permissive législation québécoise, le calcul donne tout de même, pour la France, 52 000 cas par an.

**Mme Ségolène Amiot.** On va tous mourir, à un moment !

**M. le président.** La parole est à M. Thibault Bazin.

**M. Thibault Bazin.** Cet amendement de notre collègue Sitzenstuhl, comme tous les autres amendements, mérite le respect : c'est notre liberté que de pouvoir exprimer nos idées ici ; à cet égard, la réponse faite à M. Potier m'a heurté.

**M. Dominique Potier.** Elle était scandaleuse !

**M. Thibault Bazin.** Je n'ai pas la même sensibilité que notre collègue. Toutefois, j'apprécie sa liberté de parole. Puisque ce texte devrait constituer une loi de la République, souffrez que nous nous demandions si la fraternité, la liberté, l'égalité, dans ce cadre, seraient réellement vécues. Des contraintes existent, nous le savons tous. Le problème de l'accès aux soins, dans certains territoires, pourrait biaiser la liberté de choix. Des personnes éligibles peuvent se demander : « Que vaut ma vie ? »

**M. Dominique Potier.** Ce n'est pas normal !

**M. Thibault Bazin.** Ce n'est pas une question de religion, mais une question d'humanité. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes DR, RN et UDR.*) Ne cherchez donc pas à disqualifier ces interrogations; elles sont précieuses, elles méritent que l'on s'y attarde. L'honneur de la République réside dans le fait de conjuguer la liberté, l'égalité et la fraternité! (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes DR, RN et UDR. – Mme Annie Vidal applaudit également.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Ce texte s'adresse à des malades dont le pronostic vital est engagé. Par conséquent, monsieur Sitzenstuhl, il n'aura pas pour effet d'augmenter le nombre des décès! Le dispositif modifiera seulement, pour certains de nos concitoyens, le moment et la manière de mourir. Vous avez travaillé sur le sujet: vous savez qu'en Belgique, l'euthanasie représente en moyenne 3 % des décès annuels – dans l'Oregon, c'est entre 0,5 % et 0,8 %. Parmi les 600 000 personnes qui meurent chaque année en France, nous permettrons désormais à quelques-unes, qui savent qu'elles vont mourir, de le faire de la façon dont elles le souhaitent. C'est tout! (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes EPR et SOC.*)

(*L'amendement n° 852 n'est pas adopté.*)

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n° 891 et 1122, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Charles Sitzenstuhl, pour soutenir l'amendement n° 891.

**M. Charles Sitzenstuhl.** Il vise à supprimer du texte la notion floue de qualité de vie, laquelle introduit une certaine subjectivité là où, compte tenu de la gravité du sujet, nous devrions nous en tenir à des critères très objectifs.

Lorsque tout à l'heure j'ai demandé des données chiffrées, j'ai entendu un membre du groupe socialiste me crier: « Qu'est-ce que ça change? » Cher collègue, je l'ai constaté dans ma circonscription: nombre de nos concitoyens pensent de bonne foi que les personnes qui recourront chaque année à l'aide à mourir seront peu nombreuses; pour beaucoup d'entre eux, savoir que leur nombre ne se chiffrera ni en dizaines, ni même en centaines, mais en milliers, changerait beaucoup de choses! Lorsque vous faites observer que les critères d'éligibilité sont très larges, lorsque vous rappelez ce qui se passe en Belgique et aux Pays-Bas et que vous en déduisez que nous aurons vite dépassé la dizaine de milliers de cas annuels, je le répète, vous voyez changer le regard de gens jusque-là favorables au texte. De nombreux Français, dans ce débat, sont floués: ils croient que la mesure ne concernera que quelques dizaines, tout au plus quelques centaines de personnes par an, ce qui n'est pas vrai.

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Juvin, pour soutenir l'amendement n° 1122.

**M. Philippe Juvin.** L'un des critères prévus par le texte consiste en une « aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie ». Cette formule est trop vague: toute maladie affecte la qualité de vie.

Je vous propose donc un amendement de précision. Il s'agit d'indiquer que, pour accéder à l'aide à mourir, la personne malade doit présenter un état de santé qui affecte

« gravement » sa qualité de vie. Je pense que nous sommes tous d'accord sur ce point: cette proposition de loi ne doit s'appliquer qu'à des personnes dont la qualité de vie est gravement affectée.

**M. René Pilato.** Ces personnes vont mourir!

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission?

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Les propos de Mme Firmin Le Bodo sont imparables et empreints de bon sens. Elle a tout dit. Ce sont des personnes qui vont mourir.

**M. Patrick Hetzel.** Et alors?

**M. Charles Sitzenstuhl.** Tout le monde va mourir!

**Mme Ségolène Amiot.** Mais eux, ils le savent!

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Monsieur Sitzenstuhl, les chiffres que vous avancez sont farfelus!

**M. Charles Sitzenstuhl.** Non!

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** La Belgique a légiféré en 2002: vingt-deux ans après, en 2024, 3,6 % des décès totaux résultent d'une euthanasie – j'emploie ce terme parce que c'est la dénomination que les Belges ont choisie.

**M. Charles Sitzenstuhl.** Je n'ai pas dit l'inverse!

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Arrêtez les fantasmes, cessez d'agiter les peurs! (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LFI-NFP et SOC, ainsi que sur quelques bancs du groupe EPR.*) La réalité, la voilà: ce sont des personnes qui vont mourir. Avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Il me semble important d'indiquer que l'état de santé de la personne « affecte sa qualité de vie ». Avis défavorable sur l'amendement de M. Sitzenstuhl.

Quant à l'amendement de M. Juvin, je comprends son intention, mais la rédaction actuelle du texte reprend la définition de la Haute Autorité de santé, d'où mon avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Patrick Hetzel.

**M. Patrick Hetzel.** Je souhaite revenir sur l'amendement de mon collègue Philippe Juvin. L'introduction d'un terme qui marque une intensité – en précisant que la qualité de vie est « gravement altérée » – me semble sensée. Vous nous assurez en permanence que cette mesure ne concernera qu'un nombre très restreint de personnes. Si notre volonté commune est de limiter le dispositif aux personnes en fin de vie, alors faisons le nécessaire pour qu'il en soit ainsi. Cette précision a beaucoup de sens. C'est pourquoi nous sommes nombreux sur ces bancs à considérer qu'il faut voter pour cet amendement.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-François Rousset.

