



N° 2453

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 5 février 2026.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES,
EN DEUXIÈME LECTURE, SUR LA PROPOSITION DE LOI, REJETÉE PAR LE SÉNAT,
*relative au **droit** à l'aide à **mourir**,*

PAR M. OLIVIER FALORNI,
Rapporteur général

et

MME BRIGITTE LISO, MME AUDREY ABADIE-AMIEL,
M. STÉPHANE DELAUTRETTE ET MME ÉLISE LEBOUCHER,
Rapporteurs

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{ère} lecture : **1100, 1364** et T.A. **122**.

2^{ème} lecture : **2401**.

Sénat : 1^{ère} lecture : **661** (2024-2025), **264, 265, 256** et T.A **43** (2025-2026).

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	5
COMMENTAIRE DES ARTICLES	9
Chapitre I ^{er} – Définition.....	9
<i>Article 1^{er}</i> : Modification de l'intitulé du chapitre du code de la santé publique comprenant les dispositions relatives à l'aide à mourir.....	9
<i>Articles 2</i> : et 3 Définition du droit à l'aide à mourir.....	11
Chapitre II – Conditions d'accès.....	18
<i>Article 4</i> : Conditions d'accès à l'aide à mourir	18
Chapitre III – Procédure	24
<i>Article 5</i> : Demande d'accès à l'aide à mourir	24
<i>Article 6</i> : Procédure d'examen de la demande d'aide à mourir jusqu'à la prescription de la substance létale	29
<i>Article 7</i> : Détermination de la date d'administration de la substance létale et droits de la personne.....	37
<i>Article 8</i> : Circuit de préparation et de délivrance de la substance létale.....	41
<i>Article 9</i> : Accompagnement de la personne pendant l'administration, modalités de cette administration et devenir de la substance létale non utilisée	44
<i>Article 10</i> : Arrêt des procédures	49
<i>Article 11</i> : Création d'un système d'information pour le suivi de la procédure.....	52
<i>Article 12</i> : Recours contre la décision d'aide à mourir	55
<i>Article 13</i> : Définition de mesures réglementaires d'application par un décret en Conseil d'État	61
Chapitre IV – Clause de conscience.....	63
<i>Article 14</i> : Création d'une clause de conscience spécifique.....	63

Chapitre V – Contrôle et évaluation	67
<i>Article 15</i> : Création d’une commission de contrôle et d’évaluation.....	67
<i>Article 16</i> : Définition des substances létales autorisées.....	70
Chapitre VI – Dispositions pénales	73
<i>Article 17</i> : Délit d’entrave à l’aide à mourir.....	73
Chapitre VII – Dispositions diverses	77
<i>Article 18</i> : Prise en charge par l’assurance maladie obligatoire des frais exposés dans le cadre de la mise en œuvre de l’aide à mourir	77
<i>Article 19</i> : Neutralisation des dispositions du code des assurances et de la mutualité en cas de mise en œuvre de l’aide à mourir	79
<i>Article 19 bis</i> : Habilitation à légiférer par ordonnance pour l’extension et l’adaptation des dispositions en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française, à Wallis-et-Futuna, à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte.....	81
<i>Article 20</i> : Gage financier	83
<i>Titre</i> : Proposition de loi relative au droit à l’aide à mourir	84
COMPTES RENDUS DE L’EXAMEN DES ARTICLES	85
1. Réunion du mercredi 4 février 2025 à 9 heures 30 (article 1 ^{er} à article 4)	85
2. Réunion du mercredi 4 février 2025 à 15 heures (article 4 [suite] à article 6).....	130
3. Réunion du mercredi 4 février 2025 à 21 heures (article 6 [suite] à article 8).....	200
4. Réunion du jeudi 5 février 2025 à 9 heures (article 9 à article 19).....	234
ANNEXE : TEXTES SUSCEPTIBLES D’ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L’OCCASION DE L’EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI	301

AVANT-PROPOS

• Le 27 mai 2025, l'Assemblée nationale adoptait la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir à l'issue de son examen en première lecture. Ce texte avait alors recueilli une large approbation, 305 députés ayant voté en sa faveur tandis que 199 s'étaient prononcés contre lui, 57 s'étant abstenus. L'année précédente, l'examen du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie avait déjà permis à la représentation nationale d'adopter, en commission puis en séance, ses dispositions créant une aide à mourir et définissant les conditions d'accès à celle-ci, avant que la dissolution de l'Assemblée nationale n'empêche cette dernière de se prononcer sur l'ensemble du texte.

L'examen de la proposition de loi reprenant les dispositions de ce projet de loi dans leur rédaction résultant des délibérations de l'Assemblée avait permis l'expression de l'ensemble des nuances et des positions concernant le principe de l'aide à mourir et les conditions de sa mise en œuvre, au cours d'un débat parlementaire respectueux des convictions de chacun. Plus de 1 000 amendements avaient été discutés en commission et 1 870 en séance, à l'issue de travaux préparatoires marqués par la conduite d'un cycle d'auditions prolongeant celles menées au printemps de 2024 par la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi précité. L'avis des parlementaires concernant le dispositif dont ils étaient saisis était plus généralement éclairé par les travaux menés au cours des années antérieures sur les modalités d'accompagnement de la fin de vie, notamment par les participants à la convention citoyenne constituée en 2022 ⁽¹⁾, par le Comité consultatif national d'éthique ⁽²⁾ par et la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, qui avait elle-même mené une évaluation de la loi dite « Claeys-Leonetti » en 2023 ⁽³⁾.

Sans remettre en cause l'équilibre du texte, l'Assemblée nationale en avait précisé certaines dispositions, le rapporteur général Olivier Falorni ainsi que les rapporteurs Brigitte Liso, Laurent Panifous, Stéphane Delautrette et Élise Leboucher s'étant attachés à le rendre aussi clair, précis et opérationnel que possible. Aussi l'Assemblée nationale avait-elle en particulier reconnu expressément la possibilité de recourir à l'aide à mourir comme un droit pour les personnes remplissant les conditions d'accès à celle-ci et clarifié ces dernières en inscrivant dans la loi une définition de la phase avancée d'une affection, fondée sur les travaux de la Haute

(1) *Convention citoyenne pour la fin de vie*, Pour une ouverture de l'aide active à mourir sous conditions, avril 2023.

(2) *Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé*, avis 139, « *Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité* », septembre 2022.

(3) *Rapport n° 1021 déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux d'une mission d'information sur l'évaluation de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie dite « Claeys-Leonetti »*, XVI^e législature, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 29 mars 2023.

Autorité de santé ⁽¹⁾. L'examen en première lecture avait également permis de sécuriser les modalités de la vérification du respect des critères d'accès à l'aide à mourir dans le cadre de la procédure collégiale et, plus généralement, d'explicitier le déroulement de certaines étapes de la procédure jusqu'à l'administration de la substance létale. Les députés s'étaient également efforcés de définir de nouvelles garanties, en ouvrant en particulier à la personne chargée de la mesure de protection une voie de recours contre la décision du médecin autorisant le majeur qu'elle représente ou assiste à recourir à l'aide à mourir, ou encore en affinant le rôle de la commission de contrôle et d'évaluation chargée d'apprécier le respect des règles de cette aide.

• L'examen en première lecture au Sénat s'est achevé par le rejet du texte. La commission des affaires sociales de la Haute Assemblée avait auparavant élaboré un dispositif dit d'« *assistance médicale à mourir* » aux conditions d'accès reprenant celles, issues de la loi « Claeys-Leonetti », retenues pour la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès.

S'il entérinait le principe du recours à une substance létale et maintenait certains aspects de la procédure définie par l'Assemblée nationale, le texte issu de la commission, parce qu'il conservait le champ d'application de la sédation profonde et continue, ne pouvait par définition pas prendre en compte la situation des personnes pour qui le cadre résultant de la loi « Claeys-Leonetti » se révèle inadapté. Aussi, au cours de l'examen en séance, les sénateurs ont majoritairement écarté les critères définis par leur propre commission avant de vider plus largement le texte de sa substance en réécrivant ses dispositions, puis de le rejeter.

• C'est donc sur le texte qu'elle avait elle-même adopté en première lecture que l'Assemblée nationale est appelée à se prononcer de nouveau. Dans un esprit analogue à celui qui avait prévalu lors de la première lecture, la commission a adopté à l'initiative des rapporteurs – parmi lesquels Audrey Abadie-Amiel a succédé à Laurent Panifous – ou suivant leur avis des amendements améliorant la clarté rédactionnelle et la robustesse de certains aspects du dispositif tout en conservant l'équilibre et l'esprit.

La commission a notamment reformulé la définition de l'aide à mourir qui figure à l'article 2 pour tirer les conséquences de la mention d'un droit d'accéder à celle-ci. Ainsi, le droit à l'aide à mourir est désormais présenté comme « *le droit pour une personne qui en a exprimé la demande d'être autorisée à recourir à une substance létale et accompagnée* », dans les conditions prévues par la loi, « *afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est physiquement pas en mesure de le faire, qu'elle se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier* ». À l'article 4, la mention selon laquelle « *une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir* », introduite en séance en première lecture,

(1) Cf. Haute Autorité de santé, « Pronostic vital engagé à moyen terme / phase avancée », recommandations de bonne pratique, document validé par le collège le 30 avril 2025.

a été supprimée, la commission ayant retenu le principe selon lequel la personne doit présenter une souffrance « *physique ou psychologique* » liée à l'affection qui engage son pronostic vital. Certains aspects du déroulement de la procédure ont également été précisés, un amendement du rapporteur Stéphane Delautrette ayant en particulier prévu, à l'article 9, que le professionnel de santé choisi pour accompagner la personne durant l'administration de la substance létale informe le médecin qui l'a autorisée à recourir à l'aide à mourir des pressions que pourraient exercer les proches de cette personne pour qu'elle procède à cette administration, afin que le médecin mette fin à la procédure dans les conditions prévues à l'article 10.

Au total, l'examen en commission a encore permis l'examen de près de 650 amendements au cours de débats marqués par l'expression de différentes sensibilités. Les rapporteurs forment le vœu que la discussion en séance se déroulera dans une configuration analogue et qu'elle permettra de franchir une nouvelle étape avant la reconnaissance définitive de ce nouveau droit, à l'issue d'un processus législatif engagé il y a près de deux ans.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

CHAPITRE I^{er}

Définition

Article 1^{er}

Modification de l'intitulé du chapitre du code de la santé publique comprenant les dispositions relatives à l'aide à mourir

Adopté sans modification

Origine de l'article : proposition de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : adopté sans modification.

Sort au Sénat : adopté sans modification (avant le rejet de l'ensemble de la proposition de loi).

I. LES DISPOSITIONS INITIALES DE LA PROPOSITION DE LOI

Cet article correspond à l'article 4 *quater* introduit dans le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie par la commission spéciale chargée de l'examiner.

Il modifie l'intitulé du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, relatif à l'information des usagers du système de santé et à l'expression de leur volonté. Tirant les conséquences du choix fait par la commission spéciale de codifier certaines dispositions du projet de loi au sein de la division précitée du code de la santé publique, l'article 1^{er} complète le titre de ce chapitre par une référence à la fin de vie (« *Information des usagers du système de santé, expression de leur volonté et fin de vie* »).

Le choix de cet emplacement faisait écho à une préconisation formulée par le Conseil d'État dans son avis sur le projet de loi, dans lequel il soutenait que « *la section 2 du chapitre 1er du titre 1er du livre 1er de la première partie du code de la santé publique intitulée "Expression de la volonté des malades refusant un traitement et des malades en fin de vie" pourrait accueillir* » les dispositions instaurant l'aide à mourir et définissant la procédure et le contrôle de celle-ci ⁽¹⁾. L'on peut noter que les rapporteurs du projet de loi de 2024 avaient fait le choix de codifier ces dispositions dans une nouvelle section 2 *bis* du même chapitre, et non dans la

(1) Avis n° 408204 sur un projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, 4 avril 2024, point 49.

section 2 mentionnée dans l’avis du Conseil d’État. Ce choix paraît cependant justifié dans la mesure où la définition de l’aide à mourir et des conditions de sa mise en œuvre dépasse la détermination des modalités d’expression de la volonté des malades, qui constitue l’objet de ladite section 2.

II. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR L’ASSEMBLÉE NATIONALE

L’Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION AU SÉNAT

La commission des affaires sociales a adopté cet article sans modification, mais non sans avoir formulé certaines réserves quant à l’emplacement retenu pour codifier ces dispositions. Les rapporteurs ont en effet estimé que celles-ci pourraient figurer dans le chapitre préliminaire du même titre, relatif aux droits des personnes, ce qui rapprocherait la définition de l’aide à mourir des dispositions encadrant la mise en œuvre de la sédation profonde et continue maintenue jusqu’au décès, tout en en soulignant l’importance compte tenu de l’emplacement de ce chapitre au sein du code ⁽¹⁾.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE AU SÉNAT

Le Sénat a adopté cet article sans modification avant de rejeter l’ensemble de la proposition de loi.

IV. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LA COMMISSION À L’ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

(1) Cf. le rapport n° 264 (2025-2026) fait au nom de la commission des affaires sociales par Mme Christine Bonfanti-Dossat et M. Alain Milon sur la proposition de loi, adoptée par l’Assemblée nationale, relative au droit à l’aide à mourir, enregistré à la Présidence du Sénat le 7 janvier 2026, pp. 24-25.

Articles 2 et 3
Définition du droit à l'aide à mourir

Article 2 modifié

Article 3 adopté sans modification

Origine des articles : proposition de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifiés.

Sort au Sénat : article 2 modifié et article 3 rejeté, avant le rejet de l'ensemble de la proposition de loi.

I. LES DISPOSITIONS INITIALES DE LA PROPOSITION DE LOI

● L'article 2 correspond à l'article 5 du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie dans sa rédaction issue des délibérations de l'Assemblée nationale en 2024. Il insère après la section 2 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, relative à l'expression des malades refusant un traitement et des malades en fin de vie, une nouvelle section 2 *bis* intitulé « *Aide à mourir* ».

Sa première sous-section, relative à la définition de cette aide, comprend un unique article L. 1111-12-1. Selon ses termes, l'aide à mourir consisterait à autoriser et à accompagner une personne qui en a exprimé la demande à recourir à une substance létale, dans des conditions et selon des modalités définies par les articles suivants de la proposition de loi, afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est physiquement pas en mesure d'y procéder, se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier (I du nouvel article L. 1111-12-1 du code de la santé publique précité) ⁽¹⁾.

Par ailleurs, le même article L. 1111-12-1 qualifie en son II l'aide à mourir d'acte autorisé par la loi au sens de l'article 122-4 du code pénal, dont le premier alinéa dispose que n'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires. Cette mention ferait obstacle à ce que la responsabilité pénale des personnes intervenant dans la procédure d'aide à mourir puisse être engagée, dès lors qu'elles auraient respecté ses règles de mise en œuvre. La dépénalisation des actes accomplis dans la procédure d'aide à mourir serait donc conditionnée au respect des conditions matérielles et procédurales définies aux sous-sections 2 et 3 de la section 2 *bis* précitée du code de la santé publique, correspondant aux articles 4 à 13 de la présente proposition de loi.

(1) La possibilité que l'administration de la substance létale soit effectuée par une tierce personne volontaire autre qu'un médecin ou un infirmier, qui figurait dans la définition de l'aide à mourir inscrite dans le projet de loi initial, a été supprimée à la faveur de l'examen de celui-ci par l'Assemblée nationale en 2024.

- L'article 3 reprend les dispositions de l'article 5 *bis* du projet de loi précité. Il complète le second alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, qui affirme le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance, et qui prévoit que les professionnels de santé mettent en œuvre les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté, pour préciser que ledit droit comprend la possibilité d'accéder à l'aide à mourir.

II. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

1. Les modifications apportées à l'article 2

- La commission des affaires sociales a adopté :

- l'amendement AS 676 de Mme Élise Leboucher et ses collègues du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire supprimant la condition d'incapacité physique déterminant la possibilité d'administration de la substance létale par un tiers ;

- l'amendement AS503 de M Yannick Monnet et Mme Karine Lebon, membres du groupe Gauche Démocrate et Républicaine, modifiant la dénomination de l'aide à mourir en y associant la notion de droit (« *droit à l'aide à mourir* »). À l'initiative du rapporteur général Olivier Falorni et des autres rapporteurs du texte, le titre de la proposition de loi a été modifié en conséquence ⁽¹⁾.

- Lors de l'examen en séance publique, l'Assemblée nationale est revenu sur la première de ces modifications en adoptant une série d'amendements identiques – dont l'un du Gouvernement – rétablissant la priorité donnée à l'auto-administration sur l'administration par un tiers ⁽²⁾. L'argumentaire gouvernemental se situait sur le terrain de la défense de l'autonomie de la personne qui, en s'administrant elle-même la substance létale, témoignerait de sa liberté ⁽³⁾. Durant la discussion, plusieurs parlementaires – dont le rapporteur général Olivier Falorni – ont cependant fait valoir qu'une personne pourrait vouloir recourir à l'aide à mourir sans être psychologiquement capable de s'administrer elle-même la substance létale, ce qui justifierait qu'un professionnel de santé y procède alors même que la condition physique de la personne lui permettrait de le faire ⁽⁴⁾.

(1) Cf. commentaire du titre ci-après.

(2) Amendement n° 2060 du Gouvernement et onze identiques.

(3) En présentant cet amendement, la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles Catherine Vautrin avait notamment déclaré : « Ce dernier acte doit à notre sens appartenir à l'individu. C'est son ultime libre choix, et nous voulons respecter son autonomie. Cela permet aussi de garantir qu'il s'agit là d'un acte personnel, et donc de répondre à celles et ceux qui s'interrogent sur le discernement du patient » (*compte rendu de la deuxième séance du samedi 17 mai 2025*).

(4) Le rapporteur général Olivier Falorni a par exemple déclaré : « À ce moment du débat, je crois vraiment qu'il faut se préserver d'une confusion [...]. Ne pas pouvoir, ce n'est pas forcément ne pas vouloir. Confondre les deux me pose un vrai problème. Il y a des situations où l'on ne peut pas, mais où l'on veut ! Je peux entendre

La notion de droit à l'aide à mourir a quant à elle été maintenue dans le texte adopté par l'Assemblée nationale. Son emploi rend compte de l'objet du texte, qui confère effectivement un nouveau droit individuel aux malades tout en déterminant ses conditions d'exercice. Il ne saurait avoir pour effet de créer un droit absolu à y recourir, sa mise en œuvre restant conditionnée à la réunion des cinq critères définis au nouvel article L. 1111-12-2 du code de la santé publique résultant de l'article 4 de la proposition de loi.

2. Les modifications apportées à l'article 3

L'Assemblée nationale a adopté un amendement précisant que le droit à une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance comprend, outre la possibilité d'accéder à l'aide à mourir, le droit de recevoir une information concernant celle-ci. Le même amendement précisait expressément que ladite information devrait être délivrée sous une forme compréhensible par tous.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

1. Les modifications apportées à l'article 2

- La commission des affaires sociales du Sénat a adopté, à l'initiative des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, un amendement COM-123 de rédaction globale de l'article 2 reformulant la définition de l'aide à mourir tout en changeant sa dénomination.

Aussi, dans sa rédaction issue des travaux de la commission, le I du nouvel article L. 1111-12-1 du code de la santé publique prévoit qu'à la demande d'une personne remplissant les conditions définies à l'article L. 1111-12-2 du même code, créé par l'article 4 de la proposition de loi, d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, un médecin peut prescrire une substance létale afin que la personne se l'administre ou, si elle n'est pas physiquement en mesure d'y procéder, se la fasse administrer par un médecin ou un infirmier. Son II dispose que les professionnels de santé agissant dans la procédure d'aide à mourir bénéficient de l'immunité que confère l'article 122-4 du code pénal aux auteurs d'actes autorisés par la loi.

Le même amendement a également remplacé, dans l'intitulé des nouvelles section 2 *bis* et sous-section 1 de cette dernière, la notion d'aide à mourir par celle d'assistance médicale à mourir.

que dans d'autres cas, on ne puisse pas parce que l'on ne veut plus » (*compte rendu de la deuxième séance du samedi 17 mai 2025*).

● La rapporteure Brigitte Liso note que, si la commission des affaires sociales du Sénat a restreint l'accès à l'aide à mourir en changeant les conditions, elle ne l'a toutefois pas remise en cause dans son principe. Les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon ont estimé que, bien que le cadre législatif en vigueur réponde « *de façon appropriée à la diversité des situations de fin de vie* », il était nécessaire de le « *consolider* » en ouvrant « *la possibilité de recourir à l'administration d'une substance létale dans des conditions limitées aux situations engageant le pronostic vital à court terme* »⁽¹⁾. Plus généralement, la rapporteure Brigitte Liso constate que, tout en formulant d'importantes réserves concernant certains arguments en faveur d'une aide à mourir et le texte issu de l'Assemblée nationale⁽²⁾, les rapporteurs de la commission des affaires sociales du Sénat n'ont pas rejeté celui-ci intégralement.

Il ressort tant de leur rapport que de la nouvelle rédaction des articles 2 et 4 de la proposition de loi que les rapporteurs ont conçu le dispositif d'« *assistance médicale à mourir* » comme un prolongement des dispositions de la loi Claeys-Leonetti⁽³⁾, notamment en ce qui concerne l'accès à la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. D'une part, la référence à la demande de la personne d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable reprend une formulation figurant au premier alinéa de l'article L. 1110-5-2 du code de la santé publique, relatif aux conditions de mise en œuvre de cette sédation. D'autre part, la modification de la liste des conditions d'accès à l'aide à mourir traduit la volonté des rapporteurs d'identifier celles-ci aux critères de mise en œuvre de la sédation profonde et continue, moyennant le maintien, dans le cas du dispositif d'assistance médicale à mourir, de conditions supplémentaire tenant à l'âge et à la capacité à manifester sa volonté de façon libre et éclairée⁽⁴⁾.

2. Les modifications apportées à l'article 3

À l'initiative de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales a adopté l'amendement COM-124 de rédaction globale de l'article 3. Tout en supprimant l'articulation établie par la rédaction initiale entre l'accès à l'aide à mourir et le droit à une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance, l'amendement a prévu qu'un médecin n'est jamais tenu d'informer une personne de la possibilité de recourir à une substance létale dans le cadre de

(1) Rapport n° 264 (2025-2026) fait au nom de la commission des affaires sociales par Mme Christine Bonfanti-Dossat et M. Alain Milon sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, relative au droit à l'aide à mourir, 7 janvier 2026, pp. 59-60.

(2) Ibid., pp. 53-59 notamment.

(3) Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Le rapport de la commission souligne que celle-ci a souhaité « prolonger les dispositions de la loi Claeys-Leonetti en ouvrant la possibilité de recourir à l'administration d'une substance létale dans des conditions limitées aux situations engageant le pronostic vital à court terme » (rapport précité, p. 60).

(4) Cf. le commentaire de l'article 4.

l'« assistance médicale à mourir », y compris lorsque son pronostic vital est engagé à court terme.

Les auteurs de l'amendement indiquent s'être inspirés d'une disposition du *Terminal ill Adults (End of Life) Bill* actuellement discuté par le Parlement britannique ⁽¹⁾. La rapporteure Brigitte Liso note que, s'il est exact que le texte adopté par la Chambre des Communes en juin dernier dispose qu'aucun praticien n'est tenu d'évoquer (*to raise the subject*) avec une personne la possibilité de fournir une assistance à mourir dans les conditions prévues par ce projet de loi, il prévoit aussi que cette disposition ne fait pas obstacle à ce qu'un médecin, en exerçant son jugement professionnel, décide d'aborder cette question (*to discuss the matter*) avec la personne concernée, s'il l'estime opportun ⁽²⁾.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE

● Lors de l'examen en séance publique, le Sénat a adopté, contre l'avis de la commission et du Gouvernement, l'amendement n° 71 rect. *quater* de rédaction globale de l'article 2 déposé par Mme Anne Chain-Larché et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains, Union Centriste et Les Indépendants - République et Territoires.

La nouvelle rédaction de l'article 2 insère dans le code de la santé publique un article L. 1110-5-2-1, placé à la suite des dispositions interdisant l'obstination déraisonnable et définissant les conditions de mise en œuvre de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ⁽³⁾. D'après ses auteurs, l'amendement visait à rendre opposable le « droit au soulagement de la douleur » que définirait l'article L. 1110-5 du même code et à « sécuriser juridiquement » la situation de professionnels de santé dont la responsabilité pourrait être engagée « lorsque le traitement de la douleur [a] pour effet secondaire d'abrégé la vie ».

Le I de ce nouvel article L. 1110-5-2-1 précité dispose que toute personne a le droit au meilleur soulagement possible de la douleur et de la souffrance. Son II

(1) « [...] Il semble opportun de prévoir qu'un médecin n'est pas tenu d'informer une personne de la possibilité de recourir à une substance létale. Cette disposition s'inspire des travaux législatifs menés au Royaume-Uni, où la Chambre des communes a adopté au printemps un projet de loi encadrant fermement les conditions de recours à une aide médicale à mourir et prévoyant une telle disposition. Celle-ci permet à la fois de protéger les professionnels de santé dans leur exercice et les personnes en fin de vie » (*exposé sommaire de l'amendement COM-124*).

(2) *Terminal ill Adults (End of Life) Bill*, 5, 1-2 : « (1) No registered medical practitioner is under any duty to raise the subject of the provision of assistance in accordance with this Act with a person. (2) But nothing in subsection (1) prevents a registered medical practitioner exercising their professional judgement to decide if, and when, it is appropriate to discuss the matter with a person ». *Projet de loi relatif aux adultes atteints d'une affection en phase terminale (projet de loi relatif à la fin de vie)*, section 5, sous-sections 1 et 2 : « (1) Aucun médecin agréé n'est tenu à quelque titre que ce soit d'aborder avec une personne la question de la fourniture de l'assistance prévue par la présente loi. Cependant, le (1) n'interdit pas à un médecin agréé d'exercer son jugement professionnel pour déterminer si, et le cas échéant à quel moment, il est opportun d'évoquer cette question avec une personne ».