**M. Jean-François Rousset.** Je rappelle que cette loi est attendue à la fois par les soignants, les familles et les malades. Aujourd'hui, notre seule solution est de calmer les douleurs par des soins palliatifs, jusqu'à atteindre des doses létales. Bien souvent, la prescription intervient en fin d'après-

midi, la contre-visite suit et le décès survient au petit matin. Cette loi s'adresse également à ceux qui n'ont pas accès aux soins palliatifs.

Faire des projections chiffrées n'a aucun sens. Quel est l'intérêt de spéculer sur le nombre de malades qui solliciteront ce droit dans vingt ans? Cette loi s'adresse à des individus, pas à des paquets statistiques! Par ailleurs, nul ne peut anticiper les progrès thérapeutiques à venir. Imaginons qu'une avancée extraordinaire permette de traiter la moitié des douleurs actuellement insupportables. La proposition de loi que nous votons ne devrait-elle pas tenir compte de ces éventuelles évolutions?

Je l'ai dit hier : restons simples. Faisons en sorte que ce texte soit applicable. Il définit des critères clairs, il garantit la protection des individus et il est attendu. Il faut vite l'adopter!

*(Les amendements n<sup>os</sup> 891 et 1122, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n<sup>os</sup> 1227 et 1013, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n<sup>o</sup> 1227 de M. Patrick Hetzel est défendu.

L'amendement n<sup>o</sup> 1013 de Mme Delphine Lingemann est défendu.

Quel est l'avis de la commission?

**Mme Brigitte Liso**, rapporteure. Avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement?

**Mme Stéphanie Rist**, ministre. Défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Justine Gruet.

**Mme Justine Gruet.** Ce sont les derniers amendements relatifs à ce critère qui devrait, selon moi, être très strict. L'alinéa dispose que la personne doit être atteinte d'une « affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée, caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie, ou en phase terminale ».

Décortiquons ces termes. Il est question d'une « affection grave et incurable », car vous avez refusé de restreindre cette notion à celle de pathologie. La mention « quelle qu'en soit la cause » élargit le champ des possibles. Quant à l'engagement du pronostic vital d'une maladie « en phase avancée », notons qu'une pathologie installée, à défaut d'être soignée, avance forcément. Concernant l'entrée dans un « processus irréversible », il s'agit, par définition, d'une évolution qui ne peut s'inverser. De même, « l'aggravation de l'état de santé » est consubstantielle à toute affection grave et incurable. Enfin, l'atteinte à la qualité de vie est une notion très subjective. On pourrait arguer que le critère le plus strict réside dans la phase terminale, mais ces critères sont alternatifs puisque liés par le mot « ou ».

Voter le texte en ces termes, c'est accepter de confier aux professionnels de santé la responsabilité de faire le tri des souffrances, sur le fondement de critères subjectifs.

**M. Jean-Paul Mattei.** Mais pas du tout!

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Vigier.

**M. Philippe Vigier.** Notre collègue Philippe Juvin affirmait tout à l'heure que toutes les maladies affectent la qualité de vie. Sur ce point, nous sommes d'accord. Mais toutes les maladies, selon leur gravité et leur avancement – et plus encore en phase terminale –, n'affectent pas la qualité de vie avec la même intensité. Vous le savez mieux que quiconque : un patient en réanimation n'a pas la même qualité de vie qu'un patient alité à la suite de trois fractures spiroïdes. Prétendre le contraire est impossible.

**M. Philippe Juvin.** Et alors?

**M. Philippe Vigier.** Je ne saisis pas votre argument consistant à dire que nous ferions peser une charge indue sur le corps médical. C'est le métier de ces professionnels! Tous les jours, ils évaluent la situation des patients : ils doivent appréhender l'évolution de la pathologie, déterminer si le pronostic vital du patient est réellement engagé et estimer les espoirs de survie. Je rappelle que la notion de collégialité, que nous avons ajoutée, est beaucoup plus protectrice que le système actuel, dans lequel un seul médecin suit les patients dont le pronostic vital est engagé en phase avancée de la maladie.

Enfin, monsieur Sitzenstuhl, comme Thibault Bazin, vous dites que l'on va proposer l'aide à mourir à des centaines de milliers de personnes...

**M. Charles Sitzenstuhl.** Je n'ai pas dit ça! Arrêtez les caricatures, c'est insupportable!

**M. Philippe Vigier.** C'est faux! Le chiffre de 2,3 % en Belgique le prouve. Ne faites pas peur inutilement!

*(Les amendements n<sup>os</sup> 1227 et 1013, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n<sup>os</sup> 320 et 1085.

La parole est à Mme Justine Gruet, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 320.

**Mme Justine Gruet.** J'imagine que l'on m'indiquera que la disposition que je propose est prévue dans un article ultérieur. J'estime toutefois que ce critère doit être défini dès l'article 4. L'accès aux soins palliatifs n'est malheureusement pas garanti partout sur le territoire. Dès lors, les souffrances décrites dans cet alinéa ne sont pas toujours prises en charge par une équipe spécialisée dans les soins palliatifs. Cet amendement complète donc l'alinéa 8 en précisant que la mesure est proposée au patient « dès lors que l'accès aux traitements adaptés et aux soins palliatifs lui est effectivement garanti ». Ces soins ne sont pas obligatoires et le patient conserve la liberté de les refuser. Néanmoins, il est impératif que l'accès aux soins palliatifs soit assuré pour proposer une véritable alternative. C'est tout l'objet de cet amendement.

**M. le président.** La parole est à M. Charles Sitzenstuhl, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 1085.

**M. Charles Sitzenstuhl.** Il s'agit d'un amendement de repli.

J'en profite pour répondre au rapporteur général Olivier Falorni, ainsi qu'à notre collègue Philippe Vigier. Je m'efforce de contribuer à ce texte de manière sérieuse en préparant mes interventions et je partage les propos d'Agnès Firmin Le Bodo, même si nous divergeons sur le fond. Les données transmises par M. Falorni sont justes : en Belgique, les morts par euthanasie représentent 3,6 % des décès. Mais il me semble utile que ce pourcentage soit égale-

ment exprimé en données brutes, afin de montrer à nos concitoyens que nous ne parlons pas seulement de quelques dizaines ou de quelques centaines de cas. On a dénombré 4 000 euthanasies en Belgique en 2024, pour une population de 12 millions d'habitants. Si l'on applique une simple règle de trois, on arrive, pour la France et ses 68 millions d'habitants, à un chiffre dépassant les 20 000 personnes. (*Exclamations sur quelques bancs des groupes LFI-NFP et SOC.*) Ce ne sont donc pas des données farfelues que je transmets à l'Assemblée nationale. Il ne s'agit certes que d'une estimation, mais elle pallie l'absence de données chiffrées dans le texte. Je vous demande donc de ne pas discréditer ma parole, même si nous sommes en désaccord.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Madame Gruet, vous avez anticipé ma réponse : votre amendement est satisfait dans la mesure où il est prévu, à l'article 5, que le médecin propose à la personne malade de bénéficier de soins palliatifs et s'assure, le cas échéant, qu'elle puisse y accéder. Avis défavorable sur les deux amendements.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Pannier-Runacher.

**Mme Agnès Pannier-Runacher.** Je suis défavorable à ces amendements.

Monsieur Sitzenstuhl, vous avez raison de demander des chiffres, mais il conviendrait de s'interroger également sur le nombre de personnes qui bénéficient déjà d'une aide à mourir.

**M. Philippe Vigier.** Eh oui !

**Mme Agnès Pannier-Runacher.** Car nous le savons tous : dans les services hospitaliers, des patients reçoivent déjà cette aide, de manière illégale, au prix de risques importants, assumés par humanité. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes SOC, EcoS et Dem. – Mme Ségolène Amiot applaudit également.*) Nous devons les protéger et éviter ces situations. Par ailleurs, combien de Français partent-ils à l'étranger ? Des centaines, sans doute. Combien de Français souffrent-ils ou ont-ils souffert le martyr lors d'une sédation profonde et continue ? Madame Gruet, la sédation profonde et continue n'est pas vraiment un chemin semé de roses...

**Mme Justine Gruet.** Mais leur pronostic vital est engagé à court terme !

**Mme Agnès Pannier-Runacher.** Au fond, la véritable question qui se pose est la suivante : combien de jours de douleur insupportable évités ? (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes EPR, LFI-NFP, SOC et EcoS.*)

**M. le président.** La parole est à M. Christophe Bentz.

**M. Christophe Bentz.** Je m'exprime peu, voire plus du tout, puisque j'ai retiré la quasi-intégralité de mes amendements pour ne pas cautionner l'article 4 et ses critères d'accès au droit à l'aide à mourir, qui sont des garde-fous fictifs et temporaires ! À ce stade de la discussion, il me semble toutefois important que nous inscrivions l'effectivité de l'accès aux soins palliatifs comme un préalable à l'accès à l'aide à mourir.

Pour ceux qui nous regardent et qui n'ont pas assisté aux débats de la commission, je rappelle que la mention de l'effectivité a été supprimée sous couvert d'amendements rédactionnels, ce qui n'est pas très honnête – j'y reviendrai lors de l'examen de l'article 5. C'est bien à l'alinéa 8 de l'article 4 qu'il faut l'inscrire. Voilà pourquoi nous soutenons les amendements de nos collègues Gruet et Sitzenstuhl.

(*Les amendements identiques n° 320 et 1085 ne sont pas adoptés.*)

**M. le président.** Sur les amendements n° 1175 et n° 652 et identiques, je suis saisi par les groupes Socialistes et apparentés, Horizons & indépendants et La France insoumise-Nouveau Front populaire de demandes de scrutin public.

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

Je suis saisi de plusieurs amendements, n° 1175, 652, 977, 1184, 1318, 1846, 672, 277, 588, 673, 1218 et 1648, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 652, 977, 1184, 1318 et 1846 sont identiques, tout comme les amendements n° 277, 588, 673, 1218, 1648.

La parole est à M. René Pilato, pour soutenir l'amendement n° 1175.

**M. René Pilato.** J'aimerais revenir sur nos discussions en commission au sujet des souffrances physiques et psychologiques constantes. Pour donner de la clarté au texte, dès lors que toutes les autres conditions sont remplies – le pronostic vital est engagé, les souffrances sont insupportables et réfractaires à tout traitement –, il me semble inutile de préciser si elles sont physiques ou psychologiques, car les unes ne vont pas sans les autres. On peut souffrir psychologiquement de savoir que l'on va mourir. On peut souffrir de douleurs intermittentes, dont la récurrence entame le moral. De même, lorsqu'une souffrance exclusivement psychologique s'installe et s'intensifie au point de devenir réfractaire à tout traitement, il est bien difficile de la distinguer d'une souffrance physique. Je vous propose donc de simplifier le texte dès lors que les autres critères sont réunis.

**M. le président.** La parole est à M. Stéphane Peu, pour soutenir l'amendement n° 652.

**M. Stéphane Peu.** Avant de défendre l'amendement, j'aimerais répondre à certains collègues. Hier soir, j'ai essayé d'expliquer pourquoi, dans notre groupe, certains étaient pour la proposition de loi et d'autres contre. Nous sommes plusieurs communistes athées à être opposés à ce texte parce qu'il laisse entrevoir une société dont nous ne voulons pas. Je m'en tiendrai là pour le moment – je vous renvoie à mes propos d'hier. Quand bien même certains ont pu qualifier le communisme de religion du salut terrestre, mon engagement reste profondément laïc.

L'amendement tend à préciser que les souffrances psychologiques seules ne peuvent pas constituer un critère suffisant pour bénéficier de l'aide à mourir.

**M. Philippe Gosselin.** Eh oui !

**M. Stéphane Peu.** Je crains que ce texte n'entrouvre une porte qu'on ne cessera de pousser plus avant. Nous avons vu dans d'autres pays quels sont les risques. (*Mme Marie-Agnès Poussier-Winsback et M. Philippe Gosselin applaudissent.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Annie Vidal, pour soutenir l'amendement n° 977.

**Mme Annie Vidal.** L'objectif est le même que celui de M. Peu. Il paraît très important de bien préciser qu'une « souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir ». Il n'est donc pas nécessaire de garder les mots « physique ou psychologique » à l'alinéa 8. C'est aussi ce que demande le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), car il est très difficile pour un médecin de faire la part entre les souffrances psychologiques qui trouveraient leur origine directe dans la maladie et celles qui auraient une source externe. Le Cnom s'interroge également sur la rationalité du choix du suicide et sur le fait que l'expression d'une intentionnalité suicidaire puisse être en lien avec une altération du fonctionnement cognitif.

**M. le président.** L'amendement n° 1184 de Mme Maud Petit est défendu.

La parole est à Mme Nathalie Colin-Oesterlé, pour soutenir l'amendement n° 1318.