(3) Articles L. 1110-5-1 et L. 1110-5-2 du code de la santé publique.

affirme que toute personne peut exercer ce droit jusqu'à son décès sans qu'aucune intervention volontaire poursuive l'intention de provoquer la mort ou d'aider à mourir. Par ailleurs, son III indique qu'en présence d'une souffrance réfractaire, « *le médecin* » a l'obligation, avec le consentement de la personne, de mettre en œuvre les moyens adaptés et disponibles, « *dans le cadre des données acquises de la science* », même lorsque ces moyens sont susceptibles d'altérer la conscience ou de raccourcir la vie, dès lors qu'ils visent uniquement à soulager la souffrance. Enfin, le IV qualifie d'opposable le droit qu'il définit, tout en soulignant que celui-ci est « *l'une des composantes* » du « *droit au soulagement de la souffrance* » qui serait mentionné aux articles L. 1110-5 et L. 1110-5-2 du code de la santé publique.

● Outre qu'elle déplore l'entreprise d'effacement de toute référence à l'aide à mourir à laquelle le Sénat s'est livré en séance publique, la rapporteure Brigitte Liso ne peut qu'exprimer les plus grandes réserves quant à la portée des dispositions introduites à l'article 2.

En premier lieu, elle relève que le deuxième alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi Claeyss-Leonetti, dispose que toute personne « *a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance* ». Il précise également que « *les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté* ». En outre, l'article L. 1110-5-3 du code de la santé publique, également issu de la loi Claeyss-Leonetti, prévoit que « *toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance* », laquelle « *doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée* ». La combinaison de ces deux articles définit déjà une obligation de moyens s'imposant aux professionnels de santé qui accompagnent une personne à la fin de sa vie.

Par ailleurs, le deuxième alinéa de l'article L. 1110-5-3 précité dispose que « *le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrégé la vie* ». Cette formulation ne paraît pas moins protectrice des droits des malades et de ceux des professionnels de santé qui s'efforcent de soulager leurs souffrances que ne le sont les dispositions de l'amendement précité.

Enfin, il est douteux que la mention du caractère opposable de ce que les auteurs de l'amendement présentaient comme un nouveau droit suffise à en garantir l'effectivité. D'une part, à la différence du « *droit opposable* » énoncé à l'article 4 de la proposition de loi relative aux soins palliatifs et d'accompagnement dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale ⁽¹⁾ – dont l'effectivité prête également à

(1) Cet article énonçait le droit de bénéficier d'un accompagnement et de soins palliatifs pour toute personne dont l'état de santé le requiert et confiait aux agences régionales de santé la responsabilité d'en garantir l'effectivité. Une voie de recours devant le juge administratif aurait été ouverte aux personnes ne bénéficiant pas de l'accompagnement rendu nécessaire par leur état de santé. Le Sénat a depuis supprimé les dispositions correspondantes.

discussion –, le dispositif introduit par le Sénat ne prévoit aucune voie de recours dans le cas où la demande du patient ne trouverait pas de réponse adéquate.

D'autre part, on peut s'interroger sur la pertinence d'instaurer une voie de recours dont la finalité ne se laisse pas aisément définir. En toute hypothèse, il semble exclu que la définition d'un droit au « *meilleur soulagement possible de la souffrance* » puisse s'analyser comme la formulation d'une obligation de résultat. En effet, autant il est possible d'établir qu'une obligation de moyens a été méconnue, autant il paraît impossible de faire peser une obligation de résultat sur les professionnels de santé, sauf à ouvrir des possibilités infinies de judiciarisation des décisions médicales. Cela semble plus particulièrement être le cas d'actes ayant pour objet de soulager la souffrance d'un patient, à la fois car l'évaluation de celle-ci comprend nécessairement une part irréductible de subjectivité et parce que la notion même de « souffrance réfractaire » souligne précisément qu'il n'est pas toujours possible de l'apaiser.

• Après avoir adopté l'article 2 dans cette rédaction et rejeté l'article 3, le Sénat a finalement rejeté l'ensemble de la proposition de loi.

IV. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

• À l'initiative de la rapporteure Brigitte Liso et des autres rapporteurs de la proposition de loi, la commission a adopté l'amendement AS708 à l'article 2 reformulant la définition de l'aide à mourir. La modification apportée à celle-ci visait à tirer les conséquences de l'introduction, en première lecture, de la référence à la notion de droit, qui imposait que la construction des I et II du nouvel article L. 1111-12-1 du code de la santé publique fût modifiée.

En effet, dans sa rédaction issue des délibérations de l'Assemblée nationale, le I précité disposait que « *le droit à l'aide à mourir consiste à autoriser et à accompagner une personne qui en a exprimé la demande à recourir à une substance létale [...]* ». La construction de cette phrase pouvait laisser entendre que le détenteur dudit droit n'est pas la personne elle-même mais les tiers qui l'accompagnent dans sa démarche, ce qui n'aurait pas été conforme à l'intention poursuivie par ce texte qui vise au premier chef à conférer un nouveau droit aux personnes atteintes de maladies incurables à la fin de vie tout en autorisant des tiers à concourir à l'exercice de celui-ci. En outre, l'insertion de la référence au « droit à » l'aide à mourir au début du II du même article aboutissait à affirmer que ledit droit était « un acte autorisé par la loi ». Un droit n'étant pas un acte mais la faculté d'accomplir légalement une action, cette tournure ne pouvait être conservée.

Aussi, dans sa rédaction issue des travaux de la commission, le droit à l'aide à mourir est défini comme « *le droit pour une personne qui en a exprimé la demande d'être autorisée à recourir à une substance létale et accompagnée* », dans les

conditions prévues par les articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7 du code de la santé publique, *« afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est physiquement pas en mesure de le faire, qu'elle se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier »*. Par ailleurs, le II prévoit désormais que *« les personnes qui concourent à l'exercice du droit à l'aide à mourir »* dans les conditions prévues par la loi *« ne sont pas pénalement responsables au sens de l'article 122-4 du code pénal »*, dont le premier alinéa dispose que n'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires.

- La commission a adopté l'article 3 sans modification.

*

* *

CHAPITRE II Conditions d'accès

Article 4 Conditions d'accès à l'aide à mourir

Adopté avec modifications

Origine de l'article : proposition de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : supprimé, avant le rejet de l'ensemble de la proposition de loi.

I. LES DISPOSITIONS INITIALES DE LA PROPOSITION DE LOI

L'article 4 de la proposition de loi correspond à l'article 6 du projet de loi de 2024 tel que modifié par la commission spéciale puis en séance publique à l'Assemblée nationale.

Il définit les conditions cumulatives ouvrant droit à l'aide à mourir.

- Le 1^o subordonne l'accès au dispositif à la condition d'être **âgé « d'au moins 18 ans »**. Sont donc exclus l'ensemble des mineurs, même émancipés. Au contraire, l'ensemble des majeurs est éligible, y compris les majeurs protégés, dès lors qu'ils sont en mesure d'exprimer une volonté libre et éclairée conformément aux exigences posées au 5^o du présent article.

- Le 2^o ouvre le bénéfice du dispositif aux **personnes de nationalité française** ainsi qu'aux **ressortissants étrangers résidant « de façon stable et**

régulière en France ». Le champ d'application inclut donc les citoyens français ne résidant pas sur le territoire national, tout en écartant les ressortissants étrangers exerçant une activité professionnelle en France sans pour autant y résider.

• Le 3^o énonce, de manière cumulative, les **conditions tenant à l'état de santé de la personne**.

D'une part, celle-ci doit être atteinte « *d'une affection grave et incurable* », entendue comme une pathologie entraînant des conséquences particulièrement lourdes sur les conditions de vie et ne pouvant faire l'objet d'aucune guérison.

D'autre part, cette affection doit **engager le pronostic vital**, ce qui implique que le comité prévu à l'article 6 de la présente proposition de loi l'estime susceptible d'entraîner le décès de manière certaine ⁽¹⁾.

Enfin, la personne doit **se trouver « en phase avancée ou terminale » de la maladie**, c'est-à-dire à un stade où elle ne répond plus aux traitements disponibles et où elle est appelée à conduire au décès dans un délai limité, quand bien même la date de la mort demeure incertaine. La Haute Autorité de santé précise à cet égard que la phase avancée correspond à « *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* ⁽²⁾ ». Il convient, en outre, de relever que la notion de « *phase avancée ou terminale* » est bien établie en droit puisqu'elle est **déjà retenue par la loi dite « Claeys-Leonetti »** ⁽³⁾, tant pour l'accès aux traitements antalgiques et sédatifs en cas de souffrances réfractaires susceptibles d'avoir pour effet secondaire d'abrégé la vie ⁽⁴⁾ que pour la hiérarchisation des modalités d'expression de la volonté du patient en fin de vie ⁽⁵⁾.

• Le 4^o subordonne l'accès au dispositif à l'existence d'une « **souffrance physique ou psychologique** » **directement causée par l'affection dont est atteinte la personne**. Cette souffrance doit présenter l'un des deux caractères suivants.

Elle peut, d'une part, être « **réfractaire aux traitements** », c'est-à-dire que l'ensemble des moyens thérapeutiques et d'accompagnement disponible, appropriés à la situation du patient, ont été proposés et, le cas échéant, mis en œuvre sans obtenir le soulagement attendu par celui-ci, ou qu'ils entraînent des effets indésirables jugés

(1) À ce titre, il est intéressant de souligner qu'une étude scientifique publiée en 2000 montrait que les estimations du pronostic par le médecin chez leurs patients en fin de vie sont généralement optimistes, dans environ 63 % des cas (Christakis NA, Smith JL, Parkes CM, Lamont EB, « [Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study](#) », BMJ, 2000;320:469, 19 février 2000.

(2) Haute Autorité de santé, Pronostic vital engagé à moyen terme / phase avancée, avis adopté par le Collège le 30 avril 2025.

(3) Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

(4) Article L. 1110-5-3 du code de la santé publique.

(5) Article L. 1111-12 du même code.

inacceptables, ou encore que leurs effets thérapeutiques ne soient pas susceptibles de produire un bénéfice dans un délai considéré acceptable par le patient ⁽¹⁾.

Elle peut, d'autre part, être qualifiée d'« **insupportable selon la personne** » **lorsque celle-ci a fait le choix de ne pas recevoir ou d'interrompre un traitement**. L'appréciation du caractère insupportable de la souffrance relève alors du seul patient, dès lors qu'il a refusé la prise en charge thérapeutique correspondante.

● Enfin, le 5° exige que la personne soit « **apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée** », ce qui suppose qu'elle puisse prendre sa décision sans contrainte extérieure et en pleine conscience de la portée comme des conséquences de ce choix.

Cette exigence conduit à exclure du dispositif les patients remplissant l'ensemble des conditions précédentes, mais atteints d'une affection altérant gravement leur discernement, comme certaines maladies neurodégénératives ⁽²⁾. Elle implique également que la volonté, qui doit être réitérée de manière libre et éclairée à chaque étape jusqu'au terme de la procédure ⁽³⁾, ne puisse être exprimée par le biais de directives anticipées.

II. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Au cours de son examen en première lecture à l'Assemblée nationale, la proposition de loi a fait l'objet de plusieurs ajustements résultant de l'adoption de huit amendements.

● Le 3°, relatif à la **caractérisation de l'affection** ouvrant droit à l'aide à mourir, a été précisé sur deux points essentiels :

– d'une part, il est désormais expressément prévu que l'affection grave et incurable dont souffre la personne peut **ouvrir droit au dispositif « quelle qu'en soit la cause »**, incluant ainsi non seulement les pathologies d'origine médicale, mais également **celles résultant d'événements accidentels** ;

– d'autre part, deux amendements identiques, déposés respectivement par le Gouvernement et par Mme Firmin Le Bodo, ont **clarifié la définition de la notion de « phase avancée » de la maladie en reprenant les conclusions de l'avis précité de la Haute Autorité de santé du 30 avril 2025**. Elle est désormais caractérisée par « **l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé**

(1) Haute Autorité de santé, Guide du parcours de soins. Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ?, février 2018, actualisé en janvier 2020.

(2) Cet élément est expressément prévu à l'article 6 de la présente proposition de loi.

(3) Notamment le jour de l'administration de la substance létale, comme le prévoit l'article 9 de la présente proposition de loi.

de la personne malade qui affecte sa qualité de vie ». Cette approche conduit à **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.**

• Le 4°, relatif à la **définition de la souffrance** causée par l'affection, a fait l'objet d'un renforcement selon deux axes distincts.

D'une part, un amendement de Mme Colin-Oesterlé a introduit l'exigence selon laquelle **la souffrance devrait être « constante »**, conduisant à **exclure du champ du dispositif les souffrances temporaires ou réversibles**. Cette précision ne paraît toutefois pas opportune, en ce qu'elle entre en **contradiction avec la possibilité, expressément prévue par le texte, que la souffrance soit regardée comme insupportable lorsque la personne choisit d'interrompre ou de ne pas recevoir un traitement**. En pareille hypothèse, la souffrance ne peut par nature être qualifiée de constante, dès lors qu'elle a été suspendue ou atténuée pendant la prise en charge thérapeutique avant de réapparaître à l'issue de son interruption. En outre, il apparaît **délicat de déterminer à partir de quel seuil une souffrance, physique ou psychologique, pourrait être qualifiée de « constamment » insupportable, celle-ci connaissant nécessairement des phases d'atténuation**, notamment lors des périodes de repos ou de sommeil.

D'autre part, un second amendement, également déposé par Mme Colin-Oesterlé, a ajouté qu'**une « souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir »**. Cette précision instaure de fait **une hiérarchie des souffrances : physiques, seules susceptibles de justifier l'accès au dispositif, et psychologiques, qui, même jugées insupportables par la personne concernée, seraient réputées insuffisantes**. Une telle distinction apparaît discutable dans la mesure où les souffrances physiques et psychologiques sont étroitement imbriquées et appellent, à ce titre, une appréciation globale et indivisible par le collège chargé de l'examen de la situation du patient. En conséquence, la restriction ainsi introduite est susceptible de porter atteinte à la capacité du collège à rendre un avis pleinement circonstancié sur l'accès ou non de la personne au dispositif d'aide à mourir, en **l'empêchant de prendre en compte l'ensemble des éléments constitutifs de la situation clinique et humaine du patient**, qu'ils relèvent de la souffrance physique ou psychologique.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

La commission a adopté cet article après avoir retenu neufs amendements. Parmi ceux-ci figurent, d'une part, trois amendements COM-125, COM-127 et COM-128, déposés par les rapporteurs Mme Bonfanti-Dossat et M. Milon, tirant les conséquences de la substitution, à l'article 2, de la notion d'*« aide à mourir »* par

celle d'« assistance médicale à mourir », et, d'autre part, un amendement rédactionnel COM-129 des rapporteurs également.

- Outre ces ajustements, la commission a adopté l'amendement COM-126, déposé par les rapporteurs, insérant un nouvel article L. 1110-5-4 au sein du code de la santé publique, lequel **définit la notion de souffrance réfractaire** comme « *tout symptôme dont la perception est insupportable et qui ne peut être soulagé malgré des efforts thérapeutiques répétés, sans compromettre la conscience du patient* ». Cette définition est **assez restrictive par rapport à celle que formule la Haute Autorité de santé** dans son *Guide du parcours de soin* publié en février 2018.

- S'agissant plus spécifiquement des **critères d'accès à l'aide à mourir**, la commission a procédé à des modifications substantielles.

Elle a, en premier lieu, adopté deux amendements identiques, COM-130 rect. des rapporteurs et COM-116 rect. de Mme Souyris, **supprimant la condition tenant à la nationalité française ou à la résidence stable et régulière en France**, initialement prévue au 2° du présent article.

Elle a, en second lieu, adopté deux amendements identiques COM-131 des rapporteurs et COM-72 rect. de Mme Muller-Bronn, **substituant aux 3° et 4° du présent article les critères déjà existants en droit positif**, tels qu'énoncés aux 1° et 2° de l'article L. 1110-5-2 du code de la santé publique. Ces modifications ont pour effet de **vider largement l'article de sa substance**, en supprimant tout accès à l'aide à mourir pour les personnes atteintes d'une affection grave et incurable engageant le pronostic vital en phase avancée ou terminale et présentant une souffrance, qu'elle soit physique ou psychologique, liée à cette affection. Dans la rédaction issue des travaux de la commission, l'accès à l'aide à mourir serait ainsi strictement limité aux situations dans lesquelles la personne est atteinte d'une affection grave et incurable engageant son pronostic vital à court terme et présente des souffrances réfractaires aux traitements ou jugées insupportables : **les critères demeurerait, en conséquence, inchangés par rapport à ceux résultant de la loi dite « Claeys-Leonetti » précitée.**

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE

- En séance publique, le Sénat a adopté trois amendements, parmi lesquels un amendement rédactionnel n° 343 de la commission ayant recueilli un avis favorable du Gouvernement.

Le Sénat a également adopté, malgré les avis défavorables de la commission et du Gouvernement, l'amendement n° 66 rect. de M. de Legge, **subordonnant l'accès au dispositif relatif à l'aide à mourir à la condition que la personne ait effectivement pu bénéficier de traitements adaptés ainsi que de soins palliatifs.**

Enfin, le Sénat a adopté l'amendement n° 109 rect. *ter* de M. Burgoa, ayant recueilli un avis favorable de la commission mais défavorable du Gouvernement, encadrant strictement l'évolution ultérieure des critères d'accès à l'aide à mourir. Il prévoit que ces critères **ne peuvent être modifiés qu'à l'issue d'un délai de quatre ans à compter de la promulgation** de la loi et exclusivement dans les conditions prévues à l'article L. 1412-1-1 du code de la santé publique, qui impose que toute réforme en la matière soit **précédée d'un débat public organisé sous la forme d'états généraux**.

Le Sénat a ensuite rejeté l'article 4 ainsi modifié, puis l'ensemble de la proposition de loi.

• La rapporteure Brigitte Liso **regrette le rejet de cet article au Sénat**, alors même qu'il constitue le cœur du dispositif en ce qu'il définit les conditions d'accès à l'aide à mourir. Elle souligne, en outre, que **les modifications adoptées par le Sénat préalablement à ce rejet auraient, en tout état de cause, conduit à priver la proposition de loi de sa portée** en maintenant des critères d'accès inchangés par rapport à ceux issus de la loi dite « Claeys-Leonetti », et, partant, à **neutraliser le droit nouveau à l'aide à mourir que le texte entendait consacrer**.

IV. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Outre l'adoption d'un amendement rédactionnel AS697 de la rapporteure Mme Brigitte Liso, la commission a adopté deux amendements identiques AS121 de Mme Océane Godard et plusieurs de ses collègues du groupe Socialistes et apparentés et AS136 de M. Hadrien Clouet et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire, qui ont reçu un avis favorable de la rapporteure. Ces amendements **suppriment la seconde phrase de l'alinéa 8, laquelle prévoyait qu'une « souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir »**. Cette suppression vise à clarifier la rédaction de l'alinéa, la commission ayant retenu le principe selon lequel la personne doit présenter une souffrance « *physique ou psychologique* ». Elle permet en outre de **garantir que le collège pluriprofessionnel puisse apprécier l'ensemble des souffrances ressenties par la personne, dès lors qu'elles sont causées par l'affection, afin de déterminer si les conditions d'accès à l'aide à mourir sont réunies**.

*

* *

CHAPITRE III Procédure

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

Adopté avec modifications

Origine de l'article : proposition de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : modifié (avant le rejet de l'ensemble de la proposition de loi).

I. LES DISPOSITIONS INITIALES DE LA PROPOSITION DE LOI

● L'article 5 de la proposition de loi est issu de l'article 7 du projet de loi de 2024 tel que modifié par la commission spéciale et en séance à l'Assemblée nationale. En 2024, les travaux des députés s'étaient achevés au cours de l'examen de cet article, avant que la dissolution de l'Assemblée nationale soit prononcée le dimanche 9 juin 2024.

Premier article du chapitre III de la proposition de loi, consacré à la procédure, l'article 5 crée une sous-section 3 au sein du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique. Le nouvel article L. 1111-12-3 ainsi créé se subdivise en deux parties :

– d'une part, les modalités de présentation de la demande d'aide à mourir au **I** ;

– d'autre part, les informations et propositions devant être faites par le médecin recevant la demande d'aide à mourir au cours de la consultation au **II**.

● S'agissant des modalités de présentation de la demande d'aide à mourir prévues au **I**, la proposition de loi dispose que la demande doit être expresse et faite à un médecin, en activité, avec lequel le demandeur ne peut avoir ni lien familial ou conjugal. Sont proscrites la présentation d'une demande en téléconsultation et la présentation de plusieurs demandes simultanées.

En outre, dès son dépôt, la proposition de loi prévoyait que le médecin, qui demande à la personne si elle fait l'objet d'une protection juridique, puisse procéder à une vérification de sa réponse au travers du registre prévu à l'article 427-1 du code civil.

● S'agissant des informations devant être délivrées comme des propositions devant être réalisées par le médecin au cours de la consultation prévue au **II**, la

proposition de loi faisait initialement au médecin cinq obligations relatives à l'état de santé et aux conditions de vie de la personne, notamment lorsqu'elle est en situation de handicap, aux soins d'accompagnement et aux soins palliatifs, à l'orientation vers un professionnel de la santé mentale, au renoncement à la procédure et, enfin, aux conditions d'accès à l'aide à mourir et à sa mise en œuvre.

II. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Au cours de son examen en première lecture à l'Assemblée nationale en 2025, la proposition de loi a connu plusieurs modifications au travers de l'adoption de quatorze amendements.

● Au **I**, les modalités de présentation de la demande d'aide à mourir ont été complétées :

– les conditions d'expression de la demande ont été précisées à l'initiative du Gouvernement. Si l'écrit semble privilégié, tout mode d'expression adapté aux capacités de la personne est désormais permis ;

– proscrite pour la présentation de la demande d'aide à mourir, la téléconsultation a également été interdite par l'Assemblée nationale pour procéder à la confirmation de la demande. Cependant, lorsque la personne est en incapacité physique de se déplacer, le médecin est désormais tenu de se rendre à son domicile ou dans son lieu de prise en charge ;

– aussi, le médecin a désormais l'obligation de vérifier si la personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique au travers de la consultation du registre susmentionné. Dans cette hypothèse, le médecin doit lui délivrer une information loyale et adaptée et lui transmettre de manière appropriée à ses facultés de discernement ⁽¹⁾.

De même, la commission a souhaité prévoir la saisine du juge des tutelles ou du conseil de famille en cas de doute ou de conflit. Alors que cet ajout avait déjà été réalisé contre l'avis du rapporteur Laurent Panifous, la rapporteure Audrey Abadie-Amiel estime qu'il conviendrait de le supprimer.

● Au **II**, à l'issue de l'examen de la proposition de loi par l'Assemblée nationale, il demeure cinq obligations d'information ou de proposition, lesquelles ont été simplifiées ou enrichies :

(1) À l'issue de son examen par l'Assemblée nationale, cet article comporte une redondance relative à l'information délivrée aux personnes faisant l'objet d'une mesure de protection.

— à l’initiative du rapporteur Laurent Panifous, les informations spécifiquement dues aux personnes en situation de handicap ont été retirées du texte, estimant qu’elles ne revêtaient pas de caractère spécifique ;

— le médecin est tenu de s’assurer que la personne ait accès de manière effective, si elle le souhaite, à l’accompagnement et aux soins palliatifs, dont la dénomination a été harmonisée par coordination avec la proposition de loi relative aux soins palliatifs et d’accompagnement. Par ailleurs, il s’agit désormais d’une information simple et non plus d’une proposition ;

— il en va de même s’agissant de l’orientation vers un psychologue ou un psychiatre : le cas échéant, le médecin doit s’assurer que la personne y ait un accès effectif. Les députés ont aussi souhaité ajouter la même proposition et le même accès effectif au bénéfice des proches de la personne demandeuse.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION PAR LE SÉNAT

Au stade de la commission, le Sénat a adopté huit amendements, tous à l’initiative des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon.

• Au I, la commission a adopté deux amendements rédactionnels n° COM-132 et n° COM-133. Ils substituent notamment la notion d’aide à mourir par celle d’assistance médicale à mourir, par coordination avec les modifications opérées aux articles précédents. De même, par l’amendement n° COM-136, la commission a modifié une phrase et en a supprimé une autre, sans que le sens de l’alinéa 7 soit altéré.

Un amendement n° COM-134 a été adopté afin de préciser la modification qu’avait opérée l’Assemblée nationale : si la demande d’assistance médicale à mourir peut se faire par tout mode d’expression adaptée aux capacités de la personne, cela n’est permis que lorsqu’elle « *n’est pas en mesure de le faire* » par écrit.

Par ailleurs, la commission a adopté un amendement n° COM-135 apportant une modification substantielle aux critères que doit respecter le médecin pour recevoir la demande d’assistance médicale à mourir. Si toutes les conditions précédentes demeurent, **le médecin doit désormais intervenir dans le traitement de la personne ou l’avoir déjà prise en charge**. Si l’amendement prévoit certes que cette condition soit suspendue lorsque le médecin fait usage de sa clause de conscience, les médecins pouvant recevoir la demande en première intention sont par conséquent restreints.

En outre, un amendement n° COM-137 a supprimé à cet article la possibilité de saisir le juge des tutelles ou le conseil de famille. Comme l’indiquait le rapporteur

Laurent Panifous dans le rapport de première lecture ⁽¹⁾, cet ajout introduit par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale ne précisait pas « *la nature du doute ou du conflit ouvrant droit à la saisine, son moment au sein de la procédure, ni la personne y étant autorisée* ». En tout état de cause, l'Assemblée nationale a adopté ultérieurement en séance, à l'initiative de M. Yannick Monnet et plusieurs de ses collègues du groupe Gauche Démocrate et Républicaine et avec l'avis favorable de la commission et un avis de sagesse du Gouvernement, un amendement n° 1895 à l'article 12, réalisant ce même ajout, dans une rédaction améliorée, et ouvrant la voie à sa suppression à l'article 4 selon la rapporteure Audrey Abadie-Amiel.