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé.** Je vais dans le même sens que mes collègues : une souffrance psychologique seule ne doit en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Potier, pour soutenir l'amendement n° 1846.

**M. Dominique Potier.** À cet instant, je pense à tous ceux qui, dans le silence de communautés et de lieux d'accueil divers, travaillent à redonner espoir à ceux qui l'ont perdu. Voter cet élargissement des critères, jusqu'à une liberté sans limite, serait une folie compte tenu de la nature et de l'essence de l'homme.

Monsieur Pilato, madame Simonnet, ce que vous avez dit plus tôt m'a profondément blessé. Je le dis très calmement et je n'attends pas de réaction : je suis profondément blessé. Depuis hier, j'explique que les traditions personnaliste, solidariste et marxiste de députés de la gauche les conduisent à s'opposer à la proposition de loi, mais j'ai découvert une police de la pensée. (« Oh ! » sur quelques bancs des groupes LFI-NFP, SOC et EcoS. – « Eh oui ! » sur plusieurs bancs du groupe DR.)

**Mme Élise Leboucher, rapporteure.** Ça n'a aucun rapport avec l'amendement !

**M. Dominique Potier.** Monsieur Pilato, je n'interroge pas vos convictions, je les respecte profondément. Je ne vous demande pas de les laisser à l'extérieur de l'hémicycle. Dans un cadre républicain, nous donnons des informations et des arguments de raison. Vous n'avez pas le droit de discriminer des idées ni d'exercer une police de la pensée. Ce que vous avez fait est d'une violence inouïe ! C'est insupportable ! (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes DR et HOR. – Mmes Blandine Brocard et Annie Vidal applaudissent également.*)

Je remercie tous ceux, sur les bancs des commissions et du gouvernement, sur les bancs de mon groupe et sur les autres bancs, qui se sont honorés à prendre la parole pour défendre une authentique laïcité. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe DR.*)

**M. le président.** L'amendement n° 672 de M. Vincent Trébuchet est défendu.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 277.

**M. Thibault Bazin.** En supprimant, en commission des affaires sociales, la mention qui précisait qu'une « souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir », c'est-à-dire l'administration d'une substance pour donner la mort, et ce malgré son adoption en séance publique en première lecture, nous avons introduit une modification majeure dans le texte. Monsieur le rapporteur général, vous y avez vu une clarification de cohérence ; cette clarification m'inquiète profondément.

De nombreuses personnes souffrant d'une maladie incurable souffrent également d'une dépression, souvent masquée par la première. Pour rappel, lors de son audition devant la commission en avril 2025, le professeur Jacques Bringer, président du comité d'éthique de l'Académie nationale de médecine, rappelait qu'il convient « d'éviter les dérives observées dans certains pays où des jeunes de 20 ans, atteints d'anorexie mentale, ont reçu une aide à mourir » et que « de nombreuses personnes atteintes d'une maladie chronique en phase terminale souffrent d'un état dépressif masqué, et sont susceptibles de formuler des demandes influencées par cette dépression non diagnostiquée ».

**M. Sébastien Peytavie.** Ça n'a rien à voir !

**M. Thibault Bazin.** L'Académie a répété cette semaine qu'il s'agissait d'une « ambiguïté interprétative à haut risque de déviance pour des patients relevant de soins appropriés à leur état psychologique ». Je vous propose donc de rappeler qu'il revient aux professionnels de santé de tout faire pour diminuer la détresse psychologique d'un malade, celle-ci ne pouvant justifier le recours à un acte irréversible comme l'absorption ou l'injection d'une substance provoquant la mort.

**M. le président.** L'amendement n° 588 de Mme Hanane Mansouri est défendu.

L'amendement n° 673 de M. Vincent Trébuchet est défendu.

La parole est à M. Philippe Gosselin, pour soutenir l'amendement n° 1218.

**M. Philippe Gosselin.** Une fois de plus, dans un élan transpartisan, je me retrouve pleinement dans les propos de M. Potier et de M. Peu. C'est une alliance qui peut paraître curieuse, mais ce n'est pas un hasard si nous nous rejoignons, sur certains bancs, dans une forme d'humanisme – je ne fais bien sûr de mauvais procès à personne en disant cela.

Je pense à ceux qui épaulent, à ceux qui doutent. Je pense, pour de nombreuses raisons d'ordre personnel, à des jeunes filles anorexiques qui ont attenté à leurs jours et qui, dans certains pays, ont été euthanasiées.

**Mme Camille Galliard-Minier et Mme Brigitte Liso, rapporteure** Elles ne sont pas concernées !

**M. Philippe Gosselin.** Je pense aussi à cette jeune Belge qui avait réchappé physiquement aux attentats de Bruxelles et qui, elle aussi, a été euthanasiée le 7 mai 2022.

**Mme Sandrine Rousseau.** Elles ne sont pas concernées !

**M. Philippe Gosselin.** Les souffrances psychiques sont évidemment à prendre en considération, mais si on les retient ici comme cause unique,...

**M. Sébastien Peytavie.** Ce n'est pas le cas !

**M. Philippe Gosselin.** ...alors nous ouvrons une porte que nous ne pourrions plus refermer – c'est peut-être ce que souhaitent certains d'entre vous. Les mots « ou psychologique » doivent être supprimés. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes DR, RN et HOR. – Mmes Blandine Brocard et Annie Vidal applaudissent également.*)

**M. le président.** La parole est à M. Thomas Ménagé, pour soutenir l'amendement n° 1648.

**M. Thomas Ménagé.** Je ne me suis pas exprimé jusqu'à présent, mais je souhaite le faire au sujet de cet amendement. Les critères pour accéder au droit à l'aide à mourir sont cumulatifs : il n'est pas possible de retenir le seul critère de la souffrance psychologique – il est donc faux d'affirmer que ce serait dangereux de le faire puisqu'il y a d'autres critères à respecter, notamment celui d'être atteint d'une affection grave et incurable en phase avancée.

Nous nous rejoignons, je pense, sur la nécessité de préserver et de défendre au maximum la vie. Selon la HAS, l'expression « phase avancée » nous fait entrer dans une zone grise entre maladie curable et maladie terminale. Or cette période peut parfois durer des années. De toute évidence, quand on est atteint d'une maladie incurable, on éprouve une souffrance psychologique très forte, une souffrance qui doit être accompagnée. En revanche, elle ne peut suffire à elle seule à accéder à l'aide à mourir, sous peine d'ouvrir la boîte de Pandore.

Je suis favorable au texte, mais vous ne pouvez pas minimiser les inquiétudes légitimes de ses opposants. Il faut refuser que la souffrance psychologique seule puisse être considérée comme un critère et supprimer les mots « ou psychologique » – c'est une avancée que nous avons adoptée en commission. (*M. Christophe Bentz applaudit.*)

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur tous ces amendements en discussion commune ?

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Ces amendements sont différents dans leurs rédactions et dans leurs intentions, mais je suis défavorable à chacun d'entre eux.

Le n° 1175 supprime la caractérisation physique ou psychologique de la souffrance. C'est une mauvaise idée car il est utile de préciser que la souffrance est « physique ou psychologique ». Certes, supprimer cette caractérisation équivaldrait à inclure les deux, mais il est inopportun de modifier le texte tel qu'il est sorti de la commission.

Les amendements n°s 652 à 1846, en plus de supprimer la référence aux types de souffrance, précisent que les souffrances psychologiques seules ne peuvent ouvrir l'accès à l'aide à mourir. Je vous propose de suivre l'avis de la commission, qui avait supprimé cette mention. Il est impossible de recourir à l'aide à mourir sur la seule base d'une souffrance psychologique. Les critères étant cumulatifs, cette mention est superfétatoire. Elle aurait éventuellement sa place dans un exposé des motifs, afin de rassurer, mais pas dans la loi.

Enfin, les amendements n°s 672 à 1648 suppriment la prise en considération des souffrances psychologiques. Ces amendements témoignent d'une confusion : le texte

n'ouvre pas l'accès à l'aide à mourir à toute personne présentant des souffrances psychologiques. La personne doit être atteinte d'une affection grave et incurable, engageant le pronostic vital, en phase avancée ou terminale. De plus, la souffrance doit être directement liée à l'affection et être soit réfractaire aux traitements, soit insupportable. Ces conditions s'ajoutent à toutes les conditions de procédure prévues par le texte.

Il m'apparaît essentiel que le collègue pluriprofessionnel puisse prendre en considération les souffrances psychologiques, très fréquentes en fin de vie et qui peuvent devenir insupportables, au même titre que des souffrances physiques. Je me refuse à hiérarchiser les souffrances. Cela ne ferait que mettre en difficulté le collègue pluriprofessionnel qui, je le répète, doit se prononcer sur des souffrances liées à l'affection et réfractaires au traitement. Restreindre le texte aux seules souffrances physiques serait inapproprié et inopportun parce que cela laisserait supposer qu'une souffrance psychologique n'est pas une souffrance. Je m'y refuse. (*Mme Dominique Voynet et M. Gérard Leseul applaudissent.*)

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Je suis favorable aux amendements qui inscrivent, dans la proposition de loi, l'impossibilité, pour une souffrance psychologique seule, d'ouvrir l'accès à l'aide à mourir. Dans la grande majorité des cas, les patients qui demanderont à bénéficier de l'aide à mourir présenteront des souffrances physiques accompagnées de souffrances psychologiques. Elles sont indissociables. Afin de préserver l'équilibre initial du texte, d'éviter un élargissement implicite et de sécuriser les professionnels, je suis favorable aux amendements n° 652 et identiques.

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Dubré-Chirat.

**Mme Nicole Dubré-Chirat.** Le texte a évolué grâce à des compromis, et ce à chaque lecture, en commission et en séance. Je rejoins M. Mattei sur le fait qu'il faut arrêter de découper les phrases, d'isoler les critères et de les opposer entre eux : ils sont cumulatifs.

S'agissant de l'alinéa 8, je reprends à mon compte ce que disait Olivier Falorni à l'instant : le critère d'une souffrance physique ou psychologique constante, liée à une affection en phase terminale, se cumule avec les autres et n'est pas retenu isolément. Toutes les douleurs physiques ont une incidence psychologique. Je ne connais pas de patient pour lequel ce ne soit pas le cas. Enfin, un médecin peut demander l'avis d'un psychiatre au sujet de l'état psychique de l'un de ses patients. Nous voterons contre ces amendements. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes EPR et SOC.*)

**M. le président.** La parole est à M. René Pilato.

**M. René Pilato.** Je vous ai bien écoutée, madame Vidal : vous disiez, à juste titre, qu'il était difficile de déterminer et d'isoler la souffrance psychologique. Cet argument justifie mon amendement n° 1175, le premier de cette discussion commune ! S'il est impossible de dissocier la souffrance physique et la souffrance psychologique, c'est qu'il faut supprimer leur distinction. C'est la souffrance dans son ensemble qui doit être, avec les autres critères, considérée par l'équipe soignante pour déterminer l'éligibilité du patient à l'aide à mourir. D'une certaine manière, vos propos ont donné de la force à mon amendement : je vous en remercie.

**M. le président.** La parole est à Mme Sandrine Rousseau.

**Mme Sandrine Rousseau.** Le texte ne prévoit pas qu'une souffrance psychologique seule puisse autoriser l'accès à l'aide à mourir, ce qui me paraît important. En raison du caractère cumulatif des critères, cette porte ne sera pas ouverte.

Par contre, quand on souffre d'une pathologie comme la maladie de Charcot, dont on parle beaucoup dans cet hémicycle (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe RN*),...

Pourquoi cette réaction ? C'est l'une des maladies les plus graves et les plus invalidantes qui soient ! Quand on souffre d'une telle pathologie, ce ne sont pas tant les souffrances et les douleurs du corps qui justifient les demandes d'aide à mourir, c'est la souffrance psychologique induite par l'emmurement dans son propre corps. Minimiser les souffrances psychologiques induites par une pathologie, par ailleurs diagnostiquée et vérifiée, c'est ne pas les tenir pour réelles. Or dans des maladies neurodégénératives, la souffrance psychologique est au moins aussi importante que la souffrance physique. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LFI-NFP.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Hanane Mansouri.

**Mme Hanane Mansouri.** L'argument des critères cumulatifs, ici, ne fonctionne plus : un choix est bien fait entre les souffrances physiques et les souffrances psychologiques. (« *Mais non !* » sur plusieurs bancs des groupes SOC et EcoS.)

**Mme Dieynaba Diop.** Les critères restent cumulatifs !

**Mme Danièle Obono.** Arrêtez de raconter n'importe quoi !

**Mme Hanane Mansouri.** Comme l'a expliqué mon collègue Thomas Ménagé – que vous ne pouvez accuser de quoi que ce soit puisqu'il soutient le texte –, le danger est que toutes les personnes atteintes d'une maladie grave et incurable demandent l'aide à mourir car leur diagnostic aura provoqué des souffrances psychologiques.