- Au **II**, outre un amendement de coordination rédactionnelle n° COM-139, la commission a adopté un amendement n° COM-138, qui complète les obligations d'information par une information sur la sédation profonde et continue mentionnée à l'article L. 1110-5-2 du code de la santé publique, introduit par la loi dite « Claeys-Leonetti ».

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PAR LE SÉNAT

- En séance, le Sénat a adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement un amendement n° 74 rect. *ter* de rédaction globale de l'article, présenté par Mme Anne Chain-Larché et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains, Union Centriste et Les Indépendants - République et Territoires.

Par coordination avec les modifications antérieures intervenues en séance, notamment la suppression de la possibilité de se voir administrer une substance létale à l'article 2 et la suppression de l'article 4 portant sur les conditions d'accès à l'assistance médicale à mourir, cet amendement modifie profondément la rédaction de l'article 5.

- Au **I**, à la demande d'assistance médicale à mourir est substituée la possibilité d'un ou plusieurs entretiens portant sur le projet de soins, l'évolution prévisible de son état de santé et les modalités de son accompagnement de fin de vie pour les personnes atteintes d'une affection grave et incurable. Les modalités de consultation demeurent proches de celles antérieurement fixées.

- Au **II**, les obligations d'informations et de propositions au cours de ces entretiens portent sur :

- l'état de santé, les perspectives d'évolution et les options thérapeutiques disponibles ;

(1) Rapport n° 1364 de M. Olivier Falorni, rapporteur général, Mme Brigitte Liso, M. Laurent Panifous, M. Stéphane Delautrette et Mme Élise Leboucher, députés, fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative à la fin de vie, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 2 mai 2025, p. 41.

- les soins palliatifs et, si la personne le souhaite, leur effective mise en œuvre ;

- les possibilités de soulagement de la douleur et de la souffrance, y compris une sédation profonde et continue maintenue jusqu’au décès ;

- une orientation vers un accompagnement psychologique ou psychiatrique ;

- la possibilité de modifier, suspendre ou retirer les orientations exprimées concernant son projet de soins et son accompagnement de fin de vie.

- En l’état de cette rédaction, la rapporteure Audrey Abadie-Amiel estimait que l’article 5 revenait à empêcher la légalisation d’un droit à l’aide à mourir tel que voté en première lecture à l’Assemblée nationale, comme à empêcher celle d’un droit à l’assistance médicale à mourir tel que voté par la commission au Sénat.

Par ailleurs, en regrettant le caractère peu normatif des dispositions adoptées en séance à cet article, elle indique qu’elles n’apportent dans les faits aucune amélioration à la vie des personnes précédemment concernées par l’aide à mourir ou, de manière plus restrictive, à la vie de celles concernées par l’assistance médicale à mourir.

- **Le Sénat a ensuite rejeté l’ensemble de la proposition de loi.**

IV. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LA COMMISSION À L’ASSEMBLÉE NATIONALE

- Au stade de la commission, les députés ont modifié l’article 5 au travers de dix amendements, tous adoptés à l’initiative de la rapporteure Audrey Abadie-Amiel et de ses collègues rapporteurs.

- Au **I** de l’article L. 1111-12-3, à l’instar de la commission au Sénat, la commission a adopté un amendement AS667 apportant une amélioration rédactionnelle et précisant que la demande par écrit était la règle. Par conséquent, tout autre mode d’expression de la demande est l’exception, réservé aux cas où la personne ne serait pas en mesure de la formuler par écrit.

Outre un amendement rédactionnel AS669, la commission a adopté un amendement AS668 dont l’objectif était de reformuler la deuxième phrase du second alinéa du I. Ainsi, les députés ont précisé que le médecin était tenu de se déplacer au domicile ou dans le lieu de prise en charge de la personne pour recueillir sa demande, mais également sa confirmation par coordination avec le premier alinéa.

Après avoir adopté un amendement rédactionnel AS671, la commission a suivi l’avis de la rapporteure Audrey Abadie-Amiel en adoptant son amendement AS670 ainsi qu’un amendement identique présenté par Mme Christine Loir et deux

de ses collègues du groupe Rassemblement National. Les amendements identiques ont apporté une amélioration rédactionnelle qu'avait également adoptée le Sénat, permettant la suppression de l'avant-dernière phrase de l'alinéa. En effet, les modifications successives de l'alinéa au cours de la première lecture avaient introduit une répétition.

Enfin, la dernière phrase de l'alinéa, relative à la saisine du juge des tutelles ou du conseil des familles, a aussi été supprimée au travers de l'adoption de l'amendement AS672 pour les mêmes raisons que celles qui avaient conduit le Sénat à la supprimer et que la rapporteure Audrey Abadie-Amiel avait précédemment commentées.

• Le **II** a été modifié au travers de l'adoption de trois amendements rédactionnels AS675, AS673 et AS674, dont deux opérant une modification identique aux 2° et 3°. Par la suppression de l'expression « *de manière effective* », la rapporteure Audrey Abadie-Amiel a entendu simplifier la rédaction des deux alinéas, sans altérer la mission du médecin qui s'assure, si la personne le souhaite, qu'elle puisse avoir accès à l'accompagnement et aux soins palliatifs et à un psychologue ou à un psychiatre.

*
* *

Article 6

Procédure d'examen de la demande d'aide à mourir jusqu'à la prescription de la substance létale

Adopté avec modifications

Origine de l'article : proposition de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : modifié (avant le rejet de l'ensemble de la proposition de loi).

I. LES DISPOSITIONS INITIALES DE LA PROPOSITION DE LOI

L'article 6 de la proposition de loi correspond à l'article 8 du projet de loi de 2024 tel que modifié par la commission spéciale en 2024.

L'article porte sur la procédure d'examen de la demande d'aide à mourir jusqu'à la prescription de la substance létale. Il crée un article L. 1111-12-4 au sein du code de la santé publique.

• Le **I** de l'article prévoit que le médecin recevant la demande procède à la vérification des conditions prévues à l'article 4. Il précisait dans sa rédaction initiale

que lorsqu'une maladie altère gravement le discernement d'une personne, cette personne ne pouvait être regardée comme manifestant une volonté libre et éclairée.

- Si le médecin procède seul à l'appréciation des conditions administratives, trois d'entre elles font l'objet au **II** d'une procédure qualifiée de collégiale et pluri-professionnelle, ne pouvant être réalisée par des sociétés de téléconsultation. Ainsi, pour apprécier le caractère grave et incurable engageant le pronostic vital en phase avancée ou terminale de l'affection, pour apprécier la souffrance physique ou psychologique réfractaire aux traitements ou insupportable à la personne et pour apprécier la manifestation libre et éclairée de la volonté, le médecin est tenu de recueillir l'avis de plusieurs professionnels :

- un médecin spécialiste de la pathologie de la personne, n'intervenant pas auprès d'elle, répondant aux mêmes critères que le médecin mentionné à l'article 5 et sans qu'un lien hiérarchique existe entre ces deux médecins. En ayant accès au dossier médical de la personne, ce médecin spécialiste pouvait ou non examiner la personne demandeuse ;

- un auxiliaire médical ⁽¹⁾ ou un aide-soignant, qui intervient auprès de la personne, ou en cas d'impossibilité, un autre auxiliaire médical.

En outre, dans sa rédaction initiale, la proposition de loi prévoyait que le médecin puisse recueillir l'avis d'autres professionnels. Si des exemples étaient cités, la liste n'était pas limitative. S'agissant des personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique, le médecin était tenu d'informer la personne chargée de la mesure de protection et de tenir compte des observations formulées le cas échéant.

- Le **III** précise quant à lui que pour apprécier la demande et se prononcer, oralement et par écrit, le médecin dispose d'un délai de quinze jours à compter de la demande. La personne chargée de la mesure de protection, lorsqu'elle existe, est également informée de sa décision.

- Le **IV** prévoit que la personne demandeuse dispose d'un délai de réflexion d'au moins deux jours avant de confirmer qu'elle souhaite l'administration de la substance létale. Dans sa rédaction initiale, la proposition de loi prévoyait que ce délai puisse être abrégé dans le cas où cela était en mesure de préserver la « *dignité* » de la personne. Enfin, en l'absence de confirmation de la demande dans un délai de trois mois à compter de la notification de la décision, le médecin se devait de réévaluer le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté en mettant en œuvre, si besoin, la procédure collégiale pluriprofessionnelle prévue au **II**.

- Lorsque la personne confirme sa volonté, le **V** dispose que le médecin l'informe des modalités d'administration et d'action de la substance létale, puis

(1) Les auxiliaires médicaux sont définis aux titres I^{er} à VII du livre III de la quatrième partie de la partie législative du code de la santé publique. Il s'agit par exemple des infirmiers ou des masseurs-kinésithérapeutes.

détermine avec elle le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner pour son administration.

- Aux termes du **VI**, ce même médecin prescrit la substance létale, dans le respect des recommandations prévues à l'article 16 de la proposition de loi, formulées par la Haute Autorité de santé, puis l'adresse à l'une des pharmacies à usage intérieur autorisées à la préparer tel que prévu au même article. Cet article précise notamment qu'il ne peut s'agir que des pharmacies à usage interne d'établissements de santé ou de groupements de coopération sanitaire.

II. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

L'Assemblée nationale a sensiblement modifié l'article 6 en première lecture en adoptant aux stades de la commission et de la séance quarante et un amendements.

- Outre des modifications d'ordre rédactionnel au **I**, les députés ont précisé la définition de la volonté libre et éclairée. Alors que la personne dont le discernement est gravement altéré par une maladie ne pouvait être considérée comme manifestant une volonté libre et éclairée, un amendement de Mme Élise Leboucher et ses collègues du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire a restreint son champ à toute personne dont le discernement est gravement altéré.

- Au **II**, si plusieurs amendements avaient été adoptés au stade de la commission pour renforcer la traçabilité de la procédure, deux amendements identiques du rapporteur Laurent Panifous ainsi que du président Frédéric Valletoux et deux de ses collègues du groupe Horizons & Indépendants, modifiés par deux sous-amendements identiques de M. Thibault Bazin (groupe Droite Républicaine) ainsi que de M. Philippe Juvin et deux de ses collègues du groupe Droite Républicaine, ont été adoptés en séance, avec l'avis favorable du Gouvernement et de la commission. **Ils modifient sensiblement les modalités d'organisation de la procédure collégiale pluriprofessionnelle.**

Sur le modèle de la procédure collégiale organisée dans le cadre de la mise en œuvre de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, la procédure est désormais intitulée « *procédure collégiale* ». Elle ne repose plus sur le recueil d'avis, mais sur la réunion d'un collège pluriprofessionnel composé obligatoirement du médecin instruisant la demande, d'un médecin spécialiste et d'un auxiliaire médical ou d'un aide-soignant répondant aux mêmes critères précédemment commentés. Cette réunion se déroule en la présence physique de tous mais peut, en cas d'impossibilité, se tenir par voie numérique. À l'initiative du rapporteur Laurent Panifous en commission puis en séance, les professionnels pouvant être conviés à la réunion du collège pluriprofessionnel ont été modifiés : il s'agit des professionnels de santé, des professionnels des établissements et services médico-sociaux et des psychologues intervenant dans le traitement de la personne. Si la communication des

observations de la personne chargée de la mesure de protection au collège pluriprofessionnel a été précisée, la possibilité de recueillir l'avis de la personne de confiance, lorsqu'elle a été désignée et à la demande de la personne, a été ajoutée en commission puis maintenue en séance. Au **III**, le médecin demeure la seule personne à se prononcer à l'issue de la procédure collégiale ainsi modifiée.

Par ailleurs, au cours des débats en séance, un amendement de M. Christophe Marion (groupe Ensemble pour la République) avait été adopté afin que le médecin puisse également notifier sa décision à la personne de confiance, si la personne demandeuse n'est pas apte à la recevoir. Selon son exposé sommaire, l'amendement couvrirait ainsi l'hypothèse d'un accès à l'aide à mourir au travers des directives anticipées ou de la personne de confiance, à laquelle les députés s'étaient pourtant opposés tout au long de l'examen de la proposition de loi en commission et en séance. Pour cette raison, en application de l'article 101 du Règlement de l'Assemblée nationale et à la demande de la commission, une seconde délibération s'est tenue permettant au rapporteur général Olivier Falorni de faire adopter, avec l'avis favorable du Gouvernement, un amendement de suppression de cet ajout.

Enfin, les députés ont adopté, contre l'avis de la commission et du Gouvernement, un amendement apportant des précisions sur l'évaluation de la capacité de discernement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative grave.

- Au **IV**, la réflexion d'au moins deux jours dont disposait la personne pour confirmer sa demande pouvait être abrégée. Un amendement du Gouvernement et douze amendements identiques ont rendu ce délai incompressible, avec l'avis favorable de la commission. En outre, deux amendements rédactionnels ont été adoptés, dont l'un créant un **V bis**. Enfin, un amendement a clarifié le rôle du médecin, lequel évalue à nouveau le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté uniquement lorsque la confirmation de la décision intervient plus de trois mois après la notification.

- Si le **VI**, qui prévoit que le médecin prescrit la substance létale et adresse la prescription à l'une des pharmacies à usage intérieur habilitées, n'a fait l'objet d'aucune modification, le **V** a été amendé en commission comme en séance.

Ainsi, une fois que la personne a confirmé sa volonté, le médecin lui délivre des informations. Si les députés ont souhaité préciser que cette information est délivrée sous forme orale et écrite, ils ont restreint son champ afin qu'elle ne concerne uniquement les modalités d'action de la substance létale, sans que soient abordées les modalités d'administration.

Toutefois, à l'initiative de Mme Sandrine Runel et plusieurs de ses collègues du groupe Socialistes et apparentés et avec l'avis favorable du rapporteur Laurent Panifous, la commission a estimé que les modalités d'administration de la substance létale devaient être déterminées entre la personne et le médecin, au même titre que

le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner dans cette administration. Initialement, cette modification était intervenue pour tirer les conséquences du choix donné à la personne entre auto-administration et administration par un médecin ou un infirmier, qu'avait adopté la commission à l'article 2. Si les députés sont finalement revenus en séance sur ce libre choix, pour ne retenir que l'administration par un médecin ou un infirmier en cas d'incapacité physique de la personne, cette modification opérée au **VI** a été maintenue. Alors que le Gouvernement souhaitait revenir à la rédaction initiale de cet alinéa contre l'avis de la commission, le rapporteur Laurent Panifous a rappelé que la rédaction issue de la commission était nécessaire pour que soient abordés *« les deux cas qui pourront se présenter : soit je peux m'administrer la substance, soit je ne le peux pas »*, même si *« la règle demeure l'auto-administration, conformément à ce que l'Assemblée a décidé [...] ; l'administration par un professionnel de santé constitue l'exception »* ⁽¹⁾. De même, le rapporteur a justifié son maintien dans l'hypothèse où la Haute Autorité de santé définirait plusieurs modalités d'administration, qu'il conviendrait logiquement de déterminer en amont de la prescription.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION PAR LE SÉNAT

Au stade de la commission, seize amendements ont été adoptés à l'article 6, tous à l'initiative des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon à l'exception de l'un d'entre eux. En premier lieu, l'amendement n° COM-142 a substitué la notion d'assistance médicale à mourir à celle d'aide à mourir dans l'ensemble de l'article.

- Au **I**, la commission a précisé par un amendement n° COM-140 que le médecin conduisant la procédure avait accès aux informations médicales nécessaires à la vérification des conditions d'accès à l'assistance médicale à mourir. Toutefois, l'amendement n° COM-141 a supprimé la possibilité de saisir le préfet qu'avait prévue l'Assemblée nationale, par coordination avec la suppression de la condition de nationalité ou de résidence stable et régulière opérée par la commission à l'article 2.

- Outre un amendement n° COM-143 de coordination avec une modification opérée à un précédent article, un amendement d'harmonisation n° COM-146 et deux amendements rédactionnels n° COM-145 et n° COM-148, le **II** a été adapté sans comporter de modification majeure de la procédure collégiale pluriprofessionnelle. La rapporteure Audrey Abadie-Amiel note en effet l'intention de la commission des affaires sociales du Sénat qui, prenant acte du resserrement du champ de l'assistance médicale à mourir, n'a *« pas jugé utile de renforcer la procédure en adoptant des*

(1) M. Laurent Panifous, rapporteur, compte rendu de la deuxième séance du 22 mai 2025.

amendements qui auraient pour conséquence de la rallonger » et « risquerait de la priver de toute portée effective »⁽¹⁾.

Dans cet esprit, un amendement n° COM-144 a été adopté, visant à préciser que le médecin traitant de la personne pouvait être convié à la réunion du collège pluriprofessionnel, ce qui était déjà possible dans la rédaction de l'article tel qu'adopté par l'Assemblée nationale. De même, l'amendement n° COM-32 de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste) a ajouté la possibilité de recueillir l'avis des proches de la personne, à sa demande.

En outre, l'amendement n° COM-147 a supprimé l'alinéa qu'avait ajouté l'Assemblée nationale relatif aux modalités d'évaluation de la capacité de discernement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives.

- En contradiction avec l'intention énoncée dans son rapport, la commission a adopté au **III** un amendement n° COM-150, qui supprime le délai de quinze jours fixé au médecin pour se prononcer et notifier sa décision, ce qui pourrait, par voie de conséquence, entraver l'accès à l'assistance médicale à mourir. La commission a en outre précisé par un amendement n° COM-149 que l'intelligence artificielle ne pouvait se substituer à l'appréciation du médecin dans la prise de cette décision. Par ailleurs, un amendement n° COM-151 a été adopté pour que le médecin communique à la personne et, le cas échéant, à celle chargée de la mesure de protection juridique, un compte rendu anonymisé des débats de la réunion du collège pluriprofessionnel.

- Au **IV**, afin de ne laisser aucune ambiguïté sur le droit à renoncer dont jouit la personne à l'issue du délai de réflexion, l'amendement n° COM-152 a substitué à l'emploi du présent de l'indicatif du verbe « confirmer », l'expression « peut confirmer » s'agissant de la demande d'administration de la substance létale. Au même alinéa, l'amendement n° COM-153 a rétabli, dans une rédaction différente, la possibilité d'abrèger le délai de réflexion, à la demande de la personne et si le médecin estime que son état de santé le justifie. Si l'Assemblée nationale avait, quant à elle, supprimé cette possibilité, sa réintégration par le Sénat est à mettre en regard de la restriction du champ de l'assistance médicale à mourir que la commission a conduite. Dans le même esprit, l'amendement n° COM-154 a supprimé l'alinéa relatif à la procédure de réexamen du caractère libre et éclairé de la volonté de la personne, lorsque sa confirmation intervient plus de trois mois après la notification. En effet, les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon ont estimé dans l'objet de l'amendement « *qu'une telle situation [n'était] pas amenée à se présenter* » au regard de la restriction des conditions d'éligibilité à l'assistance médicale à mourir conduite à l'article 2.

(1) Rapport n° 264 (2025-2026) de Mme Christine Bonfanti-Dossat et M. Alain Milon, sénateurs, fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, relative au droit à l'aide à mourir, enregistré à la Présidence du Sénat le 7 janvier 2026, p. 109.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PAR LE SÉNAT

- En séance, le Sénat a adopté contre l’avis de la commission et du Gouvernement un amendement n° 86 rect. *bis* de rédaction globale de l’article, présenté par M. Pierre Cuypers et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains, Union Centriste et Les Indépendants - République et Territoires.

Dans la continuité des importantes modifications opérées en séance par le Sénat aux articles précédents, cet amendement poursuit la suppression de l’assistance médicale à mourir qu’avait introduite la commission au sein du texte.

- L’amendement introduit ainsi un nouvel article au sein du code de la santé publique :

- le **I** dispose que toute personne atteinte d’une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale, bénéficie d’une information adaptée, loyale et continue sur son état de santé, sur les options thérapeutiques envisageables et sur les modalités de son accompagnement de fin de vie ;

- le **II** prévoit que cette information porte notamment sur les possibilités de soins palliatifs, de soulagement de la douleur et de la souffrance, ainsi que sur la mise en œuvre d’une sédation profonde et continue maintenue jusqu’au décès ;

- le **III** ajoute que la continuité de l’accompagnement palliatif est garantie lors des transitions entre les différents lieux de prise en charge, dans le respect de l’organisation des soins et des ressources disponibles ;

- le **IV** précise enfin que les proches et la personne de confiance sont associés à l’accompagnement de la personne, dans le respect de sa volonté et des règles relatives au secret médical.

- À l’image de son appréciation de l’article 5 tel que modifié en séance, la rapporteure Audrey Abadie-Amiel émet de vives réserves sur les modifications opérées à l’article 6. Si, sur le fond, la nouvelle rédaction entravait la légalisation d’un droit à l’aide à mourir autant qu’à l’assistance médicale à mourir, la rapporteure regrette une fois encore le caractère peu normatif des dispositions adoptées en séance à l’article 6, qui se bornaient pour l’essentiel à rappeler le droit existant ou les dispositions de l’article 5 tel que modifié en séance par le Sénat.

- **Le Sénat a ensuite rejeté l’ensemble de la proposition de loi.**

IV. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LA COMMISSION À L’ASSEMBLÉE NATIONALE

- La commission a adopté neuf amendements à l’article 6.

- Au **I** de l'article L. 1111-12-4, la commission a adopté deux amendements de la rapporteure Audrey Abadie-Amiel et de ses collègues rapporteurs. L'amendement AS676 précise que le médecin a accès aux informations médicales de la personne par harmonisation avec le médecin spécialiste prévue au *a* du 1° du II. L'amendement AS677 supprime la possibilité de solliciter le préfet pour vérifier la condition de résidence posée à l'article 4. En effet, la rapporteure a estimé que la procédure actuelle suffisait, nourrie de ses échanges avec le Gouvernement selon lequel l'assurance maladie procède d'ores et déjà au contrôle de cette condition au moment de l'ouverture des droits à la personne.

- Au **2° du II**, deux amendements rédactionnels AS680 et AS679 de la rapporteure Audrey Abadie-Amiel et de ses collègues rapporteurs ont été adoptés. Le second avait notamment pour objectif de dissiper tout doute sur le fait que l'ensemble des professionnels énumérés à l'alinéa étaient bien tenus d'intervenir dans le traitement de la personne.

Sur l'avis favorable de la rapporteure Audrey Abadie-Amiel, la commission a aussi modifié le **3° du II** en adoptant l'amendement AS127 de M. René Pilato et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire. Par harmonisation avec le 4°, le médecin « *recueille* » désormais les observations de la personne chargée de la mesure de protection. Comme la commission au Sénat, la rapporteure a estimé que l'emploi de l'expression « *tenir compte* » aurait pu prêter à confusion s'agissant d'une procédure collégiale, où aucun avis ne prime sur l'autre.

- Le **III** a fait l'objet d'un amendement rédactionnel AS681 de la rapporteure Audrey Abadie-Amiel et de ses collègues rapporteurs.

- De même, le **IV** a été modifié par l'adoption d'un amendement AS682 de la rapporteure Audrey Abadie-Amiel et de ses collègues rapporteurs, ainsi que d'un amendement identique AS447 présenté par Mme Christine Loir et deux de ses collègues du groupe Rassemblement National. Si au regard de l'ensemble la procédure, notamment des articles 5 et 10 de la proposition de loi, il ne faisait aucun doute sur le fait que la personne n'était pas tenue de confirmer sa demande à la suite de la décision du médecin et de l'expiration de son délai de réflexion, la commission a préféré substituer l'expression « *la personne confirme* » par « *la personne peut confirmer* » sa décision.

- Enfin, la commission a adopté au **V** l'amendement rédactionnel AS683.

*

* *

Article 7

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

Adopté avec modifications

Origine de l'article : proposition de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : rejeté, avant le rejet de l'ensemble de la proposition de loi.

I. LES DISPOSITIONS INITIALES DE LA PROPOSITION DE LOI

L'article 7 de la proposition de loi est issu de l'article 9 du projet de loi de 2024 tel que modifié par la commission spéciale de l'Assemblée nationale.

Cet article détermine la date d'administration de la substance létale et précise les droits de la personne durant la procédure d'aide à mourir, insérant un article L. 1111-12-5 dans le code de la santé publique.

- Le **I** de l'article prévoit que la personne ayant fait la demande d'accès à l'aide à mourir détermine, en concertation avec le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner, la date à laquelle elle souhaite procéder à l'administration de la substance létale.

La version initiale de cet article prévoyait que si la date choisie était postérieure de plus d'un an à la notification de la décision du médecin acceptant la demande d'aide à mourir, ce médecin devait évaluer à nouveau, à l'approche de la date d'administration de la substance létale, le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté du patient. Dans le cadre de cette évaluation, le médecin pouvait, si besoin, mettre en œuvre la procédure collégiale pluriprofessionnelle prévue au II de l'article 6 de la proposition de loi.

- Le **II** de l'article énumère des droits dont bénéficie la personne bénéficiaire de l'aide à mourir :

- d'une part, la personne peut demander, dans des conditions convenues avec le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner, que la substance létale soit administrée en dehors de son domicile ;

- d'autre part, la personne peut être accompagnée par les personnes de son choix pendant l'administration de la substance létale.

Cependant, l'étude d'impact de l'article 9 du projet de loi de 2024 précisait que ces droits devaient être conciliés avec des contraintes, notamment de sécurité, liées à la mise en œuvre de l'aide à mourir. Plus particulièrement, l'étude d'impact

soulignait que *« la possibilité pour la personne de demander à mourir hors de son domicile ne lui confère pas un droit à choisir tout lieu de réalisation »*, et que *« des considérations de sécurité pourraient faire obstacle à ce qu’une personne malade, hospitalisée, puisse être accompagnée par un trop grand nombre de personnes »*.

II. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR L’ASSEMBLÉE NATIONALE

En première lecture, l’Assemblée nationale a modifié l’article 7 par l’adoption de quatre amendements distincts.

- Au **I**, l’Assemblée nationale a adopté, malgré l’avis défavorable du rapporteur Stéphane Delautrette, un amendement du Gouvernement qui renforce le contrôle par le médecin de la volonté libre et éclairée de la personne ayant demandé l’aide à mourir. Alors que la proposition de loi prévoyait que le médecin devait à nouveau procéder à ce contrôle si la date choisie pour l’administration de la substance létale était postérieure de plus d’un an à la notification de la décision du médecin acceptant la demande d’aide à mourir, l’Assemblée nationale a porté ce délai à trois mois.

Aussi, ce délai est identique à celui prévu par le projet de loi de 2024, qui avait été assoupli par la commission spéciale de l’Assemblée nationale, et est aligné sur le délai de trois mois, entre la notification de la décision du médecin accordant l’aide à mourir et la confirmation de la personne de sa volonté de recourir à la procédure prévue à l’article 6 de la proposition de loi, et au-delà duquel le médecin doit à nouveau contrôler le caractère libre et éclairé de la volonté de la personne.

L’exposé sommaire de l’amendement soutient que le délai de trois mois *« permet d’assurer, à un moment proche de l’acte, que la condition centrale du dispositif – la volonté libre, éclairée et persistante du patient – est bien toujours remplie »*.

- Au **II**, l’Assemblée a apporté plusieurs modifications aux droits de la personne bénéficiaire de l’aide à mourir :

- l’Assemblée nationale a adopté un amendement déposé par Mme Sandrine Runel et plusieurs de ses collègues du groupe Socialistes et apparentés, ayant reçu l’avis favorable du rapporteur général et du Gouvernement, qui interdit l’administration de la substance létale au sein des voies et espaces publics, afin de mieux concilier le droit du patient à choisir le lieu d’administration de cette substance et les impératifs de sécurité ;

- l’Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel du rapporteur Stéphane Delautrette prévoyant que la personne peut être « entourée » et non pas « accompagnée » par les personnes de son choix au moment de l’administration de

la substance létale, afin d'éviter toute confusion avec le médecin ou infirmier, qui seul accompagne la personne tout au long de la procédure ;

– par ailleurs, l'Assemblée nationale a institué l'obligation pour le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne d'informer et d'orienter, si nécessaire, les proches de celle-ci vers les dispositifs d'accompagnement psychologique existants.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION PAR LE SÉNAT

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté quatre amendements déposés par les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon.

● Au **I** de l'article L. 1111-12-5 du code de la santé publique créé par l'article 7 de la proposition de loi, la commission a adopté un amendement n° COM-156 qui supprime l'obligation pour le médecin ayant accepté la demande d'aide à mourir d'évaluer à nouveau le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté de la personne à l'approche de la date d'administration de la substance létale, lorsque cette date est postérieure de plus de trois mois à la notification de la décision du médecin.

Cette suppression tire les conséquences de la restriction du champ de l'aide à mourir, rebaptisée « *assistance médicale à mourir* », opérée par la commission à l'article 4. En effet, l'assistance médicale à mourir ne serait plus offerte qu'aux patients remplissant les mêmes conditions que celles prévues en matière de sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès ; elle concernerait uniquement les personnes dont le pronostic vital serait engagé à court terme.

Par ailleurs, la commission a adopté un amendement rédactionnel n° COM-155 qui ajuste les dispositions relatives au choix de la date de l'administration de la substance létale pour tenir compte de l'hypothèse où cette substance est administrée à la personne par le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner.

● Au **II**, la commission a apporté plusieurs restrictions aux droits des personnes :

– d'une part, la commission a adopté un amendement n° COM-157 qui restreint les lieux où le patient peut demander que la substance létale lui soit administrée. S'inspirant du dispositif existant en matière de sédation profonde et continue, l'amendement prévoit que l'administration de la substance létale ne pourra être effectuée qu'au domicile de la personne, dans un établissement de santé ou dans

un établissement ou service médico-social qui accueille des personnes âgées ou handicapées, y compris un foyer d'accueil médicalisé ;

— d'autre part, la commission a adopté un amendement n° COM-158 qui restreint le droit de la personne d'être entourée par ses proches lorsque celle-ci est admise dans un établissement de santé ou hébergée dans un établissement médico-social accueillant des personnes âgées ou handicapées. Dans ce cas, le directeur de l'établissement pourra limiter le nombre de personnes présentes pendant l'administration de la substance létale, afin de concilier le droit de la personne d'être entourée avec des considérations de sécurité.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PAR LE SÉNAT

En séance, le Sénat a rejeté cet article. Le rapporteur Stéphane Delautrette regrette que le rejet de l'article 7, cohérent avec les modifications adoptées par le Sénat et qui suppriment le droit à l'aide à mourir consacré par la proposition de loi dans sa version adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale, ne constitue aucune avancée par rapport au cadre normatif existant d'accompagnement des patients en fin de vie.

Le Sénat a ensuite rejeté l'ensemble de la proposition de loi.

IV. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté deux amendements rédactionnels AS691 et AS692 du rapporteur Stéphane Delautrette.

*

* *

Article 8

Circuit de préparation et de délivrance de la substance létale

Adopté avec modifications

Origine de l'article : proposition de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : modifié, avant le rejet de l'ensemble de la proposition de loi.

I. LES DISPOSITIONS INITIALES DE LA PROPOSITION DE LOI

L'article 8 de la proposition de loi est issu de l'article 10 du projet de loi de 2024 tel que modifié par la commission spéciale de l'Assemblée nationale.

Cet article détaille le circuit de préparation et de délivrance de la substance létale, créant un article L. 1111-12-6 dans le code de la santé publique.

En effet, une fois que la date d'administration de la substance létale a été fixée par le patient en concertation avec le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner, la préparation magistrale⁽¹⁾ létale est réalisée par la pharmacie hospitalière à usage intérieur mentionnée à l'article 6 de la proposition de loi. Suivant ce dernier article, le médecin ayant accepté la demande d'aide à mourir de la personne effectue la prescription de la substance létale et l'adresse à l'une des pharmacies à usage intérieur désignées par arrêté du ministre de la santé conformément à l'article 16 de la proposition de loi ; sont uniquement concernées les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire.

La pharmacie à usage intérieur transmet ensuite la préparation magistrale létale à la pharmacie d'officine désignée par le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne, en accord avec cette dernière. La pharmacie d'officine est chargée de délivrer la préparation magistrale au médecin ou à l'infirmier.

Par ailleurs, lorsque la personne est hébergée dans un établissement disposant d'une pharmacie à usage intérieur, celle-ci joue également le rôle de pharmacie d'officine, délivrant la préparation au médecin ou à l'infirmier.

Aussi, le circuit de préparation et de délivrance de la substance létale, qui fait intervenir une pharmacie à usage intérieur spécialement désignée pour préparer la substance et une pharmacie d'officine chargée de la délivrer au médecin ou à

(1) Le 1° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique définit une préparation magistrale comme « tout médicament préparé selon une prescription médicale destinée à un malade déterminé lorsqu'il n'existe pas de spécialité pharmaceutique adaptée ou disponible, y compris du fait de l'absence de commercialisation effective, disposant d'une autorisation de mise sur le marché ». Le recours à une préparation magistrale vise ainsi à assurer le caractère adapté à chaque patient de la substance létale.

l’infirmier, permet de concilier l’égalité d’accès à la procédure et la sécurité de la substance létale et de sa circulation.

II. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR L’ASSEMBLÉE NATIONALE

En première lecture, l’Assemblée nationale a adopté trois amendements du rapporteur Stéphane Delautrette :

– un amendement supprimant le qualificatif « hospitalière » pour la pharmacie à usage intérieur chargée de préparer la substance létale. Ce qualificatif, qui avait été introduit par la commission spéciale de l’Assemblée nationale durant l’examen du projet de loi de 2024, visait à exclure les pharmacies à usage intérieur des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées de la préparation de la substance létale. Toutefois, cette expression n’existe pas dans le code de la santé publique, pouvant complexifier excessivement le droit, et en outre cet ajout était superfétatoire compte tenu des exclusions déjà prévues à l’article 16 de la proposition de loi ;

– un amendement précisant que la pharmacie à usage intérieur et la pharmacie d’officine réalisent leurs missions dans un délai permettant l’administration de la substance létale à la date fixée par la personne avec le médecin ou l’infirmier chargé de l’accompagner. Cette précision vise à éviter tout risque d’entrave à l’accès à l’aide à mourir dans le circuit de préparation et de délivrance de la substance létale ;

– un amendement rédactionnel.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION PAR LE SÉNAT

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement n° COM-159 déposé par les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, qui réserve l’accès à la préparation magistrale létale dans les pharmacies d’officine aux seuls pharmaciens titulaires d’officine et aux pharmaciens adjoints.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PAR LE SÉNAT

● En séance, le Sénat a adopté contre l’avis de la commission et du Gouvernement un amendement n° 87 rect. *ter* de rédaction globale de l’article 8, déposé par M. Pierre Cuypers et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains, Les Indépendants - République et Territoires et Union Centriste.

Tirant les conséquences de la suppression du droit à l'aide à mourir prévu à l'article 2 et des conditions d'accès à celle-ci prévues à l'article 4, cet amendement réécrit l'article 8 pour instituer, selon l'exposé sommaire de l'amendement, « *un cadre clarifié relatif aux moyens thérapeutiques mobilisables dans l'accompagnement de la fin de vie* ».

Plus particulièrement, l'amendement prévoit que les traitements, dispositifs et moyens nécessaires à l'accompagnement palliatif et au soulagement de la douleur et de la souffrance du patient sont mis en œuvre suivant les données scientifiques, les recommandations de bonnes pratiques et les référentiels nationaux en vigueur. L'amendement garantit également la qualité et la sécurité des soins, la continuité de la prise en charge et le respect de la volonté de la personne dans le cadre de ces procédures.

Par ailleurs, l'amendement confie aux agences régionales de santé une mission d'organisation territoriale visant à permettre l'accès effectif aux moyens énumérés par l'amendement dans le cadre des soins palliatifs et de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès.

- Le rapporteur Stéphane Delautrette déplore que la rédaction de l'article 8 adoptée par le Sénat, de même que l'ensemble des modifications apportées à la proposition de loi, sont de nature à éliminer tout droit à l'aide à mourir et ne constituent pas d'avancée par rapport au droit existant. De surcroît, les dispositions de l'article 8 tel qu'amendé par le Sénat revêtent un caractère déclaratoire ou programmatique, et sont dépourvues de portée normative.

- **Le Sénat a ensuite rejeté l'ensemble de la proposition de loi.**

IV. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté deux amendements du rapporteur Stéphane Delautrette :

- un amendement AS693 précisant que lorsque la date d'administration de la substance létale est fixée par la personne en concertation avec le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner, cette date est communiquée par ce médecin ou cet infirmier à la pharmacie à usage intérieur chargée de réaliser la préparation magistrale létale. En effet, la proposition de loi, dans sa version adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale, ne précisait pas que la pharmacie à usage intérieur était informée de la date d'administration de la substance létale. Cette information permettait de s'assurer que la pharmacie à usage intérieur réalise la préparation magistrale létale en temps utile ;

- un amendement rédactionnel AS694.

Article 9

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

Adopté avec modifications

Origine de l'article : proposition de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : modifié (avant le rejet de l'ensemble de la proposition de loi).

I. LES DISPOSITIONS INITIALES DE LA PROPOSITION DE LOI

L'article 9 de la proposition de loi correspond à l'article 11 du projet de loi de 2024 dans sa rédaction résultant des travaux de la commission spéciale. Toutefois, au dépôt de la proposition de loi, son auteur M. Olivier Falorni a opéré une modification rédactionnelle au **III** du présent article, par coordination avec les modifications réalisées en 2024 au stade de la séance à l'article 5 du projet de loi, correspondant à l'article 2 de l'actuelle proposition de loi.

L'article porte sur le jour de l'administration de la substance létale et traite de l'accompagnement de la personne jusqu'au décès, des modalités d'administration de la substance létale et de son devenir lorsqu'elle n'est pas utilisée en tout ou partie. Il crée un nouvel article L. 1111-12-3 qui, dans la continuité des articles 5, 6, 7 et 8, s'intègre au sein de la sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique.

- Le **I** porte sur les actions devant être réalisées par le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne le jour de l'administration de la substance létale. Ces missions sont de trois ordres : la vérification de la volonté de la personne, la préparation de la substance létale si cela s'avérerait nécessaire au regard de la forme qu'elle prendra, ainsi que la surveillance de l'administration par la personne.

- Est prévu au **II** que la personne puisse demander le report de l'administration de la substance létale tout en confirmant sa volonté d'y avoir recours. Dans ce cas, la proposition de loi dispose dans sa rédaction initiale que le professionnel de santé suspend la procédure et convient d'une nouvelle date en mettant en œuvre les modalités prévues à l'article 7.

- Le **III** précise le rôle du professionnel de santé lorsqu'il n'administre pas lui-même la substance létale, soit la situation de droit commun. En effet, aux termes de l'article 2 dans sa rédaction initiale, l'auto-administration demeure la règle et l'administration par le professionnel l'exception. Ainsi, si la présence du professionnel de santé aux côtés de la personne n'est pas requise, sa présence en proximité est obligatoire dans l'objectif de pouvoir intervenir en cas de difficulté.

- Après que le décès est intervenu, le professionnel de santé a l'obligation :

- de réaliser un certificat de décès dans les conditions prévues par la loi. Ainsi, si le législateur a récemment permis aux infirmiers dûment formés d'établir des certificats de décès, ce qui constituait jusqu'alors l'apanage des médecins, l'infirmier chargé d'accompagner la personne dans l'administration de la substance létale devra avoir suivi la formation requise pour y être autorisé (IV) ;

- de rapporter la substance létale qui n'aurait pas été utilisée en tout ou partie à la pharmacie d'officine la lui ayant délivrée aux fins de sa destruction sécurisée (V) ;

- de dresser un compte rendu de la mise en œuvre des actes prévus du I au III du présent article (V).

II. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté en commission puis en séance vingt amendements apportant des modifications parfois substantielles à l'article 9.

- Au I, la commission avait adopté à l'initiative du rapporteur Stéphane Delautrette un amendement de coordination avec le libre choix, dont elle avait décidé à l'article 2, entre auto-administration et administration par un médecin ou un infirmier. Ainsi, les missions du professionnel de santé avaient été adaptées, lui prescrivant de vérifier que la personne confirme vouloir « *procéder ou faire procéder à l'administration* », de même qu'il était tenu d'assurer la surveillance de l'administration de la substance létale par la personne ou de l'administrer lui-même.

Certes l'Assemblée nationale est revenue en séance sur ce libre choix pour n'autoriser l'administration par le médecin ou l'infirmier qu'en cas d'incapacité physique. Pour autant, les députés n'ont pas souhaité rétablir la rédaction initiale du présent article. De manière analogue aux modifications précédemment commentées, intervenues à l'article 6 en commission puis maintenues en séance, le maintien de ces rédactions témoigne des deux modalités d'administration qui demeurent, la première étant la règle et la seconde l'exception. Dans cet esprit, l'Assemblée nationale a adopté en séance, avec l'avis favorable du Gouvernement et du rapporteur général Olivier Falorni, un amendement n° 1666 de M. Thibault Bazin et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine afin de réaffirmer à l'article 9 que le professionnel de santé peut administrer la substance létale si la personne « *n'est pas en capacité physique de le faire elle-même* ».

En outre, l'Assemblée nationale a adopté un amendement afin que le professionnel de santé s'assure que la personne ne subisse aucune pression de la part

des personnes qui l'entourent pour procéder ou renoncer à l'administration de la substance létale.

- Au **II**, au travers d'un amendement n° 556 de Mme Annie Vidal et plusieurs de ses collègues des groupes Ensemble pour la République, Socialistes et apparentés, Horizons & Indépendants, Droite Républicaine et Liberté, Indépendants, Outre-mer et Territoires, adopté sur avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, l'Assemblée nationale a précisé qu'en cas de demande de report de l'administration de la substance létale, le professionnel, qui suspend la procédure, peut certes convenir d'une nouvelle date avec la personne selon les modalités prévues à l'article 7, mais à la condition qu'elle le demande.

- Au **III**, deux amendements rédactionnels, l'un du rapporteur Stéphane Delautrette et l'un de M. Hadrien Clouet et ses collègues du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire, ont été adoptés en commission et en séance. Rédactionnel, l'amendement de M. Hadrien Clouet permet néanmoins d'affirmer la présence du professionnel aux côtés de la personne au cours de la surveillance de l'administration ou, le cas échéant, au cours de l'administration de la substance létale prévue au I. Par ailleurs, à l'initiative du rapporteur Stéphane Delautrette, la localisation du professionnel de santé après l'administration de la substance létale a été précisée : suffisamment près, il se tient en vision directe de la personne.

- Au **IV**, la commission avait adopté deux amendements identiques de Mme Nicole Dubré-Chirat et plusieurs de ses collègues du groupe Ensemble pour la République, ainsi que de Mme Danielle Simonnet et plusieurs de ses collègues du groupe Écologiste et Social afin que le décès intervenant du fait d'une procédure d'aide à mourir soit considéré comme une mort naturelle. Alors que le rapporteur Stéphane Delautrette avait émis un avis de sagesse sur ces amendements, rappelant leur caractère superfétatoire au regard des dispositions de l'article 19, l'Assemblée a adopté en séance dix amendements identiques supprimant cet ajout.

- Outre deux amendements rédactionnels du rapporteur Stéphane Delautrette, le **V** a été adopté sans modification.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION PAR LE SÉNAT

À l'initiative des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, la commission a adopté quatre amendements.

- Au **I**, la commission a souhaité compléter les attributions du professionnel en adoptant un amendement n° COM-160 lui faisant l'obligation d'informer le procureur de la République de toute pression exercée sur la personne aux fins de

l'administration de la substance létale et, le cas échéant, d'en informer la personne chargée de la mesure de protection juridique.

- Par ailleurs, par un amendement n° COM-161, la commission a supprimé le **II**, qui prévoyait la possibilité du report de l'administration de la substance létale. Comme il l'avait fait en première lecture à l'Assemblée nationale, le rapporteur Stéphane Delautrette rappelle que la suppression du droit au report pourrait avoir les effets inverses de ceux recherchés. En effet, elle pourrait inciter la personne à procéder à l'administration de la substance létale afin de ne pas être contrainte de débiter à nouveau une procédure d'aide à mourir ou, en l'espèce, d'assistance médicale à mourir.

- Dans le même esprit, après l'administration de la substance létale, la commission a adopté au **III** un amendement n° COM-162 rendant obligatoire jusqu'au décès la présence du professionnel de santé aux côtés de la personne, tout en ajoutant celle d'un officier de police judiciaire. Outre son désaccord sur le fond, le rapporteur Stéphane Delautrette indique qu'en l'état les sénateurs ont apporté davantage de confusion à la rédaction de l'article. En effet, si la commission a rendu obligatoire la présence du professionnel de santé et d'un officier de police judiciaire aux côtés de la personne « *une fois la substance létale administrée* », elle n'a toutefois pas précisé la situation de l'un et de l'autre au cours de l'administration de la substance létale. Au regard des enjeux soulevés par la proposition de loi, le rapporteur estime que l'article 9 ne peut souffrir de telles imprécisions alors que l'Assemblée nationale avait au contraire clarifié les obligations faites au professionnel dès la première lecture.

- Enfin, par coordination, la commission a précisé au **V**, au travers d'un amendement n° COM-163, que l'officier de police judiciaire dresse avec le professionnel de santé le compte rendu de la mise en œuvre des actes prévus aux I à III. Si d'un tel ajout pourrait être déduite la présence obligatoire de l'un et de l'autre aux côtés de la personne au cours de l'administration de la substance létale, ce que semble confirmer le commentaire de l'article 9 par les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon ⁽¹⁾, l'imprécision rédactionnelle susmentionnée par le rapporteur demeure.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PAR LE SÉNAT

- En séance, le Sénat a adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement un amendement n° 76 rect. *ter* de rédaction globale de l'article, présenté par Mme Anne Chain-Larché et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains, Union Centriste et Les Indépendants - République et Territoires.

(1) Rapport n° 264 (2025-2026) de Mme Christine Bonfanti-Dossat et M. Alain Milon, sénateurs, fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, relative au droit à l'aide à mourir, enregistré à la Présidence du Sénat le 7 janvier 2026, p. 122.

- Dans la continuité des importantes modifications opérées en séance par le Sénat aux articles précédents, cet amendement poursuit la suppression de l'assistance médicale à mourir qu'avait introduite la commission au sein du texte. Il crée au sein du code de la santé publique un nouvel article :

- le **I** dispose que les professionnels de santé assurent l'accompagnement médical et soignant de la personne en fin de vie dans le respect de sa dignité, de sa volonté et de son projet thérapeutique ;

- le **II** précise, en écho à la précédente rédaction de l'article 9, que lorsque la personne bénéficie d'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, le médecin et l'équipe soignante assurent une surveillance médicale adaptée et un accompagnement continu jusqu'au décès ;

- le **III** traite de la constatation du décès ;

- le **IV** prévoit un décret en Conseil d'État pour préciser les modalités d'application de l'article.

- Comme la rapporteure Audrey Abadie-Amiel aux articles 5 et 6, le rapporteur Stéphane Delautrette exprime de vives réserves envers les modifications opérées par les sénateurs, en commission et plus encore en séance. Alors que le Sénat a d'abord supprimé les dispositions qui bâtissaient le droit à l'aide à mourir, puis celles de l'assistance médicale à mourir, la nouvelle rédaction de l'article 9 se révélait peu normative et sans réelle plus-value par rapport au droit existant, s'éloignant de l'aspiration d'une majorité des Français.

- **Le Sénat a ensuite rejeté l'ensemble de la proposition de loi.**

IV. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

- À l'article 9, la commission a adopté cinq amendements à l'initiative du rapporteur Stéphane Delautrette et de ses collègues rapporteurs.

- Outre un amendement d'harmonisation rédactionnelle AS686, le **1° du I** de l'article L. 1111-12-7 a été modifié par l'amendement AS689. Celui-ci supprime la fin de l'alinéa pour créer un **1° bis** reprenant le même dispositif. Par harmonisation avec l'article 7, l'amendement précise que les proches « *entourent* » et non « *accompagnent* » la personne. Surtout, il complète le dispositif en faisant l'obligation au médecin ou à l'infirmier d'informer, le cas échéant, le médecin ayant pris la décision sur l'aide à mourir. Cette obligation d'information s'applique dans les hypothèses cumulatives où des pressions seraient observées et où le professionnel accompagnant la personne serait un infirmier ou un autre médecin que celui ayant pris ladite décision. Par voie de conséquence, l'article 10 tel que modifié par la commission prescrit au médecin de mettre fin à la procédure en cas de « *pressions* »

avérées » dont il prendrait connaissance de lui-même ou au travers de cette information.

• Le **II**, le **III** et le **V** ont ensuite respectivement été modifiés par les amendement rédactionnels AS688, AS687 et AS690.

*

* *

Article 10 **Arrêt des procédures**

Adopté avec modifications

Origine de l'article : proposition de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : modifié, avant le rejet de l'ensemble de la proposition de loi.

I. LES DISPOSITIONS INITIALES DE LA PROPOSITION DE LOI

L'article 10 de la proposition de loi est issu de l'article 12 du projet de loi de 2024 tel que modifié par la commission spéciale de l'Assemblée nationale.

Cet article énumère les conditions dans lesquelles il est mis fin à la procédure d'aide à mourir, à travers l'insertion d'un article L. 1111-12-8 dans le code de la santé publique. Le **I** de l'article prévoit trois hypothèses entraînant l'arrêt de la procédure :

– en premier lieu, la procédure prend fin lorsque la personne décide de renoncer à l'aide à mourir. Il s'agit de l'application du principe prévu à l'article 5 de la proposition de loi selon lequel la personne peut renoncer à tout moment à sa demande d'aide à mourir ⁽¹⁾. Dans ce cas, la personne informe le médecin chargé d'examiner sa demande initiale ou le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner ;

– en deuxième lieu, il est mis fin à la procédure si le médecin ayant accepté la demande d'aide à mourir prend connaissance, après sa décision, d'éléments d'information le conduisant à considérer que les conditions d'accès à l'aide à mourir n'étaient pas remplies à la date de la décision ou ne sont plus remplies au cours de la procédure. Cette condition permet, d'après l'avis du Conseil d'État, « *d'assurer la*

(1) 4° du II de l'article L. 1111-12-3 du code de la santé publique dans la rédaction prévue par l'article 5.

protection de la personne qui demande l'aide à mourir » et de mieux « circonscrire l'étendue de la responsabilité du médecin » ⁽¹⁾.

Dans ce cas, le médecin notifie sa décision motivée par écrit à la personne, et, si celle-ci fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne, à la personne chargée de la mesure de protection ;

– en troisième lieu, la procédure s'arrête lorsque la personne refuse l'administration de la substance létale. Cette hypothèse est à distinguer de la situation dans laquelle est demandé le report de l'administration de la substance létale, auquel cas la procédure est seulement suspendue jusqu'à ce que la personne convienne d'une nouvelle date avec le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner ⁽²⁾.

Le II prévoit qu'en cas d'arrêt de la procédure d'aide à mourir, si la personne souhaite ultérieurement accéder de nouveau à l'aide à mourir, elle doit introduire une nouvelle demande dans les conditions prévues à l'article 5 de la proposition de loi.

II. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel du rapporteur Stéphane Delautrette.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION PAR LE SÉNAT

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté deux amendements des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon :

– un amendement n° COM-164 de coordination, qui substitue à la notion d'« aide à mourir » celle d'« assistance médicale à mourir », en cohérence aux restrictions adoptées par la commission à la portée du dispositif ;

– un amendement rédactionnel n° COM-165.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PAR LE SÉNAT

• En séance, le Sénat a adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement un amendement n° 88 rect. *bis* de rédaction globale de l'article 10, déposé par M. Pierre Cuypers et plusieurs de ses collègues des groupes Les

(1) Conseil d'État, avis du 4 avril 2024, point n° 26.