**Mme Nicole Dubré-Chirat.** Mais non !

**Mme Hanane Mansouri.** Le deuxième problème est que les patients souffrant de maladies psychiatriques et psychologiques soient éligibles à l'aide à mourir.

**Mme Dieynaba Diop.** Non, ils ne répondront pas à tous les critères !

**Mme Hanane Mansouri.** Si une personne bipolaire tente de mettre fin à ses jours et que son pronostic vital est engagé, en raison du critère de souffrance psychologique, elle pourrait prétendre à l'euthanasie ou au suicide assisté.

**M. le président.** La parole est à M. Thomas Ménagé.

**M. Thomas Ménagé.** Je remercie la ministre pour son avis favorable et son intention de revenir au texte initial. Quand on touche à des sujets aussi importants que la vie et la mort, il faut agir avec beaucoup de prudence.

Jusqu'à présent, la contradiction entre la proposition de loi et la politique de prévention du suicide n'a pas été relevée ; elle existe, pourtant. Si, en droit, le caractère cumulatif des critères peut s'entendre, il ne faut pas négliger l'interprétation que fera la société de l'aide à mourir. Ce texte est compliqué. Je ne suis pas d'accord avec Mme Mansouri, puisque les critères sont cumulatifs et que la maladie du demandeur doit être en phase avancée ; plus généralement, nous ne sommes pas tous d'accord ici ; certains Français pourraient penser qu'une souffrance psychologique suffira à donner accès à l'aide à mourir. Préciser qu'« une souffrance psycho-

logique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir » pourrait donc clarifier, équilibrer et expliquer les dispositions de la proposition de loi. Je reconnais, au passage, que les amendements qui tendent à compléter l'alinéa 8 par cette phrase et qui sont soutenus par le gouvernement sont mieux rédigés que le mien. Ils permettent de concilier prévention du suicide et prise en considération de souffrances psychologiques qu'il ne faut pas négliger.

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Un équilibre avait été trouvé en première lecture grâce à un amendement adopté en commission. La disposition visée a finalement été supprimée en deuxième lecture par la commission. Notre objectif est que la loi soit intelligible pour tous les citoyens et qu'elle protège les soignants. Or parler de « souffrance physique ou psychologique » peut faire subsister un doute. Je ne crois pas qu'il soit superfétatoire de préciser que « la souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir ». Si telle est notre volonté, écrivons-le clairement dans la loi ! Ce complément ne me paraît pas plus superfétatoire que la mention « quelle qu'en soit la cause » censée préciser que l'affection considérée est grave et incurable, mais qui n'apporte rien en réalité.

Votons les amendements n° 652 et identiques. Ils permettent de rétablir l'équilibre du texte, de préciser son objet et de rappeler qu'en aucun cas une souffrance psychologique seule permettra d'accéder à l'aide à mourir. Ils nous permettront de franchir un grand pas. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes RN, DR et HOR. – M. Stéphane Peu applaudit également.*)

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission des affaires sociales.

**M. Frédéric Valletoux, président de la commission des affaires sociales.** Le texte a beaucoup évolué à chaque étape de son parcours – l'an dernier déjà et en commission –, comme l'a rappelé Nicole Dubré-Chirat. Nous essayons de trouver un chemin de passage, en l'occurrence un chemin de crête, et au gré des ajustements, certains peuvent estimer que la copie s'éloigne plus ou moins de leurs convictions.

Je suis moi aussi pleinement favorable aux amendements n° 652 et identiques. Agnès Firmin Le Bodo m'a ôté les mots de la bouche – serait-ce la preuve de la cohérence du groupe Horizons ? : on a laissé, à l'alinéa précédent, la mention « quelle qu'en soit la cause », qui n'apporte rien au texte, mais que M. le rapporteur général a souhaité garder. Ces amendements tendent à préciser le texte et à répondre à la crainte, qui s'exprime depuis trois ou quatre ans et qu'a relevée notre collègue Gosselin, relative à l'accès à l'aide à mourir pour des patients qui ne présentent que des souffrances psychologiques. La précision, que je soutiens, n'ajoute rien aux dispositions proposées et ne les restreint pas non plus. Comme la ministre, j'appelle à soutenir ces amendements et à revenir au texte tel qu'il a été adopté en mai dernier, avec lequel nous étions assez nombreux à nous sentir à l'aise.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je souhaite répondre à M. Ménagé, qui est, comme nous tous, sensible à la prévention du suicide. L'Observatoire national du suicide (ONS) a rendu son dernier rapport annuel en février 2025. Celui-ci évoque une étude relative à la prévention du suicide dans les

pays qui ont légalisé l'aide à mourir : on y lit que ces dispositifs ont pu offrir un point d'appui à des professionnels ayant été mis au contact de personnes demandeuses d'une aide à mourir mais n'y étant pas éligible, selon les critères locaux. Ces demandes, bien souvent, émanaient de patients atteints d'une dépression profonde ou présentant des souffrances psychologiques qui, seules, n'ouvraient pas droit à l'aide à mourir, même dans des pays aux législations moins restrictives que celles que nous vous proposons. L'ONS a conclu que l'aide à mourir contribuait à la prévention du suicide et à la prise en charge de malades qui n'ont pas pu accéder au dispositif, mais qui ont été identifiés en le sollicitant. Je vous invite à lire la note de l'Observatoire. Elle contredit l'idée selon laquelle la légalisation de l'aide à mourir entraînerait une augmentation du nombre de suicides dans un pays.

Je renouvelle mon avis défavorable sur l'ensemble des amendements.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1175.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	139
Nombre de suffrages exprimés .....	134
Majorité absolue .....	68
Pour l'adoption .....	11
contre .....	123

*(L'amendement n° 1175 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n°s 652, 977, 1184, 1318 et 1846.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	145
Nombre de suffrages exprimés .....	144
Majorité absolue .....	73
Pour l'adoption .....	70
contre .....	74

*(Les amendements identiques n°s 652, 977, 1184, 1318 et 1846 ne sont pas adoptés.)*

*(L'amendement n° 672 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n°s 277, 588, 673, 1218 et 1648.

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

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	140
Nombre de suffrages exprimés .....	138
Majorité absolue .....	70
Pour l'adoption .....	57
contre .....	81

*(Les amendements identiques n°s 277, 588, 673, 1218 et 1648 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de cinq amendements, n°s 68, 12, 587, 1309 et 898, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 12 et 587 sont identiques.

L'amendement n° 68 de M. Fabien Di Filippo est défendu.

La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 12.

**M. Patrick Hetzel.** Hélas, les amendements précédents ont été rejetés alors que leur enjeu était important – notre collègue Stéphane Peu y faisait référence tout à l'heure. Il ressort des exemples développés plus tôt que des pathologies physiques peuvent créer des souffrances psychologiques. Dans de telles situations, souffrances physiques et souffrances psychologiques coexistent et ces dernières ne sont pas seules à se manifester. Permettez-moi une nouvelle fois de vous alerter, à la suite des psychiatres : dans un certain nombre de cas, des souffrances psychologiques peuvent être traitées avec des médicaments. Faisons très attention aux conséquences des dispositions que nous pourrions voter !

**M. le président.** L'amendement n° 587 de Mme Hanane Mansouri est défendu.

L'amendement n° 1309 de M. Philippe Juvin est défendu.

**M. le président.** L'amendement n° 898 de Mme Marie-France Lorho est retiré.

*(L'amendement n° 898 est retiré.)*

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur ces amendements en discussion commune ?

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Il est défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Défavorable également.

*(L'amendement n° 68 n'est pas adopté.)*

*(Les amendements identiques n°s 12 et 587 ne sont pas adoptés.)*

*(L'amendement n° 1309 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de plusieurs amendements, n°s 93, 92, 146, 410, 623, 1010, 1354, 1535 et 1331, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 92, 146, 410, 623 et 1010 sont identiques, tout comme les amendements n°s 1354 et 1535.

Les amendements n°s 1354 et 1331 font l'objet de demandes de scrutin public par le groupe Horizons & indépendants.

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

Les amendements n°s 93 et 92 de M. Corentin Le Fur sont défendus.

**M. le président.** L'amendement n° 146 de Mme Marie-France Lorho est retiré.

*(L'amendement n° 146 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Justine Gruet, pour soutenir l'amendement n° 410.

**Mme Justine Gruet.** Je ne comprends pas pourquoi il n'a pas été intégré à la précédente discussion commune, sachant qu'il vise à remplacer la conjonction de coordination « ou » par « et ». Quoi qu'il en soit, puisque l'amendement de la discussion précédente qui avait presque le même objet – fonder l'accès à l'aide à mourir sur une souffrance physique « et » psychologique – a été rejeté de peu, nous avons, avec celui-ci, l'occasion de voter à nouveau en faveur de cette disposition.

**M. le président.** Les amendements identiques n°s 623 de Mme Hanane Mansouri et 1010 de M. Charles Sitzenstuhl sont défendus.

La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 1354.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo.** Toujours dans l'espoir de trouver un équilibre permettant de rassurer ceux qui, tout en étant partisans du texte, craignent que des souffrances psychologiques puissent fonder à elles seules une demande d'aide à mourir, l'amendement vise à substituer à la conjonction « ou » les mots « et, le cas échéant », afin qu'une souffrance psychologique s'ajoute, « le cas échéant », à la souffrance physique ouvrant l'accès à l'aide à mourir. Nous étions parvenus à trouver ce point d'équilibre en première lecture.

**M. le président.** Sur les amendements n° 92 et identiques, je suis saisi par le groupe Droite républicaine d'une demande de scrutin public.

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

Les amendements n°s 1535 de M. Antoine Villedieu, identique au précédent, et 1331 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé sont défendus.

Quel est l'avis de la commission sur cette série d'amendements ?

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Il est défavorable sur les amendements n°s 93 à 1010. Rendre cumulatives l'exigence d'une souffrance physique et l'exigence d'une souffrance psychologique aurait pour effet de priver de droit à l'aide à mourir une personne qui ne présenterait qu'une souffrance physique.

**Mme Blandine Brocard.** Et l'inverse ?

**Mme Hanane Mansouri.** Soyez honnête !

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Telle serait la conséquence de ces amendements. Je suis également défavorable aux amendements n°s 1354 à 1331. J'ai déjà expliqué que les seules souffrances psychologiques ne sauraient permettre d'accéder à l'aide à mourir – le patient qui en fait la demande devant répondre à l'ensemble des autres critères. Il ne me semble donc pas opportun que le collègue pluriprofessionnel se contente de tenir compte des souffrances psychologiques liées à des souffrances physiques.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Je suis évidemment favorable aux amendements identiques n°s 1354 et 1535 parce qu'ils permettent une clarification rassurante, sans

créer d'obstacle, à destination des soignants, mais aussi de ceux de nos collègues qui pourraient hésiter à voter en faveur de l'ensemble du texte si l'ambiguïté subsistait.

**M. Patrick Hetzel.** Absolument !

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Je suis défavorable à tous les autres amendements de la discussion commune.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Paul Mattei.

**M. Jean-Paul Mattei.** L'amendement n° 1354, en introduisant la mention « et, le cas échéant », constitue un bon compromis ; il permettra d'apaiser le débat en écartant le caractère aléatoire du critère de la souffrance psychologique. Il est le fruit d'un véritable effort de rédaction. J'insiste en outre sur le caractère central de la cinquième condition : la volonté libre et éclairée. Adoptons cet amendement de compromis, qui répond à une inquiétude légitime.

*(L'amendement n° 93 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n°s 92, 410, 623 et 1010.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	126
Nombre de suffrages exprimés .....	124
Majorité absolue .....	63
Pour l'adoption .....	47
contre .....	77

*(Les amendements identiques n°s 92, 410, 623 et 1010 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n°s 1354 et 1535.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	126
Nombre de suffrages exprimés .....	122
Majorité absolue .....	62
Pour l'adoption .....	57
contre .....	65

*(Les amendements identiques n°s 1354 et 1535 ne sont pas adoptés.)*

**M. Thibault Bazin.** Le déséquilibre persiste.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1331.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	124
Nombre de suffrages exprimés .....	115
Majorité absolue .....	58
Pour l'adoption .....	32
contre .....	83

*(L'amendement n° 1331 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n<sup>os</sup> 106 et 1168, qui font l'objet d'une demande de scrutin public par les groupes La France insoumise-Nouveau Front populaire et Socialistes et apparentés.

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

La parole est à M. Arnaud Simion, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 106.