(2) Premier alinéa du I de l'article L. 1111-12-5 du code de la santé publique créé par l'article 7.

Républicains, Les Indépendants - République et Territoires et Union Centriste. La réécriture de cet article s'inscrit dans les modifications opérées par le Sénat en séance, qui suppriment le droit à l'aide à mourir, ainsi qu'à l'assistance médicale à mourir introduite par la commission, et toutes les étapes de la procédure.

Ainsi rédigé, l'article 10 crée un nouvel article au sein du code de la santé publique :

– le **I** prévoit que toute personne peut modifier, suspendre ou retirer les orientations exprimées concernant son projet thérapeutique et les modalités de son accompagnement en fin de vie ;

– conformément au **II**, lorsque la personne n'est plus en mesure de manifester la volonté, les décisions médicales qui la concernent sont prises dans le respect des directives anticipées, du rôle de la personne de confiance, et en l'absence de ces éléments, dans le cadre d'une procédure collégiale

– en outre, le **III** prévoit que le projet thérapeutique et les modalités d'accompagnement du patient sont réévalués en cas d'évolution significative de la situation médicale du patient, dans le respect du droit au soulagement de la souffrance et du refus de l'obstination déraisonnable

– enfin, le **IV** dispose que la prise en charge médicale et palliative de la personne est poursuivie sans interruption, quelles que soient les évolutions de sa situation ou les orientations exprimées.

• Le rapporteur Stéphane Delautrette réitère son opposition aux modifications introduites par le Sénat, qui suppriment le droit à l'aide à mourir introduit par la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale. Il regrette, en outre, le caractère inopérant de certaines dispositions de cet article tel qu'amendé par le Sénat, qui en tout état de cause auraient dû être proposées dans le cadre de l'examen de la proposition de loi visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs.

• **Le Sénat a ensuite rejeté l'ensemble de la proposition de loi.**

IV. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté deux amendements du rapporteur Stéphane Delautrette :

– un amendement AS695 de coordination avec les modifications apportées à l'article 9, précisant au **2° du I** de l'article L. 1111-12-8 que l'arrêt de la procédure dans l'hypothèse où le médecin ayant accepté la demande d'aide à mourir prend connaissance après sa décision d'éléments d'information le conduisant à considérer

que les conditions d'accès à la procédure n'étaient pas remplies ou ont cessé de l'être recouvre notamment le cas où celui-ci est informé par le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne de pressions avérées pour procéder à l'administration de la substance létale ;

– un amendement rédactionnel AS696.

*

* *

Article 11

Création d'un système d'information pour le suivi de la procédure

Origine de l'article : proposition de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : modifié (avant le rejet de l'ensemble de la proposition de loi).

I. LES DISPOSITIONS INITIALES DE LA PROPOSITION DE LOI

Cet article crée un système d'information pour le suivi de la procédure d'aide à mourir. Il insère à cet effet, à la suite des dispositions définissant le principe et la procédure de mise en œuvre de l'aide à mourir, un nouvel article L. 1111-12-9 du code de la santé publique prévoyant que chacun des actes accomplis dans le cadre de cette procédure est enregistré, par les professionnels concernés, dans un système d'information. Conformément au premier alinéa du II de l'article L. 1111-12-13 du même code, créé par l'article 15 de la proposition de loi, la gestion dudit système incomberait à la commission de contrôle et d'évaluation.

II. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

L'article 11 a été modifié par l'Assemblée nationale sur plusieurs points :

– un amendement adopté par la commission a prévu que le système d'information respecte les critères de sécurité et de protection applicables au traitement de données d'une sensibilité particulière, définis par l'article 31 de la loi n° 2024-449 du 21 mai 2024 visant à sécuriser et à réguler l'espace numérique, qui concerne le cas où des personnes publiques recourent à un service d'informatique en nuage fourni par un prestataire privé pour la mise en œuvre de systèmes ou d'applications informatiques. Le service d'informatique en nuage doit notamment garantir la protection des données traitées ou stockées contre tout accès par des

autorités publiques d'États tiers non autorisé par le droit de l'Union européenne ou d'un État membre ;

– un amendement, modifié par un sous-amendement, a précisé, au stade de l'examen en séance publique, que l'enregistrement des actes dans le système d'information devrait intervenir « *à chaque étape de la procédure* » et « *sans délai* », afin d'éviter la perte d'informations. La commission avait auparavant adopté un amendement spécifiant que ces actes seraient enregistrés « *au fur et à mesure* », ajout auquel l'Assemblée nationale a substitué en séance publique les deux expressions précitées ;

– après qu'un amendement adopté par la commission a prévu que les actes enregistrés dans le système d'information reçoivent une cotation spécifique garantissant leur traçabilité, une modification apportée en séance publique a précisé la portée de cet ajout en prévoyant, d'une part, que la cotation soit établie au regard de la classification commune des actes médicaux (CCAM) et, d'autre part, que l'enregistrement des actes devrait notamment permettre leur exploitation à des fins statistiques par la commission de contrôle et d'évaluation chargée de gérer le système d'information.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION AU SÉNAT

À l'initiative de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales du Sénat a poursuivi l'entreprise de précision entamée par l'Assemblée nationale vis-à-vis de cet article. Elle s'est notamment attachée à lever l'ambiguïté de la notion d'acte, qui peut faire référence à des actes médicaux faisant l'objet d'une cotation en vue de leur valorisation financière – soit l'option retenue par l'Assemblée à travers la mention de la CCAM – ou bien, en vertu d'une acception plus lâche, à toute action accomplie dans le cadre de la procédure d'aide à mourir, que cette action soit ou non répertoriée dans un système de standardisation des actes médicaux ⁽¹⁾. Aussi la commission a-t-elle distingué, d'une part, les « *informations* » enregistrées aux différentes étapes de la procédure d'aide à mourir et, d'autre part, les actes techniques accomplis par des professionnels de santé intervenant dans celle-ci, lesquels recevraient une cotation spécifique.

À cette fin, la commission a adopté des amendements :

(1) L'on peut noter que les actes énumérés dans l'étude d'impact du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie étaient présentés comme un ensemble d'informations à renseigner et non sous la forme d'une liste d'actes médicaux relevant des classifications en vigueur. Cf. étude d'impact précitée, pp. 138-140.

– prévoyant que la liste des informations enregistrées dans le système d’information soit définie par arrêté, rappelant que cette procédure vise à permettre la traçabilité des actions accomplies dans le cadre de l’aide à mourir et mentionnant certaines des étapes auxquels cet enregistrement interviendrait, soit notamment après la formulation de la demande, à l’issue de la procédure collégiale, après la notification de la décision du médecin se prononçant sur la demande et après la confirmation de cette dernière par la personne (n° COM-166) ;

– précisant que les actes réalisés par les professionnels de santé pour la mise en œuvre d’une « *procédure d’assistance médicale à mourir* » sont inscrits sur la liste des actes et prestations (LAP) remboursés par l’assurance maladie et qu’ils reçoivent un code spécifique. Le remplacement de la mention de la CCAM par celle de la LAP visait à tenir compte du fait que l’administration de la substance létale pourrait être effectuée par un infirmier, profession dont les actes ne relèvent pas de la CCAM ⁽¹⁾.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE AU SÉNAT

Après avoir rejeté ou vidé de leur substance les dispositions de la proposition de loi fixant le principe de l’aide à mourir et les modalités de sa mise en œuvre, le Sénat a adopté l’article 11 dans sa rédaction résultant des travaux de la commission avant de rejeter l’ensemble du texte.

IV. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LA COMMISSION À L’ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté trois amendements de M. Stéphane Delautrette et des autres rapporteurs :

– un amendement AS707 supprimant la précision selon laquelle les actes enregistrés dans le système d’information devraient recevoir une cotation spécifique au sein de la classification des actes médicaux. En effet, comme l’avait relevé la commission des affaires sociales du Sénat, l’emploi à cet article de la notion d’acte pour désigner, d’une part, un ensemble de documents et d’informations et, d’autre part, des actes techniques réalisés par des professionnels de santé pouvait introduire une confusion entre ces deux réalités. Aussi, la référence à la nomenclature a été supprimée à l’article 11 pour être rétablie à l’article 18 par l’amendement AS708 de Mme Élise Leboucher et des autres rapporteurs, dans une rédaction mentionnant non plus la classification des actes médicaux mais la liste des actes et prestations remboursés par l’assurance maladie obligatoire ;

(1) Cf. le rapport n° 264 (2025-2026) fait au nom de la commission des affaires sociales par Mme Christine Bonfanti-Dossat et M. Alain Milon sur la proposition de loi, adoptée par l’Assemblée nationale, relative au droit à l’aide à mourir, enregistré à la Présidence du Sénat le 7 janvier 2026, p. 134.

– deux amendements rédactionnels AS702 et AS703.

*

* *

Article 12

Recours contre la décision d'aide à mourir

Adopté sans modification

Origine de l'article : proposition de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : modifié (avant le rejet de l'ensemble de la proposition de loi).

I. LES DISPOSITIONS INITIALES DE LA PROPOSITION DE LOI

L'article 12 définit les recours qui peuvent être formés contre la décision du médecin se prononçant sur la demande d'aide à mourir. À cette fin, dans sa rédaction initiale, il insérerait un nouvel article L. 1111-12-10 au sein du code de la santé publique prévoyant que cette décision ne puisse être contestée que par la personne ayant formé la demande, devant la juridiction administrative, selon les dispositions de droit commun.

Aussi cet article procédait-il à une double restriction tenant, d'une part, à l'identité de l'auteur du recours et, d'autre part, à l'ordre de juridiction compétent :

– la fermeture de la capacité à agir des tiers visait à empêcher qu'il soit fait obstacle à la volonté libre et éclairée de la personne qui demande l'aide à mourir. Cette disposition n'avait toutefois pas pour effet de priver de la possibilité de déposer une plainte des tiers qui estimerait qu'une infraction a été commise lors de la mise en œuvre de la procédure d'aide à mourir. En outre, elle ne remettait pas en cause les prérogatives de la commission de contrôle et d'évaluation instituée par l'article 15 de la proposition de loi, lesquelles consistaient notamment à ce que ladite commission puisse saisir le procureur de la République sur le fondement de

l'article 40 du code de procédure pénale ⁽¹⁾ ainsi que, dans le cas de faits commis par des professionnels de santé, la chambre disciplinaire de l'ordre compétent ⁽²⁾ ;

– l'attribution de ce contentieux à la juridiction administrative, qui déroge aux règles habituelles de répartition des compétences entre les ordres administratif et judiciaire ⁽³⁾, procédait de la conjecture, formulée par le Gouvernement, selon laquelle la plus grande partie des demandes d'aide à mourir serait introduite par des malades pris en charge au sein d'établissements de santé publics, notamment dans les services de soins palliatifs de ces derniers ⁽⁴⁾. Aussi, dans le but de favoriser l'unité de jurisprudence dans cette matière contentieuse, il semblait pertinent que celle-ci soit tout entière attraitée dans le champ de la compétence du juge administratif, ce dernier pouvant être regardé comme l'ordre juridictionnel principalement intéressé ⁽⁵⁾.

II. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

● À l'initiative du rapporteur Stéphane Delautrette, la commission des affaires sociales a adopté un amendement précisant que la décision du médecin de

(1) Si la rédaction initiale de l'article 15 susmentionné ne prévoyait pas explicitement cette possibilité, le Conseil d'État avait estimé que « la commission de contrôle et d'évaluation [devait] être regardée comme une « autorité constituée » au sens de l'article 40 du code de procédure pénale aux termes duquel « toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs », et qu'à ce titre elle serait « tenue, si elle suspecte, dans le cadre de son contrôle, que des faits sont susceptibles de constituer un crime ou un délit, d'effectuer un signalement au procureur de la République, à qui seul appartiendra d'apprécier l'opportunité d'engager des poursuites ». Cf. l'avis du 10 avril 2024 sur un projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, n° 408204, point 45. Lors de l'examen de la proposition de loi par l'Assemblée nationale, un amendement adopté à l'initiative de la rapporteure Élise Leboucher a expressément reconnu à cette commission la faculté de saisir le procureur de la République.

(2) Le dernier alinéa du I de l'article L. 1111-12-13 du code de la santé publique, créé par l'article 15 de la proposition de loi, prévoyait explicitement cette faculté.

(3) Le juge administratif statue sur les recours formés contre des décisions prises dans le cadre du service public hospitalier tandis que le juge judiciaire est compétent pour connaître des litiges se rapportant aux décisions prises par des établissements privés ou par des professionnels de santé exerçant dans un cadre libéral.

(4) « Si le projet de loi prévoit un accès large à l'aide à mourir puisque la demande pourra être présentée auprès de tout médecin, que celui-ci exerce en établissement public de santé ou en ville, il n'est pas possible de présumer du nombre de professionnels de santé libéraux qui accepteront de s'engager dans cet accompagnement. En revanche, on peut anticiper que l'aide à mourir sera souvent sollicitée par des personnes hospitalisées, notamment en soins palliatifs, les établissements publics de santé accueillant majoritairement les personnes atteintes de maladies fortement invalidantes » (étude d'impact portant sur le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, p. 116).

(5) En ce sens, la décision d'attribuer ce contentieux à la juridiction administrative pouvait s'autoriser du principe, dégagé par le Conseil constitutionnel, suivant lequel, « lorsque l'application d'une législation ou d'une réglementation spécifique pourrait engendrer des contestations contentieuses diverses qui se répartiraient, selon les règles habituelles de compétence, entre la juridiction administrative et la juridiction judiciaire, il est loisible au législateur, dans l'intérêt d'une bonne administration de la justice, d'unifier les règles de compétence juridictionnelle au sein de l'ordre juridictionnel principalement intéressé » (Conseil constitutionnel, décision n° 86-224 DC du 23 janvier 1987, Loi transférant à la juridiction judiciaire le contentieux des décisions du Conseil de la concurrence, cons. 16).

mettre fin à la procédure d'aide à mourir dans les conditions définies au 2° de l'article L. 1111-12-18 du code de la santé publique, résultant de l'article 10 de la proposition de loi, ne peut également être contesté que par la personne ayant demandé à en bénéficier et devant la seule juridiction administrative ⁽¹⁾. Cette disposition de l'article 10 prévoit que le médecin peut mettre fin à la procédure s'il prend connaissance, après s'être prononcé sur la demande d'aide à mourir, d'informations le conduisant à considérer que les conditions d'accès à celles-ci n'étaient pas remplies au moment où il a pris sa décision ou qu'elles ont cessé de l'être depuis.

● Puis, lors de l'examen en séance publique et après que le Gouvernement s'en fut remis à sa sagesse, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de M. Yannick Monnet et plusieurs de ses collègues du groupe Gauche Démocrate et Républicaine, modifié par un sous-amendement de coordination du rapporteur Stéphane Delautrette, ouvrant une nouvelle voie de recours dans le cas des majeurs protégés ⁽²⁾.

Cet amendement visait à introduire à l'article de la proposition de loi traitant spécifiquement des recours juridictionnels contre les demandes d'aide à mourir une disposition faisant droit à une préoccupation exprimée lors de l'examen en commission. Au cours de celui-ci, un amendement de M. Yannick Monnet et Mme Karine Lebon avait prévu, à l'article 5, la possibilité de saisir le juge des tutelles et le conseil de famille. Cette faculté était introduite à l'article L. 1111-12-3 du code de la santé publique, relatif aux modalités de formulation de la demande, et plus précisément au dernier alinéa de son I, qui prévoit que le médecin demande à la personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne et qu'il vérifie ces informations en accédant au registre national des mesures de sauvegarde.

Si les dispositions résultant de cet amendement ne définissaient pas explicitement l'office du juge saisi d'un tel recours, il se déduisait de l'emplacement retenu que cette saisine aurait pour objet de s'assurer du caractère libre et éclairé de la volonté de la personne demandant à bénéficier de l'aide à mourir. En cela, cet amendement faisait écho à une préconisation, formulée par le Conseil d'État dans son avis sur le projet de loi initial, tendant à ce qu'une voie de recours contre la décision du médecin autorisant une personne qui fait l'objet d'une telle mesure fût ouverte, devant le juge des tutelles, à la personne chargée de celle-ci ⁽³⁾.

(1) Amendement AS1161.

(2) Amendement n° 1895 et sous-amendement n° 2730.

(3) Cf. le point 31 de l'avis précité : « le Conseil d'État considère en troisième lieu, au titre des garanties nécessaires exposées au point 27, que le projet de loi doit prévoir que les personnes chargées de cette mesure de protection peuvent saisir un juge dans l'intérêt de la personne protégée. En cohérence avec les dispositions du code civil rappelées aux points précédents et avec les dispositions du code de la santé publique qui prévoient l'intervention du juge des tutelles s'agissant des actes médicaux graves qui concernent un majeur protégé [...], il propose de modifier le projet de loi pour prévoir que la décision du médecin autorisant une personne faisant

Le Gouvernement n'avait pas retenu cette proposition. Tout en reconnaissant que les majeurs protégés « *doivent bénéficier de garanties spécifiques* » ⁽¹⁾, il avait en premier lieu estimé que « *l'office du juge des tutelles n'est pas de statuer sur la contestation d'un acte qui a déjà été accompli par le majeur protégé mais de décider, avant qu'un acte ne soit accompli, si celui-ci est conforme aux intérêts du majeur protégé* » ⁽²⁾. Par ailleurs, le Gouvernement relevait que, si l'autorisation du juge des tutelles est requise pour que certains actes médicaux, tels que la stérilisation à visée contraceptive ⁽³⁾, soient accomplis sur des majeurs protégés, ce régime d'autorisation est motivé par l'absence de procédure de vérification de l'aptitude de l'intéressé à consentir à ces actes. Il n'en est pas de même dans le cas de la procédure d'aide à mourir qui comprend, à plusieurs de ses étapes, la vérification du caractère libre et éclairé de la volonté de la personne qui en bénéficie ⁽⁴⁾.

L'amendement adopté en séance publique à l'initiative de M. Monnet prévoyait que, par dérogation à la fermeture des voies de recours aux tiers et au monopole de juridiction résultant des autres dispositions de l'article 12, la décision du médecin autorisant une personne faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne à accéder à l'aide à mourir peut être contestée, dans un délai de deux jours suivant sa notification, par la personne chargée de la mesure de protection, devant le juge des contentieux de la protection, en cas de doute sur l'aptitude de la personne ayant formé la demande d'aide à mourir à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. Il précisait que la saisine du juge des contentieux de la protection suspendrait la procédure d'aide à mourir et que ce magistrat statuerait dans un délai de deux jours.

Tout en prenant acte des arguments formulés par le Gouvernement au moment du dépôt du projet de loi initial, le rapporteur Stéphane Delautrette approuve le choix de l'Assemblée nationale d'introduire une telle voie de recours. En effet, si le texte du projet de loi et celui de la proposition de loi qui en est issue prévoyaient déjà des garanties spécifiques au profit des personnes protégées ⁽⁵⁾, le recours introduit par l'amendement précité lui semble articuler de manière équilibrée l'exigence qui s'attache respectivement au respect de la volonté de la personne qui demande l'aide à mourir et à la vérification de l'aptitude de l'intéressé à s'engager dans cette démarche de façon libre et éclairée.

l'objet d'une telle mesure de protection juridique à accéder à l'aide à mourir peut être contestée par la personne chargée de la mesure de protection devant le juge des tutelles ».

(1) *Étude d'impact précitée*, p. 195.

(2) *Ibid.*

(3) Cf. l'article L. 2123-2 du code de la santé publique.

(4) *Étude d'impact précitée*, p. 195.

(5) En particulier, le médecin saisi d'une demande d'aide à mourir par un majeur protégé devrait informer la personne chargée de la mesure de protection et tenir compte, le cas échéant, de ses observations. La décision médicale motivée serait également notifiée à la personne chargée de la mesure de protection.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION AU SÉNAT

À l'initiative des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, la commission des affaires sociales a adopté :

– un amendement n° COM-167 de coordination tirant les conséquences du changement de la dénomination de l'aide à mourir effectuée aux articles précédents de la proposition de loi, au bénéfice de l'appellation d'assistance médicale à mourir ;

– un amendement n° COM-169 précisant que, dans le cas du recours devant le juge des contentieux de la protection introduit par l'Assemblée nationale, l'audience se tient par tous moyens. Suivant l'exposé sommaire dudit amendement, cette modification visait à « *prévenir les difficultés matérielles que pourrait rencontrer le juge qui est tenu de statuer dans un délai contraint* ».

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE AU SÉNAT

● Contre l'avis de la commission et du Gouvernement, le Sénat a adopté l'amendement n° 89 rect. de rédaction globale de l'article 12 déposé par M. Pierre Cuypers et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains, Union Centriste et Les Indépendants - République et Territoires.

Les dispositions de l'article 12 résultant des délibérations du Sénat, qui ne reprennent aucune de celles du texte issu des travaux de la commission, prévoient, dans un nouvel article L. 1111-4-1 du code de la santé publique, une procédure de médiation qui pourrait être mise en œuvre en cas de désaccord portant sur une décision médicale relative à l'accompagnement de la fin de vie.

Cette procédure, qui pourrait être engagée à l'initiative de la personne concernée, de sa personne de confiance, d'un proche ou d'un professionnel de santé (I), viserait à favoriser le dialogue, la compréhension mutuelle et la recherche d'une « *solution respectueuse de la volonté de la personne, de son intérêt médical et des principes éthiques applicables* » (II). Elle serait conduite par un tiers qualifié indépendant de l'équipe de soins, dans des conditions garantissant l'impartialité, la confidentialité et la célérité de la procédure (III). Sa mise en œuvre ne pourrait avoir pour effet de retarder ni d'empêcher la poursuite des soins, le soulagement de la souffrance ni l'accompagnement palliatif du malade (IV). Au terme de cette procédure et à défaut d'accord, les décisions médicales prises en application de la section 1 du chapitre 1^{er} du titre I^{er} du code de la santé publique pourraient être contestées selon les voies de recours de droit commun (V). Les modalités d'application de l'article 12 ainsi réécrit seraient renvoyées à un décret en Conseil d'État (VI).

Le Sénat a ensuite rejeté l'ensemble de la proposition de loi.

• Le rapporteur Stéphane Delautrette constate que la réécriture de l'article 12 à laquelle s'était livré le Sénat en séance publique, contre l'avis de sa propre commission des affaires sociales, était intervenue après que les articles fixant le principe de l'aide à mourir, les conditions d'accès à celle-ci et ses modalités de mise en œuvre eurent été rejetés, dans le cas de l'article 4, ou privés de leur portée initiale, s'agissant en particulier de l'article 2 et des articles 5 à 9. La rédaction donnée à l'article 12 en séance publique devait donc être regardée comme participant d'une démarche d'effacement de toute référence à l'aide à mourir, que le rapporteur ne peut que déplorer.

Il note cependant que la commission des affaires sociales du Sénat avait auparavant accueilli favorablement l'introduction par l'Assemblée nationale d'une voie de recours au profit des tiers chargés d'une mesure de protection avec assistance ou représentation relative à la personne ⁽¹⁾ et que cette commission avait, à l'initiative de ses rapporteurs, apporté une précision utile quant aux modalités d'exercice de ce recours en prévoyant que l'audience puisse se tenir par tout moyen.

IV. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

(1) Rapport n° 264 (2025-2026) fait au nom de la commission des affaires sociales par Mme Christine Bonfanti-Dossat et M. Alain Milon sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, relative au droit à l'aide à mourir, enregistré à la Présidence du Sénat le 7 janvier 2026, p. 150.

Article 13

Définition de mesures réglementaires d'application par un décret en Conseil d'État

Adopté sans modification

Origine de l'article : proposition de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : modifié (avant le rejet de l'ensemble de la proposition de loi).

I. LES DISPOSITIONS INITIALES DE LA PROPOSITION DE LOI

L'article 13 renvoie à un décret en Conseil d'État la définition des conditions d'application des dispositions introduites dans le code de la santé publique par les articles 5 à 12 de la proposition de loi, relatifs à la procédure de mise en œuvre de l'aide à mourir.

À cet effet, dans sa rédaction initiale, il créait au sein de ce code un nouvel article L. 1111-12-1 prévoyant que ce décret en Conseil d'État définisse notamment :

– les modalités d'information de la personne qui demande l'aide à mourir (1° dudit article L. 1111-12-1) ;

– la forme et le contenu, d'une part, de la demande formulée par la personne qui souhaite bénéficier de l'aide à mourir et, d'autre part, de la confirmation de cette demande (2°) ;

– la procédure de vérification de l'éligibilité à l'aide à mourir et de recueils des avis des professionnels consultés dans le cadre de la procédure collégiale (3°).

II. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Outre un amendement de coordination adopté par la commission des affaires sociales à l'initiative du rapporteur Stéphane Delautrette, l'Assemblée nationale a adopté en séance publique un amendement de Mme Delphine Lingemann (groupe Les Démocrates) supprimant la référence aux modalités du recueil des avis des professionnels participant à la procédure collégiale. Cette suppression faisait suite à la modification du déroulement de cette procédure définie à l'article 6 de la proposition de loi, laquelle modification a consisté à prévoir que le médecin auprès duquel est formulée la demande d'aide à mourir réunisse le collège des professionnels intervenant dans cette procédure et non qu'il se borne à recueillir leurs avis.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION AU SÉNAT

À l'initiative des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, la commission des affaires sociales a adopté :

– un amendement n° COM-170 prévoyant que le décret en Conseil d'État précité soit pris après avis de la Haute Autorité de santé et du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé ;

– un amendement n° COM-171 de coordination tirant les conséquences du changement de dénomination de l'aide à mourir, à laquelle la commission a préféré celle d'assistance médicale à mourir ;

– un amendement n° COM-173 prévoyant que le décret en Conseil d'État précise les conditions de préparation, de livraison, de traçabilité, de délivrance et de retour de la substance létale. D'après l'exposé sommaire de cet amendement, les auteurs de celui-ci ont notamment voulu faire droit à une demande des organisations de pharmaciens tendant à ce que le circuit de la substance létale soit précisé ⁽¹⁾.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE AU SÉNAT

● Contre l'avis de la commission des affaires sociales et du Gouvernement, le Sénat a adopté l'amendement n° 78 rect. de Mme Anne Chain-Larché et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains, Union Centriste et Les Indépendants - République et Territoires, procédant à une rédaction globale de cet article.

Aussi, dans sa rédaction résultant des délibérations du Sénat, celui-ci complète l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, qui renvoie à un décret en Conseil d'État la définition des conditions d'application de la section I du chapitre 1^{er} du titre I^{er} du même code, laquelle définit les principes généraux applicables en matière d'information des usagers du système de santé et d'expression de leur volonté. Ladite section comprend plusieurs dispositions se rapportant à la fin de vie, en particulier l'article L. 1111-4, qui prévoit notamment le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement, ou encore l'article L. 1111-6, relatif à la faculté de désigner une personne de confiance.

L'article L. 1111-9 précité prévoit également que « *les modalités d'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès, font l'objet de recommandations de bonnes pratiques établies par la*

(1) « Ces précisions relèvent du niveau réglementaire, et étaient sollicitées par les syndicats de pharmaciens pour sécuriser la procédure ».

Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé ». L'amendement adopté par le Sénat complète cette phrase pour préciser que fassent notamment l'objet de telles recommandations les modalités d'accès aux informations « *relatives à l'organisation des soins palliatifs, à la mise en œuvre de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, à la procédure collégiale, à la médiation, à la traçabilité des décisions médicales et à la continuité de l'accompagnement de la fin de vie* ».

- Le Sénat a ensuite rejeté l'ensemble de la proposition de loi.

IV. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

CHAPITRE IV Clause de conscience

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

Origine de l'article : article de la proposition de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : modifié (avant le rejet de l'ensemble de la proposition de loi).

I. LES DISPOSITIONS INITIALES DE LA PROPOSITION DE LOI

L'article 14 de la proposition de loi insère, dans le code de la santé publique, un nouvel article L. 1111-12-12 instaurant une clause de conscience spécifique au bénéfice de professionnels de santé intervenant dans la procédure d'aide à mourir.

Son I dispose que ne sont pas tenus de concourir à la mise en œuvre de cette procédure :

– les professionnels de santé mentionnés à l'article L. 1111-12-3 du code la santé publique, créé par l'article 5 de la proposition de loi, c'est-à-dire le médecin auprès duquel la demande est formulée ;

– les professionnels de santé intervenant dans la procédure collégiale définie au II de l'article L. 1111-12-4 du même code ainsi que les médecins ou les infirmiers sollicités pour accompagner la personne durant l'administration de la substance létale.

Aussi, les professionnels de santé précités qui mettraient en œuvre cette clause de conscience seraient tenus d'en informer sans délai la personne concernée et de lui communiquer le nom d'autres professionnels disposés à participer à la procédure d'aide à mourir.

Le II de l'article L. 1111-12-12 précité impose au responsable de l'établissement de santé ou de l'établissement ou de service médico-social dans lequel est admise une personne demandant l'aide à mourir d'y permettre, d'une part, l'intervention des professionnels de santé participant à la procédure (1°) et, d'autre part, l'accès des personnes dont le bénéficiaire de cette aide souhaite être accompagné durant l'administration de la substance létale (2°). Cette disposition peut être vue comme le corollaire de la clause de conscience et de l'obligation de réadressage définies par le I, dans la mesure où elle permettrait au personnel d'un établissement de refuser de concourir à la procédure d'aide à mourir sans que ce refus ne rende impossible le recours à celle-ci, notamment dans le cas où la personne qui demande à en bénéficier ne pourrait quitter l'établissement du fait de son état de santé.

Enfin, le III du même article prévoit que les professionnels de santé disposés à participer à la procédure d'aide à mourir se déclarent auprès de la commission d'évaluation et de contrôle instituée par l'article L. 1111-12-3 du code de la santé publique, créé par l'article 15 de la proposition de loi. La centralisation de ces déclarations devrait notamment faciliter le réadressage des personnes confrontées au refus d'un professionnel de participer à la procédure d'aide à mourir.

II. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Outre trois amendements rédactionnels du rapporteur Stéphane Delautrette, la commission des affaires sociales a adopté un amendement de M. Hadrien Clouet et ses collègues du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire, ayant reçu un avis favorable du rapporteur, imposant au professionnel de santé mettant en œuvre sa clause de conscience d'en informer, le cas échéant, le professionnel le sollicitant, à qui il devrait communiquer le nom de professionnels de santé disposés à participer à la procédure. Cet amendement concernait le cas où des professionnels de santé dont le médecin solliciterait l'avis dans le cadre de la procédure collégiale refuseraient d'y prendre part.

Lors de l'examen en séance publique, l'Assemblée nationale a adopté deux nouveaux amendements rédactionnels du même rapporteur.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION AU SÉNAT

La commission des affaires sociales a adopté :

– trois amendements identiques n° COM-174 des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, n° COM-106 rect. *bis* de Mme Patricia Demas et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains et n° COM-109 rect. de Mme Corinne Bourcier et plusieurs de ses collègues des groupes Les Indépendants - République et Territoires, Union Centriste et Les Républicains, visant à étendre le bénéfice de la clause de conscience à l'ensemble des professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la procédure d'aide à mourir. Comme l'indique l'exposé sommaire de l'amendement précité des rapporteurs, cet élargissement concerne les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie exerçant soit au sein des pharmacies à usage intérieur dont le personnel serait chargé de réaliser les préparations magistrales létales, soit dans les pharmacies hospitalières ou d'officine où ces substances seraient remises au professionnel de santé accompagnant la personne durant leur administration ;

– suivant une inspiration analogue, les amendements identiques n° COM-175 des rapporteurs et n° COM-1 de Mme Laurence Muller-Bronn et M. Alain Houpert (groupe Les Républicains), étendant le bénéfice de la clause de conscience aux psychologues et aux autres professionnels susceptibles d'intervenir dans la procédure collégiale bien qu'ils ne revêtent pas la qualité de professionnels de santé ;

– l'amendement n° COM-176 des rapporteurs précisant que les professionnels de santé ne sont « *jamais* » tenus de concourir à la procédure d'aide à mourir, l'emploi de cet adverbe faisant écho à la formulation retenue dans le cas de la clause de conscience spécifique applicable à l'interruption volontaire de grossesse ⁽¹⁾. Comme l'expliquent eux-mêmes les auteurs de l'amendement, la modification effectuée par celui-ci revêt un caractère purement symbolique au regard de la portée des dispositions initiales de la proposition de loi ⁽²⁾ ;

(1) Aux termes du premier alinéa de l'article L. 2212-8 du code de la santé publique, « un médecin ou une sage-femme n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens ou de sages-femmes susceptibles de réaliser cette intervention [...] ».

(2) Cf. le rapport n° 264 (2025-2026) fait au nom de la commission des affaires sociales par Mme Christine Bonfanti-Dossat et M. Alain Milon sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, relative au droit à l'aide à mourir, enregistré à la Présidence du Sénat le 7 janvier 2026, p. 163 : « la commission a souhaité encore renforcer la portée symbolique de la clause de conscience, en prévoyant que les professionnels de santé ne sont “jamais” tenus de participer à l'assistance médicale à mourir, une rédaction calquée sur celle retenue pour la clause de conscience spécifique à [l'interruption volontaire de grossesse] ».

– l’amendement n° COM-177 des rapporteurs restreignant le champ des établissements et services médico-sociaux dont les responsables seraient tenus de permettre l’intervention des professionnels de santé participant à la procédure d’aide à mourir et l’accès des personnes entourant la personne durant l’administration de la substance létale. Aussi, ne seraient concernés que les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées (6° de l’article L. 312-1 du code de l’action sociale et des familles) ou des personnes handicapées (7° du même article).

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE AU SÉNAT

● Outre deux amendements rédactionnels de la rapporteure Christine Bonfanti-Dossat, le Sénat a adopté, contre l’avis de la commission et du Gouvernement, cinq amendements identiques n° 311 rect. *ter* de M. Emmanuel Capus et plusieurs de ses collègues des groupes Les Indépendants - République et Territoires et Les Républicains, n° 12 rect. *ter* de M. Francis Szpiner et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains, Union Centriste et Les Indépendants - République et Territoires, n° 106 rect. *ter* de M. Jean Sol et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, n° 70 rect. de M. Dominique de Legge et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains et n° 63 rect. de Mme Chantal Deseyne (groupe Les Républicains). Lesdits amendements ont substitué aux dispositions du II de l’article L. 1111-12-12 précité une nouvelle rédaction prévoyant qu’il ne peut être imposé à un établissement de mettre en œuvre l’aide à mourir si celle-ci est incompatible avec son projet d’établissement (nouveau 1° du II). Le cas échéant, l’aide à mourir serait mise en œuvre « *dans une structure ou un dispositif* » identifié par l’agence régionale de santé (nouveau 2° du même II). Il incomberait à l’établissement dans lequel la personne est admise d’assurer son information et son orientation vers cette autre structure.

● Le Sénat a ensuite rejeté l’ensemble de la proposition de loi.

IV. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LA COMMISSION À L’ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté deux amendements rédactionnels AS704 et AS705 de M. Stéphane Delautrette et des autres rapporteurs.

*

* *

CHAPITRE V Contrôle et évaluation

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

Adopté avec modification

Origine de l'article : article de la proposition de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : modifié, avant le rejet de l'ensemble de la proposition de loi.

I. LES DISPOSITIONS INITIALES DE LA PROPOSITION DE LOI

L'article 15 de la proposition de loi insère, dans le code de la santé publique, un nouvel article L. 1111-12-13 instituant une commission de contrôle et d'évaluation assurant :

– le contrôle *a posteriori* du respect des règles encadrant l'accès à l'aide à mourir et les modalités de mise en œuvre de celle-ci, à partir notamment des données enregistrées dans le système d'information rassemblant les actes accomplis dans ce cadre (1 du I de l'article L. 1111-12-13 précité) ;

– le suivi et l'évaluation de l'application des dispositions relatives à l'aide à mourir, qui donneraient lieu chaque année à une information du Parlement et du Gouvernement assortie de recommandations (2° du I) ;

– l'enregistrement, dans un registre accessible aux seuls médecins, des déclarations des professionnels de santé disposés à participer à la procédure d'aide à mourir (3° du I).

Cette commission pourrait saisir la chambre disciplinaire de l'ordre auquel appartient un professionnel de santé qui aurait commis, dans le cadre de la procédure susmentionnée, des faits susceptibles de constituer un manquement aux règles déontologiques ou professionnelles.

En outre, la même commission assurerait la gestion du système d'information dans lequel sont enregistrés les actes afférents à la procédure d'aide à mourir. Ces données pourraient faire l'objet d'un traitement et d'un partage aux seules fins d'assurer le suivi, le contrôle et l'évaluation de ladite procédure (II de l'article L. 1111-12-13 précité). Les médecins siégeant dans cette commission pourraient accéder, dans la mesure strictement nécessaire à leur mission, au dossier médical de la personne (III dudit article).

Enfin, le IV du même article renvoyait à un décret en Conseil d'État la définition des modalités d'examen du respect des procédures ainsi que de composition et des règles de fonctionnement de la commission, tout en précisant que ces règles devaient garantir son indépendance et son impartialité. Nonobstant ce renvoi à la compétence du pouvoir réglementaire, la dernière phrase du IV précisait que la commission devrait comprendre au moins deux médecins.

II. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

● Outre un amendement rédactionnel de la rapporteure Élise Leboucher, la commission des affaires sociales a adopté plusieurs amendements ayant pour effet :

– d'étendre les missions de la commission instituée par cet article au contrôle du respect, par les professionnels de santé qui mettent en œuvre leur clause de conscience, de l'obligation d'information qui leur incombe à l'égard de la personne qui demande l'aide à mourir ou des professionnels de santé qui sollicitent leur concours dans le cadre de celle-ci. De manière analogue, entrerait dans les prérogatives de la commission le contrôle de l'obligation, pour le directeur de l'établissement ou du service dans lequel est accueillie la personne qui demande l'aide à mourir, d'y permettre le déroulement de celle-ci ;

– de préciser la composition de la commission de contrôle et d'évaluation ;

– de prévoir que celle-ci mettrait notamment en œuvre une approche sociologique et éthique ;

– d'élargir à l'ensemble des professionnels de santé l'accès au registre des déclarations de ceux d'entre eux qui sont disposés à participer à la procédure d'aide à mourir, alors que la rédaction initiale de l'article le limitait aux médecins ;

– de prévoir expressément que la commission signale au procureur de la République, dans les conditions définies à l'article 40 du code de procédure pénale, les faits dont elle acquerrait la connaissance qui seraient susceptibles de constituer un crime ou un délit.

● Lors de l'examen en séance publique, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels et trois amendements identiques imposant à la commission de saisir la formation disciplinaire de l'ordre compétent des manquements déontologiques dont elle prendrait connaissance dans le cadre de ses missions, là où la rédaction initiale prévoyait une simple faculté.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION AU SÉNAT

● À l’initiative de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté des amendements :

– fixant à cinq ans la durée du mandat des membres de la commission de contrôle et d’évaluation et précisant que ceux-ci seraient nommés par le ministre chargé de la santé (n° COM-183) ;

– prévoyant que les médecins siégeant dans cette commission soient désignés sur proposition du conseil national de l’ordre des médecins (n° COM-182) et que celui des membres assurant les fonctions de président soit nommé par le ministre chargé de la santé publique après avoir été entendu par le Parlement (n° COM-185) ;

– précisant les modalités de saisine de l’ordre compétent lorsqu’un manquement déontologique est constaté (n° COM-181). Aussi, la commission a préféré la notion d’instance ordinale compétente à celle de chambre disciplinaire au motif que la saisine de cette dernière est toujours précédée de la saisine du conseil départemental de l’ordre en vue d’une conciliation et qu’elle est subordonnée à l’échec de celle-ci. Le même amendement a par ailleurs inclus la commission de contrôle et d’évaluation dans la liste, définie à l’article L. 4124-2 du code de la santé publique, des autorités habilitées à traduire devant la chambre disciplinaire de l’ordre compétent les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes participant au service public ;

– excluant que les membres de la commission puissent être liés par un engagement associatif relatif « à l’euthanasie ou au suicide assisté » (n° COM-184). L’exposé sommaire de l’amendement précise que cette restriction vise indifféremment les prises de position « en faveur ou en défaveur » de ces causes ;

– permettant qu’un contrôle approfondi soit mené sur des dossiers sélectionnés de manière aléatoire (n° COM-179). Cet amendement visait à prévoir le cas où le nombre des dossiers soumis au contrôle de la commission serait trop conséquent pour qu’elle puisse examiner l’ensemble des dossiers, ce qui, d’après les rapporteurs, pourrait la conduire à concentrer spontanément ses contrôles sur les situations donnant lieu à une suspicion d’irrégularités⁽¹⁾. Les auteurs de

(1) « [...] Les rapporteurs ont préconisé que soit mentionnée la possibilité d’un contrôle approfondi sur un échantillon de dossiers, dans l’hypothèse où le nombre de cas à examiner serait trop volumineux pour que puisse être réalisé un tel contrôle en dehors des seules situations où la commission suspecterait un manquement aux conditions légales » (*rapport n° 264 (2025-2026) fait au nom de la commission des affaires sociales par Mme Christine Bonfanti-Dossat et M. Alain Milon sur la proposition de loi, adoptée par l’Assemblée nationale, relative au droit à l’aide à mourir, enregistré à la Présidence du Sénat le 7 janvier 2026, p. 181*).

l'amendement semblent avoir jugé nécessaire de prévoir explicitement la possibilité qu'il soit procédé à un contrôle plus approfondi sur un échantillon de dossiers.

La commission a également adopté un amendement n° COM-178 des mêmes auteurs tirant les conséquences du changement de la dénomination de l'aide à mourir à laquelle elle avait procédé aux articles précédents, ainsi qu'un amendement rédactionnel n° COM-180.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE AU SÉNAT

À l'initiative des rapporteurs, le Sénat a adopté deux amendements rédactionnels n° 356 et 357 des rapporteurs.

Après avoir adopté l'article 15 ainsi modifié, le Sénat a rejeté l'ensemble de la proposition de loi.

IV. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté cet article modifié par l'amendement rédactionnel AS706 de Mme Élise Leboucher et des autres rapporteurs.

*
* *

Article 16 **Définition des substances létales autorisées**

Adopté avec modifications

Origine de l'article : proposition de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : modifié (avant le rejet de l'ensemble de la proposition de loi).

I. LES DISPOSITIONS INITIALES DE LA PROPOSITION DE LOI

● En premier lieu, l'article 16 modifie la liste des missions de deux autorités indépendantes – la Haute Autorité de santé (HAS), d'une part, et l'Agence nationale du médicament et des produits de santé (ANSM), d'autre part – appelées à intervenir dans la définition des substances létales et des conditions d'utilisation de ces dernières.

En premier lieu, il complète la liste des missions de la HAS, définies à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, en lui confiant celles de définir les substances létales susceptibles d'être utilisées pour mettre en œuvre l'aide à mourir et d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques portant sur ces substances et sur les conditions de leur utilisation. Dans l'exercice de ces nouvelles missions, la HAS devrait notamment se fonder sur les comptes rendus dressés par le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne lors de l'administration de la substance létale (**I**).

Le même article prévoit également qu'à la demande du ministre chargée de la santé, l'ANSM puisse procéder à l'évaluation des produits de santé destinés à être utilisés pour l'aide à mourir (**4°** du **I** complétant la liste des missions de l'ANSM qui figure à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique).

- Par ailleurs, l'article 16 comprend une définition des préparations magistrales létales susceptibles d'être utilisées pour donner l'aide à mourir et apporte plusieurs précisions quant aux conditions de leur délivrance.

Serait ainsi qualifiée de létale une préparation magistrale utilisée pour l'aide à mourir, qui est réalisée, dans le respect des recommandations élaborées par la HAS, par l'une des pharmacies à usage intérieur ou des groupements de coopération sanitaire désignées par arrêté du ministre chargé de la santé (**1°** du **II**, qui complète l'article L. 5121-1 du code de la santé publique relatif à la définition et aux modalités de dispensation de divers produits de santé).

Ces préparations seraient délivrées dans les mêmes conditions que les plantes, substances et préparations classées comme vénéneuses, dont la délivrance est encadrée par un décret en Conseil d'État pris pour l'application de l'article L. 5132-8 du code de la santé publique (**1°** du **II**). Les pharmacies à usage intérieur chargées de réaliser les préparations magistrales létales seraient autorisées à les transmettre aux pharmacies d'officine ou aux pharmacies à usage intérieur chargées de les délivrer au professionnel de santé chargé d'accompagner la personne lors de l'administration de la substance (**3°** du **I**) ⁽¹⁾.

- En outre, l'obligation de vigilance imposée aux entreprises qui exploitent des médicaments à l'égard des conditions de prescription de ces derniers serait étendue au respect des recommandations élaborées par la HAS pour l'utilisation des substances létales (**2°** du **II** complétant l'article L. 5121-14-3 du code de la santé publique).

(1) Cf. le commentaire de l'article 8.

II. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

L'Assemblée nationale a adopté cet article dans sa rédaction issue des travaux de la commission des affaires sociales, laquelle y avait apporté une modification rédactionnelle et effectué une coordination.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION AU SÉNAT

À l'initiative des rapporteurs, la commission des affaires sociales a adopté deux amendements, l'un revenant sur la modification rédactionnelle effectuée par l'Assemblée nationale – laquelle consistait à confier à la HAS le soin d'élaborer des recommandations de « *bonnes pratiques* », au pluriel, tandis que la rédaction initiale de l'article accordait ce syntagme au singulier – ⁽¹⁾, l'autre effectuant une coordination pour tirer les conséquences du changement de la dénomination de l'aide à mourir ⁽²⁾.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE AU SÉNAT

Malgré le rejet de l'article 4, relatif aux conditions d'accès à l'aide à mourir, et l'effacement de la référence à celle-ci à plusieurs emplacements décisifs du texte, le Sénat a adopté l'article 16 dans sa rédaction issue des travaux de la commission. Il a ensuite rejeté l'ensemble de la proposition de loi.

IV. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

(1) Amendement n° COM-187.

(2) Amendement n° COM-186.

CHAPITRE VI Dispositions pénales

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

Adopté avec modifications

Origine de l'article : proposition de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : supprimé (avant le rejet de l'ensemble de la proposition de loi).

I. LES DISPOSITIONS INITIALES DE LA PROPOSITION DE LOI

Correspondant à l'article 18 *bis* du texte résultant des délibérations en séance de l'Assemblée nationale sur le projet de loi de 2024, l'**article 17**, dans sa rédaction de départ, créait une sous-section 6, avec l'unique article L. 1111-12-14, au sein de la section II *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, aux termes duquel :

– serait puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le « *fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur l'aide à mourir par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne, notamment par la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales de l'aide à mourir* » (I), l'élément matériel de ce nouveau délit pouvant être caractérisé en « *perturbant* » les lieux de pratique de l'aide à mourir et l'activité des personnes la mettant en œuvre, c'est-à-dire l'accès aux établissements habilités ou à un autre endroit où elle serait tenue, ainsi que la circulation des personnes et le travail dans ceux-ci (1^o du I) et par des « *pressions morales et psychologiques, menaces ou tout acte d'intimidation* » vis-à-vis à la fois des individus cherchant des informations sur l'aide à mourir, du personnel des établissements susmentionnés et des patients ou de leurs proches ;

– serait ouvert, pour de tels faits, l'exercice des droits reconnus à la partie civile par « *toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits dont l'objet statutaire comporte la défense des droits des personnes à accéder à l'aide à mourir* » (II).

Il faut rappeler que l'alinéa 7 de l'article 2, c'est-à-dire le II du futur article L. 1111-12-1 du code de la santé publique, dispose que « *l'aide à mourir est un acte autorisé par la loi au sens de l'article 122-4 du code pénal* » ⁽¹⁾.

(1) Par dérogation aux articles 221-1 (« Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle. »), 221-2 (« Le meurtre qui précède, accompagne ou suit un autre crime est puni de la réclusion criminelle à perpétuité. [...] »), 221-3 (« Le meurtre commis avec préméditation

II. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

En première lecture, outre qu'elle a procédé à des ajustements rédactionnels et à une codification plus opérante à l'article L. 1115-4 du code de la santé publique, afin que soient regroupées les mesures pénales du livre I^{er} de la première partie de ce code dans son seul chapitre V, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a étendu le délit d'entrave à l'aide à mourir aux chefs d'exercice de pressions, de formulation de menaces et du fait de se livrer à des actes d'intimidation envers les professionnels de santé volontaires donc à ce titre enregistrés sur le registre tenu par la commission de contrôle (*cf. supra* dans le commentaire de l'article 15).

En séance, l'Assemblée nationale a doublé le quantum des peines à deux ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende.

L'article 17 s'inspire du délit d'entrave créé pour l'interruption volontaire de grossesse (IVG) par l'article 37 de la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social (anciens articles L. 162-15 et L. 162-15-1 du code de la santé publique) puis modifié en 2000, 2001, 2017 et dernièrement par le 1° de l'article unique de la loi n° 2017-347 du 20 mars 2017.

Sans que cela remette en cause, le moins du monde, son attachement au droit à l'avortement désormais consacré par le dix-huitième alinéa de l'article 34 de la Constitution, son soutien aux femmes qui y ont recours et son encouragement aux professionnels et aux membres d'associations qui les accompagnent, la rapporteure Élise Leboucher ne peut que constater, d'un strict point de vue grammatical et, par conséquent, juridique, que la rédaction de ce qui est aujourd'hui l'article L. 2223-2 du code de la santé publique pour l'IVG et de ce qui serait son article L. 1115-4 pour l'aide à mourir présente une faiblesse : *« L'article est structuré en commençant par une définition du délit avec son élément intentionnel, puis en présentant ses voies de commission. C'est très clair : les alinéas commencent par "soit" et sont formulés avec un verbe d'action. Or, si l'on revient au chapeau, ce qui suit le mot "notamment" n'est pas un facteur commun aux deux alinéas qui suivent. Le délit n'est pas seulement commis en perturbant l'accès aux établissements, notamment par la diffusion d'allégations, ou en exerçant des pressions, notamment par la diffusion d'allégations. Autrement dit, il n'y a pas forcément de cumul entre la perturbation des établissements ou l'exercice de pressions et la diffusion d'allégations trompeuses. On peut tout à fait diffuser des indications mensongères sans perturber aucun établissement ni exercer de pression directe. De manière*

ou guet-apens constitue un assassinat. Il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité. », 221-4 (« Le meurtre est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est commis : [...] 3° sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur. ») et 221-5 du même code (« Le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort constitue un empoisonnement. L'empoisonnement est puni de trente ans de réclusion criminelle. Il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est commis dans [certaines] circonstances [...]. »).

symétrique, on peut perturber un établissement sans rien dire ou sans diffuser de fausses informations, simplement par un blocage physique ou du bruit. Ainsi, ce qui suit le mot “notamment” désigne une manière de commettre le délit, c’est-à-dire techniquement l’un des modes de commission de son élément matériel », a-t-elle pu personnellement indiquer en séance ⁽¹⁾.

S’il fallait le dire autrement, la rapporteure admet que, dans le cas de l’IVG et donc dans celui de l’aide à mourir, la diffusion d’allégations avec l’intention d’une induction en erreur, donc d’une dissuasion, ne constitue pas, selon la décision du Conseil constitutionnel mentionnée *infra*, un cas autonome d’entrave mais qu’elle n’est réprimée que si à la fois elle se matérialise par l’un des comportements de perturbation ou de menaces, etc. et elle est donnée par un individu compétent ou se disant tel. Toutefois, et sans partager la ligne politique de ses homologues du Sénat, la rapporteure est d’accord avec eux : « *le délit d’entrave à l’IVG [...] est, dans sa rédaction actuelle, éminemment perfectible [et] difficilement lisible* » ⁽²⁾.