**M. Arnaud Simion.** Il vise à supprimer l'exigence du caractère « constant » de la souffrance pour ouvrir le droit à l'aide à mourir. Cet adjectif, accolé aux souffrances physiques et psychologiques, ne correspond à aucune réalité médicale ; il instaure une frontière juridique qui pourrait devenir une source d'exclusion.

Dans son avis sur la phase avancée de la maladie, la HAS rappelle que la souffrance liée à une affection grave et incurable relève d'un processus irréversible affectant la qualité de vie, et non d'un état figé. Si la médecine clinique évalue l'intensité, le caractère réfractaire et le seuil de l'insupportable, elle ne dispose d'aucun référentiel scientifique pour mesurer une souffrance qui serait constante dans le temps.

Le Conseil d'État, dans son avis d'avril 2024, met d'ailleurs en garde contre l'introduction de notions juridiques imprécises, médicalement inopérantes et génératrices d'insécurité juridique pour les soignants comme pour les malades. Or le terme « constant » ne renvoie à aucun protocole d'évaluation, à aucune durée, ni à aucun standard médical reconnu. Il convient donc de le supprimer. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe SOC.*)

**M. le président.** La parole est à M. René Pilato, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 1168.

**M. René Pilato.** Je partage la position de mon collègue. Une souffrance constante est, par nature, difficile à caractériser. Vous avez souligné que vous ne pouviez pas apprécier précisément une douleur psychologique. Quant à la douleur physique, elle peut varier dans le temps, même s'il existe des critères pour la mesurer.

**Mme Justine Gruet.** La douleur et la souffrance, ce n'est pas la même chose !

**M. René Pilato.** Imposer le terme « constante » revient en quelque sorte à restreindre le champ d'application du critère, alors même que nous sommes incapables de mesurer scientifiquement et physiquement la permanence de la souffrance. Le retrait de cet adjectif permettrait de rendre le texte un peu plus rigoureux.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements identiques ?

**Mme Brigitte Liso, rapporteure.** Je rejoins ces observations : la précision « constante » paraît inopportune, car il est en effet délicat de déterminer le seuil à partir duquel une souffrance physique ou psychologique pourrait être qualifiée de constamment insupportable – celle-ci connaissant inévitablement des phases d'atténuation, notamment lors des périodes de repos ou de sommeil. Si la commission a émis un avis défavorable sur ces amendements identiques, j'y suis favorable à titre personnel.

**M. le président.** Quel est l'avis du gouvernement ?

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Je suis également favorable à la suppression de cet adjectif. Par nature, une douleur oscille, *a fortiori* tout au long d'une journée.

**M. le président.** La parole est à M. Théo Bernhardt.

**M. Théo Bernhardt.** Vous êtes en train de supprimer les critères les uns après les autres. (*Mmes Blandine Brocard et Nathalie Colin-Oesterlé approuvent.*) Les masques tombent ! Je ne comprends vraiment pas la position du gouvernement.

**M. René Pilato.** Allons, collègue, un peu de sérieux !

**M. Théo Bernhardt.** Vous invoquez le vocabulaire médical, mais la note de la HAS souligne précisément que le pronostic avancé...

**M. René Pilato.** La phase avancée !

**M. Théo Bernhardt.** ...constitue une zone grise – mon collègue Thomas Ménagé l'a rappelé. Votre argument prétendument scientifique ne tient donc pas ; il peut se retourner contre vous au moment d'analyser la phase avancée de l'affection grave et incurable qui engage le pronostic vital. Vos arguments sont incompréhensibles. Nous allons de dinguerie en dinguerie ! (*Exclamations sur quelques bancs du groupe EcoS.*)

**Mme Blandine Brocard et Mme Nathalie Colin-Oesterlé.** Ben oui, il a raison !

**M. le président.** La parole est à Mme Nathalie Colin-Oesterlé.

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé.** Il ne faut absolument pas supprimer cet adjectif. La souffrance doit être constante. D'ailleurs, la loi belge, à laquelle nous nous référons fréquemment, l'exige expressément, sans que cela génère d'insécurité juridique, ce qui n'empêche nullement l'euthanasie de représenter 3 % des décès. Il faut vraiment conserver ce terme.

**M. Thibault Bazin.** Elle a raison, surtout avec les fluctuations de la volonté !

**M. le président.** J'ai donné la parole à deux orateurs opposés à l'amendement. Deux orateurs qui y sont favorables vont maintenant pouvoir s'exprimer. La parole est tout d'abord à M. René Pilato.

**M. René Pilato.** J'insiste : il est impossible de mesurer la constance d'une souffrance. J'ajoute que le caractère insupportable d'une douleur tient précisément à sa grande variabilité, car s'il est possible de s'habituer à une douleur physique constante, son oscillation la rend plus insupportable encore, ne serait-ce qu'à cause de l'espoir qu'a fait naître sa disparition momentanée. Retirer l'adjectif « constante » n'affaiblit pas le critère, mais le sécurise, contrairement à ce que prétend le collègue du Rassemblement national, en bétonnant le dispositif. (*Exclamations sur les bancs du groupe UDR.*)

**M. le président.** La parole est à M. Arnaud Simion.

**M. Arnaud Simion.** J'ajoute qu'aucun des pays ayant légiféré sur ces questions n'exige une constance de la souffrance – au sens d'une permanence chronométrique. Un tel critère est considéré comme cliniquement inapplicable. Soyons logiques, supprimons cet adjectif.

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Je me suis sans doute mal exprimée. Je maintiens cependant mon avis favorable sur la suppression de l'adjectif « constante ». Quiconque a pratiqué les échelles de douleur de 0 à 10 sait que la souffrance physique fluctue.

**Mme Nathalie Colin-Oesterlé.** Ce n'est pas la même chose !

**Mme Stéphanie Rist, ministre.** Maintenir l'adjectif signifierait que la « quantité » de douleur du patient devrait demeurer au même niveau chaque jour pour qu'il puisse remplir cette condition et accéder à ce droit, alors même que, globalement, il souffre.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 106 et 1168.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	122
Nombre de suffrages exprimés .....	122
Majorité absolue .....	62
Pour l'adoption .....	63
contre .....	59

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 106 et 1168 sont adoptés.)*

**M. le président.** La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

#### ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

**M. le président.** Prochaine séance, ce soir, à vingt et une heures trente :

Suite de la discussion, en deuxième lecture, de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir.

La séance est levée.

*(La séance est levée à vingt heures.)*

*Le directeur des comptes rendus*

Serge Ezdra