Prenant acte du refus de l’Assemblée nationale, en première lecture, de faire à l’article 17 une amélioration ne cherchant qu’à aligner le respect de la langue française avec la réalité substantielle de l’incrimination que la proposition de loi institue, la rapporteure Élise Leboucher ne cherchera pas en deuxième lecture à consolider la qualité légistique de la mesure mais marque par le présent développement son sentiment qu’il sera malaisé pour les services de police et les juridictions d’appliquer les termes mêmes du futur article du code de la santé publique. De fait, la commission des affaires sociales du Sénat souligne que la Cour de cassation applique le délit d’entrave à l’IVG « *dans des conditions qui ne sont pas celles prévues par la loi* » ⁽³⁾.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION PAR LE SÉNAT

En première lecture, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté l’amendement de suppression n° COM-188 des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon au motif, d’après son exposé sommaire, qu’il leur « *apparaît dangereux [...] dans la mesure où il serait susceptible de restreindre les libertés individuelles* ».

Cette analyse suscite un profond désaccord sur le fond du rapporteur général Olivier Falorni et la rapporteure Élise Leboucher.

(1) Assemblée nationale, compte rendu de l’unique séance publique du 24 mai 2025.

(2) Rapport n° 264 (2025-2026) de Mme Christine Bonfanti-Dossat et M. Alain Milon, enregistré à la présidence du Sénat le 7 janvier 2026, p. 199.

(3) Ibid., p. 195.

D'une part, l'article 17 respecte les exigences constitutionnelles, tirées de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, dont le rapporteur général a rappelé en commission comme en séance la teneur des articles 4, 5 et 10, ou bien de la jurisprudence du Conseil constitutionnel, lequel a clairement précisé quant à l'IVG que « *la seule diffusion d'informations à destination d'un public indéterminé sur tout support, notamment sur un site de communication au public en ligne, ne saurait être regardée comme constitutive de pressions, menaces ou actes d'intimidation* » et que « *le délit d'entrave, lorsqu'il réprime des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation [...] ne saurait être constitué qu'à deux conditions : que soit sollicitée une information, et non une opinion ; que cette information porte sur les conditions dans lesquelles une interruption volontaire de grossesse est pratiquée ou sur ses conséquences et qu'elle soit donnée par une personne détenant ou prétendant détenir une compétence en la matière* » ⁽¹⁾, ce dans quoi l'Assemblée nationale s'était manifestement retrouvée en première lecture.

D'autre part, les circonstances du délit seraient la diffusion d'informations dans l'objectif d'induire en erreur sur l'aide à mourir – non d'inviter à y renoncer – et la perturbation de l'accès à des lieux où les patients et leur entourage ont besoin de dignité et les professionnels de sérénité.

Ne seront ainsi nullement prohibés l'expression d'une conviction, une prise de parole ferme mais respectueuse du débat, l'apport de nuances ou « [l'indication], *par amour, du fait qu'on préférerait qu'un parent, un ami, reste parmi nous* » ⁽²⁾, pas plus, évidemment, que le fait de redonner goût à la vie à un proche ou à quelqu'un que l'on accompagne en tant que bénévole et qui avait dit – pour éventuellement le redire ou pour ne plus jamais en former le vœu – qu'il avait envie de mourir.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PAR LE SÉNAT

Le Sénat a confirmé la suppression de cet article.

Le Sénat a ensuite rejeté l'ensemble de la proposition de loi.

IV. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté l'**article 17**, modifié par l'amendement rédactionnel AS663 de la rapporteure Élise Leboucher et de ses corapporteurs.

*

* *

(1) Conseil constitutionnel, décision n° 2017 747 DC du 16 mars 2017, Loi relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse, par. n°s 14 et 15.

(2) Assemblée nationale, compte rendu de l'unique séance publique du 24 mai 2025.

CHAPITRE VII Dispositions diverses

Article 18

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

Adopté avec modifications

Origine de l'article : proposition de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : modifié (avant le rejet de l'ensemble de la proposition de loi).

I. LES DISPOSITIONS INITIALES DE LA PROPOSITION DE LOI

Correspondant à l'article 19 du projet de loi de 2024, l'**article 18** prévoit :

– dans son **I**, la prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des frais exposés dans le cadre de l'aide à mourir :

* en rétablissant le 3° de l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale, le **1°** intègre dans la protection contre les conséquences de la maladie les frais exposés pour la mise en œuvre de l'aide à mourir ;

* en ajoutant un 32° à l'article L. 160-14 du même code, le **2°** complète la liste des cas de réduction ou de non-appel de la participation de l'assuré (franchise sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports, participation sur le tarif des consultations et forfait hospitalier ; sous réserve de la prise en charge par les organismes complémentaires, ticket modérateur et dépassement d'honoraires) ;

* le **3°** intègre les frais d'aide à mourir dans l'exclusion totale de participation et de franchise prévue à l'article L. 160-15 dudit code ;

– dans son **II**, la publication d'un arrêté fixant, de manière à les couvrir de la réalisation à la délivrance, les prix de cession des « *préparations magistrales létales* », leur achat dans une pharmacie les rendant éligibles au tiers payant d'une part et, les dépassements étant prohibés, le tarif des honoraires ou forfaits des professionnels de santé intervenant dans l'aide à mourir, d'autre part.

II. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Outre des coordinations ou ajustements rédactionnels, la commission a prévu que l'arrêté relatif à la prise en charge des préparations magistrales et des honoraires ou rémunérations des professionnels de santé participant à la procédure d'aide à mourir soit pris dans un délai de trois mois après la promulgation de la loi. Elle a également complété cet article d'un **III** aux termes duquel « *à l'exception des prix de cession et honoraires mentionnés au II [...], aucune rémunération ou gratification en espèces ou en nature, quelle qu'en soit la forme, ne peut être allouée en échange d'un service dans le cadre d'une procédure d'aide à mourir* », afin d'éviter que se développent des pratiques commerciales autour de ce nouvel acte, comme par exemple la spécialisation d'hôtels.

En séance publique, l'Assemblée nationale n'a pas modifié cet article.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION AU SÉNAT

En première lecture, la commission des affaires sociales a adopté quatre amendements des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon :

– l'amendement n° COM-190 supprime les 2° et 3° du **I** afin de ne pas créer un régime d'exception pour les actes, produits et prestations liés à l'aide à mourir qui serait plus favorable que celui s'appliquant aux soins palliatifs, son exposé mettant en avant le fait que les participations et franchises sont d'un « *montant symbolique* » et ne connaissent aujourd'hui pas d'autre dispense que pour les mineurs et titulaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) et que le ticket modérateur sera soit écarté pour les patients ayant une affection de longue durée (ALD), soit couvert pour 93 % des assurés par un contrat solidaire et responsable de complémentaire santé ;

– l'amendement n° COM-191 déplace la seconde phrase du 2° du **II** dans un nouveau *I ter* de l'article L. 162-5-1 du code de la sécurité sociale pour une meilleure lisibilité des dispositions relatives à l'interdiction de dépassement tarifaire ;

– l'amendement n° COM-192 supprime, dans le même **II**, le terme de temps dans lequel l'arrêté devrait être pris, au motif que ce serait une injonction, même s'il faut noter que l'article 41 de la Constitution ouvre au Gouvernement le droit de s'élever contre l'imposition de telles exigences aux textes réglementaires et qu'il n'a pas souhaité le faire devant la première assemblée concernée ;

– l'amendement n° COM-193 utilise, une fois de plus, les mots « *assistance médicale* » [à mourir] au lieu du mot « *aide* ».

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE AU SÉNAT

Contre l’avis du Gouvernement, le Sénat a adopté l’amendement de précision rédactionnelle n° 359 des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon.

Le Sénat a ensuite rejeté l’ensemble de la proposition de loi.

IV. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LA COMMISSION À L’ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté l’**article 18**, modifié par :

– l’amendement rédactionnel AS664 et l’amendement de codification n° 665 de la rapporteure Élise Leboucher et de ses corapporteurs ;

– l’amendement AS708 de la rapporteure Élise Leboucher disposant dans un **II bis** que les actes réalisés par les professionnels de santé dans le cadre de l’aide à mourir sont inscrits sur la liste des actes et prestations remboursés par la branche maladie des régimes de base et qu’ils se voient attribuer un code spécifique. Il s’agit d’un déplacement et d’une précision d’une mesure qui a été retirée de l’article 11 par l’adoption de l’amendement AS707 du rapporteur Stéphane Delautrette et de ses corapporteurs.

*

* *

Article 19

Neutralisation des dispositions du code des assurances et de la mutualité en cas de mise en œuvre de l’aide à mourir

Adopté avec modifications

Origine de l’article : proposition de loi.

Sort à l’Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : modifié (avant le rejet de l’ensemble de la proposition de loi).

I. LES DISPOSITIONS INITIALES DE LA PROPOSITION DE LOI

Correspondant à l’article 20 du projet de loi de 2024, l’**article 19** empêche que la mise en œuvre de l’aide à mourir entraîne l’exclusion des garanties sinon prévue en cas de suicide au cours de la première année de vigueur d’un contrat d’assurance ou de celle qui suit un avenant d’augmentation des garanties.

L'article L. 132-7 du code des assurances prévoit en effet que :

– « *l'assurance en cas de décès est de nul effet si l'assuré se donne volontairement la mort au cours de la première année du contrat* », sauf pour les contrats d'assurance de groupe concernant la « *couverture des risques dépendant de la durée de la vie humaine, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque de chômage* » ⁽¹⁾ lorsqu'ils sont « *souscrits par une entreprise ou un groupe d'entreprises au profit de leurs salariés ou par un groupement professionnel représentatif d'entreprises au profit [de leurs] salariés ou par une organisation représentative d'une profession non salariée ou d'agents des collectivités publiques au profit de ses membres* » ⁽²⁾ ;

– elle « *doit couvrir le risque de suicide à compter de la deuxième année du contrat ; en cas d'augmentation des garanties en cours de contrat, le risque de suicide, pour les garanties supplémentaires, est couvert à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation* ».

Symétriquement et en toute logique, le premier alinéa de l'article L. 132-24 indique que « *le contrat d'assurance cesse d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'assuré ou au contractant* », ce que prévoindra sans ambiguïté le II du futur article L. 1111-12-1 du code de la santé publique (*cf. supra* dans le commentaire de l'article 2).

L'article L. 223-9 du code de la mutualité reprend ces mesures.

Ainsi est-il nécessaire d'inscrire dans ces deux articles (**I** et **II**) l'obligation de couvrir le décès en cas de mise en œuvre de l'aide à mourir, ce qui s'appliquera aux contrats en cours à l'entrée en vigueur de la loi (**III**), alors que les avenants sont, hors demande expresse de l'assuré ou de sa compagnie, classiquement négociés dans les dernières semaines de l'année civile.

II. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

En première lecture, l'Assemblée nationale n'a modifié cet article ni en commission ni en séance.

(1) Article L. 141-1 du code des assurances.

(2) Dernier alinéa de l'article L. 141-6 du code des assurances.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION PAR LE SÉNAT

En première lecture, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté l'amendement n° COM-194 des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, présentant un caractère sinon rédactionnel du moins sémantique puisqu'il substitue deux fois au mot « *aide* » [à mourir] les mots « *assistance médicale* ».

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PAR LE SÉNAT

Suivant l'avis du Gouvernement, le Sénat a adopté l'amendement rédactionnel n° 360 des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon.

Le Sénat a ensuite rejeté l'ensemble de la proposition de loi.

IV. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté l'**article 19**, modifié par l'amendement rédactionnel AS666 de la rapporteure Élise Leboucher et de ses corapporteurs.

*

* *

Article 19 bis

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

Adopté sans modification

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture en séance publique à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : adopté sans modification (avant le rejet de l'ensemble de la proposition de loi).

I. LES DISPOSITIONS RÉSULTANT DE L'EXAMEN EN PREMIÈRE LECTURE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

L'**article 19 bis** ne pouvait figurer dans la proposition de loi : l'article 38 de la Constitution réserve en effet au Gouvernement le droit de demander au Parlement,

pour l'exécution de son programme, l'habilitation à prendre par ordonnance des mesures qui ressortissent au domaine de la loi.

Le Conseil constitutionnel a eu souvent l'occasion de juger que les membres du Parlement ne pouvaient pas être eux-mêmes à l'origine d'un dessaisissement de l'office qu'ils tirent des articles 3, 24 et 34 de la Constitution ⁽¹⁾.

En première lecture en séance publique, l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative donc du Gouvernement, un amendement qui l'habilite à procéder, dans un délai d'un an, par voie d'ordonnance aux extensions et adaptations nécessaires :

– en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et à Wallis-et-Futuna, pour ce qui touche à la compétence de l'État (1°), collectivités dont le statut détermine le régime d'applicabilité des lois et règlements, l'article 74 de la Constitution renvoyant soit à son titre XIII ⁽²⁾ pour la première, où les responsabilités du pays et de l'État sont partagées ⁽³⁾, soit à la loi organique qui dans les deux dernières organise le principe de spécialité législative ⁽⁴⁾ ;

– à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte, quant aux spécificités de ces deux territoires en matière de santé et de sécurité sociale (2°). Le principe d'identité législative selon lequel, dans les départements et régions d'outre-mer relevant de l'article 73 de la Constitution, les lois et règlements sont applicables de plein droit, s'applique conformément au cadre organique à Saint-Pierre-et-Miquelon ⁽⁵⁾ et directement, sous réserve d'ajustements aux particularités locales, à Mayotte.

Un projet de loi de ratification serait déposé devant le Parlement au plus tard trois mois après la publication de l'ordonnance.

II. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

En première lecture, le Sénat a adopté cet article en termes conformes tant en commission qu'en séance publique.

(1) Conseil constitutionnel, décision n° 2004-510 DC du 20 janvier 2005, Loi relative aux compétences du tribunal d'instance, de la juridiction de proximité et du tribunal de grande instance, cons. 28 et 29 ; décision n° 2006-534 DC du 16 mars 2006, Loi pour le retour à l'emploi et sur les droits et les devoirs des bénéficiaires de minima sociaux, cons. 4 et 5 ; décision n° 2014-700 DC du 31 juillet 2014, Loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, cons. 6 et 9 ; décision n° 2021-820 DC du 1^{er} juillet 2021, Résolution visant à améliorer le suivi des ordonnances, rénover le droit de pétition, renforcer les pouvoirs de contrôle du Sénat, mieux utiliser le temps de séance publique et renforcer la parité, par. 11.

(2) Loi constitutionnelle n° 98-610 du 20 juillet 1998 relative à la Nouvelle-Calédonie.

(3) Articles 6-2, 21 et 22 de la loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie.

(4) Articles 7 et 14 de la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française ; loi n° 61-814 du 29 juillet 1961 conférant aux îles Wallis et Futuna le statut de territoire d'outre-mer et articles 40 et 44 à 47 du décret n° 57-811 du 22 juillet 1957 relatif aux attributions de l'assemblée territoriale, du conseil territorial et de l'administrateur supérieur des îles Wallis-et-Futuna.

(5) Chapitre IV du titre I^{er} du livre IV de la sixième partie du code général des collectivités territoriales.

Le Sénat a ensuite rejeté l'ensemble de la proposition de loi.

III. MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté l'**article 19 bis** sans modification.

*

* *

Article 20 **Gage financier**

Suppression maintenue

Origine de l'article : proposition de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : supprimé.

Sort au Sénat : suppression maintenue (avant le rejet de l'ensemble de la proposition de loi).

La création d'un acte médical intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, ainsi que l'extension des compétences des professionnels médicaux et paramédicaux impliqués dans l'aide à mourir, et le développement d'un système d'information ou l'attribution de nouvelles missions à des autorités indépendantes sont de nature à augmenter la charge supportée par les administrations publiques.

L'**article 20** prévoyait de la compenser, à due concurrence, par la majoration de l'accise sur les produits du tabac prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services, ainsi que par la création d'une taxe additionnelle à cette même accise, respectivement pour les organismes de sécurité sociale et l'État.

En première lecture, l'Assemblée nationale a supprimé cet article en séance publique, à la nécessaire initiative du Gouvernement compte tenu de l'article 40 de la Constitution.

En première lecture, le Sénat a confirmé cette suppression tant en commission qu'en séance publique.

Le Sénat a ensuite rejeté l'ensemble de la proposition de loi.

En deuxième lecture, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale n'est pas revenue sur la suppression de l'**article 20**.

*

* *

Titre

Proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir

La proposition de loi déposée sur le Bureau de l'Assemblée nationale était « *relative à la fin de vie* ».

En première lecture en séance publique, l'Assemblée nationale a changé son titre pour qu'elle soit « *relative au droit à l'aide à mourir* ».

En première lecture, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté l'amendement n° COM-195 des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, lequel n'a pas été remis en cause en séance : la proposition de loi transmise à l'Assemblée nationale pour sa deuxième lecture sera « *relative à l'assistance médicale à mourir* ».

Une telle formulation ne recueille pas l'assentiment des rapporteurs.

Le Sénat a ensuite rejeté l'ensemble de la proposition de loi. L'intitulé de cette dernière ne change donc pas.

En deuxième lecture, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a successivement rejeté les six amendements visant à modifier le titre.

*

* *

COMPTES RENDUS DE L'EXAMEN DES ARTICLES

1. Réunion du mercredi 4 février 2025 à 9 heures 30 (article 1^{er} à article 4)

La commission examine, en deuxième lecture, la proposition de loi, rejetée par le Sénat, relative au droit à l'aide à mourir (n° 2401) ⁽¹⁾.

M. le président Frédéric Valletoux. La proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir a été rejetée par le Sénat le 28 janvier. Nous l'avons pour notre part adoptée le 27 mai 2025, en même temps que la proposition de loi visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs.

Toutes deux sont inscrites à l'ordre du jour de la séance publique à compter du lundi 16 février, en vue d'un vote solennel le 24 février, selon les mêmes modalités qu'en première lecture.

Nous commençons aujourd'hui par l'examen de la proposition de loi relative à l'aide à mourir. Ne voyez là aucun sens caché : c'est seulement la conséquence des contraintes de calendrier des uns et des autres, notamment de Mme Vidal, rapporteure de la proposition de loi relative aux soins palliatifs, et du rapporteur général du texte que nous examinons aujourd'hui, M. Falorni, lui-même pris dans une campagne municipale.

Le Sénat ayant rejeté le texte, nous travaillerons sur celui qui est issu de l'Assemblée. Plus de 650 amendements sont en discussion. Nous nous sommes donné le temps, aujourd'hui, demain et vendredi, de les examiner avec toute l'attention que requièrent ces questions. Comme nous en avons pris l'habitude quand nous discutons de textes ayant suscité beaucoup d'amendements, je propose, d'autant que nous avons déjà procédé à une première lecture, que le temps des interventions soit d'emblée fixé à une minute. Dans le même esprit, après la réponse des rapporteurs, je donnerai la parole à un orateur pour et un orateur contre, en faisant bien évidemment, comme cela a toujours été le cas, des exceptions pour les discussions les plus importantes et appelant les débats les plus nourris.

Enfin, il n'est pas d'usage, dans notre commission, de procéder à une discussion générale après la première lecture. En revanche, s'il le souhaite, je vais passer la parole au rapporteur général Olivier Falorni pour quelques mots d'introduction.

M. Olivier Falorni, rapporteur général de la proposition de loi. Je suis tenté de dire que nous en sommes à une troisième lecture, puisque nous avons déjà, certains s'en souviennent, examiné ce texte avant la dissolution de l'Assemblée. Nos

(1) <https://assnat.fr/NEDZsC>

débats ont jusqu'ici toujours été d'une très bonne tenue, sur la forme comme sur le fond. « Quand on se regarde, on se désole, quand on se compare, on se console », dit-on. Je crois qu'on peut ajouter qu'on se conforte, car le débat d'il y a quelques mois a montré le meilleur visage de la représentation nationale. Je ne doute pas qu'il en ira de même pour celui qui commence.

Le Sénat ayant rejeté le texte, c'est celui que nous avons voté en mai dernier que nous examinons. Malgré ce que j'ai pu lire, chacun avait voté en toute connaissance de cause et en accord avec ses convictions. J'aborde ce débat avec la même volonté d'écoute qu'alors, et avec le souhait que ce texte conserve toute sa solidité, sa cohérence et son équilibre, les trois caractéristiques qui font qu'il a été largement adopté en première lecture – 305 pour, 199 contre.

CHAPITRE I^{er}

Définition

Article 1^{er} : *Modification de l'intitulé du chapitre du code de la santé publique comprenant les dispositions relatives à l'aide à mourir*

Amendements de suppression AS21 de M. Patrick Hetzel, AS49 de M. Thibault Bazin et AS594 de M. Christophe Bentz

M. Patrick Hetzel (DR). Nous sommes un certain nombre à être en désaccord avec ce texte. Qui plus est, nous croyons qu'il faut absolument avancer sur les soins palliatifs, qui font l'objet de la seconde proposition de loi, avant de légiférer sur l'euthanasie et le suicide assisté.

M. Thibault Bazin (DR). Je m'interroge sur cet article. Est-il anodin d'inscrire ces dispositions dans le code de la santé publique ? S'agit-il de soin ? On parle ici de responsabilités et d'organisation : faut-il impliquer l'État, les soignants ?

Je suis d'autant plus mal à l'aise qu'à peine sorti d'une période budgétaire tourmentée, le Gouvernement choisit d'inscrire ce texte en premier – cela ne nous sort pas de la morosité ambiante ! Comment comprendre cet empressement ? Et pourquoi commencer nos débats par l'aide à mourir plutôt que par les soins palliatifs ?

Un Français sur deux n'a pas accès aux soins palliatifs alors que son état le requiert. Une stratégie décennale a été annoncée il y a deux ans : ne faudrait-il pas commencer par en dresser le bilan, surtout sachant que la demande de mort diminue drastiquement quand les patients ont accès aux soins palliatifs ? Je doute donc que l'aide à mourir doive être la première réponse. Le devoir de la société n'est-il pas d'accompagner d'abord ?

M. Christophe Bentz (RN). La bonne tenue de nos débats est en effet essentielle, dans le respect des convictions de chacun. Cela a été le cas depuis maintenant près de trois ans

Nous aussi sommes dans un état d'esprit respectueux, mais très combatif : nous souhaitons débattre encore et encore, combattre, battre ce texte que nous considérons comme dangereux. Légaliser le suicide, quel que soit le terme que l'on emploie, est grave. Pour une grande partie d'entre nous, c'est là un renversement d'une valeur qui structure notre société, notre civilisation : le respect de la dignité du corps et de la vie humaine jusqu'à sa fin.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. S'il y a un mot qui ne caractérise pas ce processus législatif, c'est bien « empressement » : cela fait trois ans que nous débattons de ce texte, c'est sa troisième lecture ! On peut être pour ou contre, bien sûr, mais on ne peut pas parler de précipitation.

Vous contestez le choix de faire figurer ces dispositions dans le code de la santé publique, mais l'aide à mourir, qui s'adresse à des personnes malades, fera l'objet d'un accompagnement médical. De plus, le code de la santé publique ne comprend pas uniquement des dispositions relatives à des actions de soin : on y trouve des articles sur l'acheminement de substances vénéneuses, sur la sécurité sanitaire des eaux et des aliments, sur certaines polices administratives spéciales. Intégrer au code de la santé publique les dispositions relatives à l'aide à mourir ne revient donc pas à assimiler celle-ci à un soin. Enfin, codifier ces dispositions améliorera l'accessibilité de la loi, donc la connaissance par les personnes de leurs droits : c'est pour cette raison que le Conseil d'État avait préconisé, dans son avis sur le projet de loi de 2024, que les dispositions relatives à l'aide à mourir soient intégrées au code de la santé publique.

Avis défavorable.

M. le président Frédéric Valletoux. Je ne voudrais pas que cette question plane au-dessus des débats : en séance publique, nous aborderons d'abord le texte sur les soins palliatifs, puis celui sur l'aide à mourir. J'ai accepté d'inverser les deux en commission à la demande de Mme Vidal et de M. Falorni, chacun pour des raisons d'agenda personnel. Cela ne doit pas porter préjudice à la qualité de nos débats. Évitions de laisser entendre que cela cache je ne sais quelle manœuvre !

Mme Annie Vidal (EPR). Je confirme que je ne suis disponible, cette semaine, que jusqu'à demain 13 heures, et François Gernigon, mon corapporteur, pas du tout. Nous étions donc très ennuyés par l'agenda initial du texte sur les soins palliatifs, que nous avons connu tardivement. C'est la raison de cette inversion de calendrier pour la commission : j'en suis pour partie responsable et je vous présente mes excuses.

M. Nicolas Turquois (Dem). J'aimerais moi aussi que nos débats soient de bonne tenue, et que l'on évite les soupçons d'intentions cachées. J'entends M. Bazin dire qu'il est surpris de la rapidité d'inscription de ce texte : j'aimerais lui dire que c'est plutôt la période budgétaire qui a été longue ! Le calendrier est normal.

Je suis opposé à ces amendements. Il est important de codifier ces dispositions.

Mme Justine Gruet (DR). Vous parlez d'un texte solide, monsieur le rapporteur général, mais nous verrons tout au long des débats qu'il manque d'une définition précise : il n'est pas là question d'un ultime recours, mais bien d'un nouveau droit. Je m'interroge aussi sur la nécessité d'inscrire dans le code de la santé publique ces dispositions qui, à nos yeux, ne constituent pas un soin.

Vous dites ensuite que ce texte est cohérent : mais est-il cohérent de l'étudier de cette façon, et selon un calendrier si serré, alors que ce n'est pas une priorité pour les Français ? C'est peut-être la vôtre, avec le respect que je vous dois, mais les patients et les soignants attendent une autre considération.

Vous parlez enfin d'un texte équilibré, sous-entendant que, parce que nous en discutons depuis trois ans, il faudrait que le sujet soit tranché. Pour moi, trouver un équilibre, c'est être capable de faire consensus. La loi Claeys-Leonetti avait été adoptée à la quasi-unanimité. Or le présent texte a été rejeté au Sénat, et on pourrait contester qu'un texte voté par 300 députés sur 577 ait été adopté « largement ». On ne peut donc pas parler d'un équilibre.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS22 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Les euphémismes utilisés par ce texte créent de l'ambiguïté. Les soins palliatifs aussi constituent une aide à mourir, c'est même l'une des missions qui leur est confiée.

C'est un débat que nous avons déjà eu, et je n'y reviendrai pas par la suite ; mais je veux dire ici que nous sommes un certain nombre à considérer qu'il faut nommer les choses : il s'agit bien ici d'euthanasie et de suicide assisté. Il est important de le formuler dans l'intitulé du chapitre visé du code de la santé publique.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cette question sémantique a plutôt sa place à l'article 2 : n'anticipons pas. Et du point de vue légistique, il est important de mentionner la « fin de vie » plutôt que l'aide à mourir dans le titre de ce chapitre. Ce dernier comprend en effet une autre section qui porte sur la fin de vie, en plus de la nouvelle section 2 *bis*, qui arrivera plus tard.

M. René Pilato (LFI-NFP). La manœuvre a été faite au Sénat par la droite réactionnaire, elle est renouvelée ici : 600 amendements ont été déposés pour faire obstruction à l'examen de ce texte.

J'entends certains dire que nous sommes là pour respecter les convictions de chacune et chacun. Non. Vous n'êtes pas là pour faire respecter vos convictions, mais

pour être les représentants du peuple – soit pour ouvrir des droits, soit pour imposer des interdictions, rien d’autre.

En ce qui concerne les termes employés, « suicide assisté » est un oxymore, « euthanasie » trop connoté. Nous vous l’avons dit pendant des mois : si vous ne le comprenez pas, je ne peux rien pour vous.

M. Gaëtan Dussausaye (RN). À titre personnel, je m’abstiendrai sur ces amendements. Je soutiens la liberté d’avoir recours au suicide assisté et à l’euthanasie et je pense que quand on sait de quoi on parle et qu’on le dit hautement, il ne faut pas avoir peur des mots.

Par ailleurs, monsieur Pilato, je reprendrai certainement mot pour mot votre intervention très claire dans les situations où vous ferez obstruction en déposant des tonnes d’amendements, comme vous le faites régulièrement depuis un an et demi.

La commission rejette l’amendement.

Puis elle adopte l’article 1^{er} non modifié.

Article 2 : Définition du droit à l’aide à mourir

Amendements de suppression AS23 de M. Patrick Hetzel, AS50 de M. Thibault Bazin et AS595 de M. Christophe Bentz

M. Patrick Hetzel (DR). Tel qu’il est rédigé, l’article 2 crée un droit à mourir. Or tout le monde n’a pas accès aux soins palliatifs, alors que c’est ce que demandent la plupart de nos concitoyens. Cette asymétrie est problématique. Les études, certes embryonnaires, sur la mise en œuvre de la loi Claeys-Leonetti montrent bien qu’il faudrait d’abord l’appliquer pleinement et partout, ce qui n’est pas fait aujourd’hui.

M. Thibault Bazin (DR). La nouvelle section introduite par cet article légalise le recours à une substance létale. On ne peut pas banaliser cet acte. Nous devons nous poser la question de l’impact qu’aurait le fait de l’accepter comme légal, non seulement pour la personne concernée mais aussi pour les tiers et l’ensemble de la société. Nous sommes des êtres de relation. Ne risque-t-on pas d’acter une rupture anthropologique en reconnaissant dans la loi que certaines vies valent plus que d’autres ? Que devient notre conception de la valeur de la vie, et renonçons-nous ainsi au principe d’inviolabilité ?

Je crois surtout que c’est d’abord par les soins palliatifs que nous devons répondre à ceux qui souffrent.

M. Christophe Bentz (RN). Cette deuxième lecture est pour nous une nouvelle chance de combattre ce texte. Nous vous proposons de supprimer l’article 2,

cœur de la définition du suicide, quelle que soit sa forme, assisté ou délégué à un soignant.

Ce que nous voulons, c'est convaincre nos collègues hésitants. Je les exhorte à appliquer un principe de prudence, de précaution : restons sur le chemin du soin du corps humain et du respect de la vie humaine jusqu'à sa fin. Autoriser à provoquer la mort de manière intentionnelle serait une bascule de civilisation.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. L'article 2 définit en effet l'aide à mourir.

Contrairement à ce qu'indique l'exposé des motifs de l'amendement AS23, les professionnels de santé n'auront pas à proposer au malade de recourir à l'aide à mourir. La définition met au contraire l'accent sur le fait qu'elle procède d'une demande de la personne.

Par ailleurs ce droit n'est pas inconditionnel, mais au contraire strictement encadré par le texte.

Certains expriment leur préférence pour l'emploi des termes « suicide assisté » et « euthanasie ». Pour ma part, l'expression « aide à mourir » me paraît tout à fait claire : elle ne laisse aucune ambiguïté quant à l'auteur de la demande, quant à la nature de l'acte et à sa finalité, quant aux conditions d'exercice de ce droit ni quant à l'auteur du geste létal.

Par ailleurs, le terme d'euthanasie a été souillé par l'histoire, par l'usage qu'en a fait le régime nazi pour désigner sa politique d'extermination des personnes porteuses d'un handicap. Personne ne peut le contester ! Cela crée une connotation. Ainsi, qui oserait parler de « solution finale » aujourd'hui, alors que l'expression en elle-même est d'une grande banalité dans la vie quotidienne ?

Quant au terme de suicide assisté, il introduit une confusion entre le combat que nous devons mener pour prévenir le suicide et la prise en compte de la situation très particulière des malades atteints de souffrances réfractaires aux soins et aux traitements.

De nombreux États ayant adopté une législation sur la fin de vie n'utilisent pas les termes de suicide assisté ou d'euthanasie : au Canada, on parle d'aide médicale à mourir ; en Nouvelle-Zélande, de mort assistée ; en Australie, de mort assistée volontaire ; en Oregon, de mort dans la dignité.

Enfin le Conseil d'État a expressément indiqué dans son avis sur le projet de loi de 2024 que l'emploi de l'expression « aide à mourir » n'appelait pas d'objection de sa part.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Tout le monde est d'accord pour développer les soins palliatifs, et ils font l'objet d'une programmation sur dix ans.

Mais certains malades ne souhaitent pas aller dans cette direction, et d'autres ne le peuvent pas. La loi Claeys-Leonetti ne répond pas non plus aux besoins de tous les malades.

Par ailleurs, inscrire ce droit dans la loi protège aussi les soignants, qui risquent d'être accusés d'exercice illégal s'ils participent à cet accompagnement.

M. Christophe Bentz (RN). Nous avons déjà eu ce débat sémantique, nous le reprenons et nous y reviendrons certainement.

Je refuse moi aussi le terme d'euthanasie, pour les raisons que le rapporteur général a évoquées. Ce texte porte fondamentalement sur le suicide, quelle que soit sa forme. Dès lors, il percute l'édifice qui structure notre civilisation depuis des siècles : le respect de la vie jusqu'à la mort naturelle. Il renverse aussi des décennies de prévention du suicide. C'est la raison pour laquelle je vous invite à voter la suppression de l'article 2.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS107 de M. Patrick Hetzel et AS221 de Mme Justine Gruet ; amendement AS24 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

M. Patrick Hetzel (DR). Le droit au soulagement de la douleur est déjà inscrit à l'article L. 1110-5 du code de la santé publique. Cette mention demeure insuffisante : le droit au soulagement n'est pas qualifié de droit opposable et la responsabilité du médecin reste ambiguë lorsque le traitement de la douleur peut avoir pour effet secondaire d'abrégé la vie. Cette insécurité contribue à des réticences dans la prise en charge de la douleur, qui sont largement documentées.

En sécurisant juridiquement les professionnels, en réduisant l'autocensure médicale et en favorisant une prise en charge plus active et plus complète de la douleur, la reconnaissance explicite d'un droit opposable au meilleur soulagement possible constituerait un levier majeur de transformation des pratiques. C'est ce que propose l'amendement AS107.

Mme Justine Gruet (DR). Nos amendements ont été déposés après un travail de fond d'auditions et de rencontres, mené depuis des années.

Il faut désigner explicitement les actes concernés. La rédaction actuelle entretient à mon sens une confusion entre l'accompagnement de la fin de vie, qui existe déjà, notamment avec les soins palliatifs, et l'organisation d'un geste visant à provoquer délibérément la mort. Employer les termes exacts permet d'assumer pleinement la portée éthique et politique du texte. Pour moi, l'aide à mourir peut aussi être une main tendue, pas forcément l'utilisation d'une substance létale.

M. Patrick Hetzel (DR). Par l'amendement AS24, je propose de retenir la rédaction de l'Académie suisse des sciences médicales : « *L'assistance au suicide*

est l'acte accompli dans l'intention de permettre à une personne capable de discernement de mettre fin à ses jours, après la prescription de médicaments par un médecin à des fins de suicide. » Il s'agit de prévoir un encadrement strict. Certains cantons suisses ont fait évoluer leur loi, mais en fixant un cadre très précis. Avec la rédaction actuelle, nous pourrions avoir 172 actes de ce type par jour en France !

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Les amendements identiques visent à rétablir la rédaction adoptée en séance au Sénat. Ils effacent toute référence à l'aide à mourir, ce qui équivaut à un amendement de suppression : le texte serait vidé de sa substance.

La rédaction du texte ne va pas au-delà de ce que prévoit le code de la santé publique depuis l'adoption de la loi Claeys-Leonetti, qui a reconnu un droit à « une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ». Nous devons tout faire pour garantir l'effectivité de cette loi.

Quant à l'amendement AS24, il modifie totalement l'équilibre de la proposition de loi. Je ne reviens pas sur l'emploi du mot « suicide », dont nous avons déjà largement débattu. La notion d'aide à mourir repose sur l'idée centrale d'un accompagnement médical dans un cadre strict. Votre amendement supprime au contraire la référence à l'accompagnement du malade.

Avis défavorable aux trois amendements.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Le suicide est un problème majeur, particulièrement chez les jeunes – un lycéen sur dix a déjà fait une tentative de suicide ou attenté à sa santé. Il ne faut donc entretenir aucune confusion entre tout ce qui concerne la prévention du suicide, l'accompagnement des personnes qui ont des pensées suicidaires, le soutien aux associations, aux médecins et à tous ceux qui cherchent à éviter ces gestes suicidaires, d'un côté, et de l'autre côté l'aide à mourir, qui est un acte de fin de vie, qui ne concerne que des personnes dont le pronostic vital est engagé et qui respecte un processus strictement encadré.

M. Yannick Neuder (DR). À la différence peut-être de nombre de mes collègues, j'ai peu de certitudes et beaucoup de questions, qui résultent de vingt-cinq ans d'activité professionnelle où je conduisais les patients à la greffe cardiaque et, quand malheureusement nous ne trouvions pas de greffon, à la fin de vie. C'est à chaque fois une histoire différente.

Le Comité consultatif national d'éthique a bien montré que, sur 100 patients qui désiraient une aide à mourir, 9 seulement maintenaient leur demande lorsqu'ils avaient accès aux soins palliatifs. Légiférons-nous ici pour ces 9, ou pour les 91 autres ?

Aujourd'hui, 50 % à 80 % des patients n'ont pas accès aux soins palliatifs : sommes-nous prêts à faire le saut sociétal qu'induit ce texte tant que cette prise en charge minimale n'est pas accessible à tous et partout ?

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

Amendements AS216 de Mme Justine Gruet, AS336 et AS337 de M. Matthias Renault, AS222 et AS214 de Mme Justine Gruet, AS360 de M. Daniel Grenon, AS596 de M. Christophe Bentz, AS215 de Mme Justine Gruet et AS597 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Comme vient de le dire Yannick Neuder, nous ne nous apprêtons pas à légiférer sur une aide à mourir, puisque l'accompagnement de la fin de vie est bien autre chose que la seule administration d'une substance létale : l'amendement AS216 vise donc à remplacer les termes « le droit à l'aide à mourir » par « l'accès au suicide assisté et à l'euthanasie ».

Il est surprenant que, dans la précipitation, on ne s'interroge pas sur l'insuffisance de l'accès aux soins palliatifs dans notre pays alors que le droit ouvert par le présent texte sera ouvert à tous, immédiatement et en tout point du territoire. L'enjeu est de répondre à la souffrance, d'accompagner les patients, leurs familles, les plus vulnérables ; et la seule réponse que l'Assemblée nationale serait capable d'apporter, c'est d'ouvrir un droit à mourir, facile à mettre en œuvre partout ? Non, il faut commencer par donner accès aux soins palliatifs à tous ceux qui en ont besoin.

M. Matthias Renault (RN). L'amendement AS336 vise à remplacer « droit à l'aide à mourir » par « suicide assisté et euthanasie ». La notion de droit à l'aide à mourir est en effet un euphémisme englobant qui biaise le débat.

C'est un euphémisme car elle permet d'éviter d'évoquer la violence de l'acte, son caractère technique, son côté cru et clinique. Elle est volontairement englobante, son ambiguïté permettant d'inclure l'euthanasie et le suicide assisté en une seule expression vague, puisqu'on ne sait pas qui aide, ni comment – par auto-administration ou avec le recours à un tiers. Enfin elle biaise le débat en évitant des images négatives, par exemple des comparaisons avec le meurtre ou le suicide violent, au profit d'une formulation positive, empathique, qui peut être intégrée dans le discours quotidien ou politique. Elle transforme l'opposition à l'euthanasie et au suicide assisté à une opposition à un droit – implicitement assimilé aux droits de l'homme. S'opposer à une aide aux personnes est disqualifiant d'un point de vue rhétorique.

Cette expression permet aussi de rendre les deux actes en question compatibles avec la notion de soin, alors que ce n'est pas le cas en réalité. Elle relève donc de la communication et de la stratégie politique. Nous ne sommes pas là, en tant que législateur, pour inscrire dans le droit une novlangue militante mais des

concepts précis, faisant référence à des actes qui le sont tout autant. Et ces concepts existent déjà dans la langue française.

L'amendement AS337 permet de recentrer le dispositif sur le suicide assisté, qui est autorisé dans de nombreux pays, contrairement à l'euthanasie. C'est vrai en Suisse, qui est historiquement le pays de référence, puisque le suicide assisté y est toléré depuis 1942, et en Allemagne, où il est autorisé depuis un arrêt de la Cour constitutionnelle datant de 2020 alors que l'euthanasie active reste interdite. Il en va de même en Autriche, en Italie ou encore aux États-Unis dans une dizaine d'États.

Mme Justine Gruet (DR). Le dispositif que nous introduisons dans le code de la santé publique n'est pas un simple accompagnement médical, mais donne accès à un acte déterminé – une mort provoquée. La représentation nationale doit en débattre en utilisant des termes exacts et ce n'est pas parce que nous en sommes à une troisième lecture qu'il n'y a pas lieu de s'interroger à nouveau. Sinon, à quoi servirait une lecture supplémentaire ? Il a été dit que la deuxième s'est caractérisée par des débats de qualité sur le fond et la forme. Certes, mais quand on parle d'éthique, il faut être capable de s'interroger, de douter. Or j'ai le sentiment que nous nous engageons dans cette discussion comme dans les précédentes, en nous mettant des œillères et en refusant de réfléchir aux questions d'éthique et à ce que la rupture qui nous est proposée peut provoquer dans notre société. Nous proposons de remplacer « droit à l'aide à mourir » par « accès à la mort provoquée » tout simplement pour définir plus précisément l'objet sur lequel nous sommes appelés à légiférer.

M. Daniel Grenon (NI). Je propose pour ma part de remplacer « droit à l'aide à mourir », qui qualifie malhonnêtement les pratiques visées, par « euthanasie et suicide assisté », dans un objectif de clarté et d'intelligibilité de la loi ainsi que de transparence vis-à-vis de nos concitoyens. Ceux de nos voisins européens qui ont autorisé ce genre de pratiques ont expressément parlé d'euthanasie dans leur loi.

M. Christophe Bentz (RN). Nos deux amendements visent aussi à expliciter de quoi il s'agit. Il ne peut y avoir de droit à la mort. En revanche, la liberté de se suicider, malheureusement, existe. Notre société doit sauver la vie. C'est pourquoi elle est totalement mobilisée pour prévenir le suicide et aider et accompagner les personnes qui souffrent. Ainsi, parler d'aide à mourir est tout à fait impropre. J'ai questionné ce matin Google, qui a beaucoup plus de connaissances que nous tous : lorsque j'ai tapé « aide à mourir », le premier résultat qui est apparu était le numéro national pour la prévention du suicide. Si Google, qui n'est pas une personne mais un simple outil, a réussi à comprendre qu'il s'agissait bien, en réalité, de suicide, pourquoi les législateurs que nous sommes n'utiliseraient-ils pas des termes véridiques ?

Mme Justine Gruet (DR). Si nous ne sommes pas capables de clarifier les termes du débat, comment arriverons-nous à différencier les soins palliatifs, qui sont une aide à mourir d'une manière naturelle, et l'injection d'une substance létale ?

À vous écouter, on pourrait parfois penser qu'il est moins important de défendre certaines vies que d'autres. Ce n'est pas en tentant de simplifier le débat qu'on parviendra à traiter dans leur complexité les questions éthiques. J'ai le sentiment que vous essayez de faire une sorte de tri entre les souffrances, et nous verrons lorsque nous aborderons les critères d'accès de ce que vous appelez l'aide à mourir que le texte laissera parfois le médecin seul pour faire ce tri.

Il est important d'être le plus précis possible afin de protéger les personnes les plus vulnérables. L'impératif de prévention du suicide vaut aussi bien pour ceux qui, atteints d'une maladie, lancent des appels à l'aide. Il est de notre responsabilité de continuer à leur tendre la main.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Ces amendements veulent substituer diverses expressions à celle de droit à l'aide à mourir.

M. Bentz estime qu'il s'agit d'une expression impropre. Je peux entendre cet argument, même si je ne le partage pas. J'ai beaucoup plus de mal avec le terme « malhonnête » qui a été utilisé par M. Grenon.

Je ne reviendrai pas sur la notion d'euthanasie mais plutôt sur celle de suicide assisté, qui a été évoquée par Mme Rousseau. Y faire référence, je l'ai dit, introduirait une confusion entre cet acte de désespoir qu'est le suicide et la décision d'une personne qui se sait condamnée par la maladie, qui va mourir et souhaite partir paisiblement.

Selon un rapport publié en février 2025 par l'Observatoire national du suicide, dans les pays où l'aide à mourir existe, *« le simple fait d'être écouté par un soignant, d'évoquer les possibilités du dispositif et d'entrevoir un horizon, provoque même dans certains cas un effet de revitalisation, ou du moins un début de prise en charge du mal-être. De tels effets peuvent, de manière contre-intuitive, ouvrir des perspectives d'articulation entre prévention du suicide et AAM [aide à mourir] »*. Même cet observatoire, qu'on ne peut pas considérer comme une officine pro-aide à mourir, montre que les deux termes ne se confondent pas.

Pour ces raisons, je suis défavorable à ces amendements.

M. Yannick Monnet (GDR). « Assistez-moi dans mon suicide », cela ne veut pas dire la même chose que « aidez-moi à mourir ». En parlant de suicide, on laisse la personne seule face à la situation. C'est pourquoi l'expression « suicide assisté » ne convient pas.

Yannick Neuder a évoqué une question de fond : oui, quand les personnes sont bien prises en charge, la demande d'aide à mourir diminue. Mais cela ne veut pas dire qu'il ne reste pas des gens qui la sollicitent. Légiférer pour cette proportion, peut-être faible, de personnes, pour les accompagner et créer des conditions leur

permettant de demander une aide à mourir, cela ne me pose aucun problème. Je pense qu'il faut le faire.

Par ailleurs, si on est vraiment convaincu de la nécessité des soins palliatifs, on doit arrêter de voter des budgets de la sécurité sociale en baisse pour ce qui est de l'hôpital et des soins ! Il faut y mettre les moyens. Ce qui est compliqué, c'est que ceux qui rejettent cette proposition de loi défendent souvent une politique de rigueur budgétaire en matière de santé.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Tous ces amendements visent à assurer la clarté et la vérité des mots utilisés. Il ne s'agit pas de caricaturer le débat ni de l'enflammer, mais de garantir la sincérité du travail parlementaire. L'expression « aide à mourir » est ambiguë : elle peut renvoyer à l'accompagnement de la fin de vie, aux soins palliatifs, à la sédation, au soulagement de la personne. Or le dispositif dont nous parlons organise l'accès à une substance létale, administrée soit par la personne elle-même, soit par un tiers. En droit, ces réalités portent un nom : « suicide assisté » ou « euthanasie ». Nous ne pouvons pas légiférer sur une question aussi grave en employant des termes flous ou euphémisants.

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

Amendements AS600 de M. Christophe Bentz et AS583 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). Nous proposons un amendement de repli pour remplacer cette fois le mot « droit ». Nous considérons en effet qu'il ne peut pas y avoir de droit universel à accéder à la mort. Le but annoncé de cette proposition de loi est de répondre à des situations tout à fait exceptionnelles, concernant certains patients en fin de vie. Dès lors, notre amendement de repli vise à remplacer le droit à l'aide à mourir par un « dispositif exceptionnel » d'aide à mourir.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). L'article L. 1110-5 du code de la santé publique dispose que « toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ». Créer un droit distinct à l'aide à mourir reviendrait à superposer deux droits alors qu'un seul suffit. Le droit à une fin de vie digne doit tout englober, et l'aide à mourir doit rester une exception et non la règle.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Monsieur Bentz, l'expression « dispositif exceptionnel d'aide à mourir » a un inconvénient majeur : elle efface toute référence à un nouveau droit et laisse entendre que l'aide à mourir serait accordée, en quelque sorte, à titre dérogatoire à certaines personnes et non à d'autres. Mais l'accès à l'aide à mourir ne doit pas résulter d'une dérogation : cela concernera toutes les personnes qui en feront la demande, si les cinq conditions prévues à l'article 4 sont remplies.

Madame Colin-Oesterlé, la mention d'un droit d'accès à l'aide à mourir souligne la portée que nous voulons donner à ces dispositions, mais cela ne signifie aucunement que le droit en question serait inconditionnel. Chaque fois que le législateur reconnaît un nouveau droit, il définit ses conditions d'exercice.

Je vous demande donc de retirer ces amendements, ou je leur donnerai un avis défavorable.

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Puisqu'il est beaucoup question de clarté des débats et de transparence, allons jusqu'au bout : pourriez-vous arrêter de faire semblant d'ignorer le contexte très particulier duquel nous débattons ? Il s'agit de personnes qui savent qu'elles vont mourir et qui demandent de choisir le moment où elles vont partir. Certains parlent de « mort provoquée », mais en l'occurrence la mort va arriver. Beaucoup parlent de respect de la vie, mais que font-ils du respect de la volonté de la personne ?

Enfin, les médecins sont déjà seuls face à la souffrance. Écoutez leurs témoignages. Vous les trouverez sans difficulté en utilisant, là aussi, Google.

Mme Justine Gruet (DR). Madame la rapporteure, vous clarifiez une position qui semblait jusque-là dissimulée. Il s'agit réellement d'un nouveau droit et non d'un ultime recours. Or c'est ce qui m'interpelle.

Nous en reparlerons à l'article 4, quand nous aborderons la définition des critères, mais mon sentiment est que les termes ne sont pas posés clairement, de façon scientifique. Cela placera le médecin dans une situation où il devra faire un tri entre les souffrances, d'une manière subjective. Nous l'avons vu à l'occasion de la précédente lecture.

Je vous invite à rester à notre place de législateur. Nous sommes là pour poser un cadre permettant de sécuriser les soignants lorsqu'ils devront prendre une décision en réponse à la demande d'un patient.

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

Amendements AS324 de Mme Annie Vidal, AS598 de M. Christophe Bentz, AS86 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS601 de M. Christophe Bentz, AS2 de M. Fabien Di Filippo et AS325 de Mme Annie Vidal (discussion commune)

Mme Annie Vidal (EPR). L'amendement AS324 tend à renommer le nouveau droit en « droit au suicide assisté ou à l'euthanasie ». L'expression « aide à mourir » est euphémisante : elle atténue la portée de ce qui est en cause et masque la réalité des actes envisagés. Quand il est question de dispositions bioéthiques et juridiques d'une telle gravité, la loi doit être formulée avec des mots clairs et non équivoques, afin que le Parlement, les soignants, les patients et les familles sachent exactement de quoi il s'agit.

Le choix des termes n'est jamais anodin. L'expression « aide à mourir », bien qu'elle puisse paraître plus accessible et plus consensuelle, recouvre des situations et des pratiques très diverses, comme les soins palliatifs, la sédation profonde et continue jusqu'au décès, ou encore la prise en charge des personnes arrivant à la fin de leur vie qui a lieu dans tous les services, sans recours à une substance létale. En conservant cette expression générique, le législateur prendrait le risque d'entretenir une confusion regrettable, source d'incompréhensions, voire d'inquiétudes légitimes pour nos concitoyens – ce n'est pas un hasard si les plus inquiets sont les moins de 25 ans.

M. Christophe Bentz (RN). Madame la rapporteure, vous nous reprochez de vouloir, par nos amendements, effacer tout droit à l'aide à mourir, au suicide assisté. C'est tout à fait notre intention, que je ne crois pas avoir dissimulée. Nos amendements de repli visent donc à préciser qu'il s'agit d'un dispositif dérogatoire à une règle universelle, qui est le respect de la vie humaine jusqu'à la fin, c'est-à-dire la mort naturelle.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Mon amendement ne modifie pas le dispositif ni ses conditions d'accès : il vise uniquement à assurer la clarté et la sincérité du débat parlementaire. L'expression « aide à mourir », qui ne correspond à aucune catégorie juridique, masque la réalité de l'acte autorisé, qui consiste à donner intentionnellement la mort. Le législateur ne peut pas se satisfaire d'un vocabulaire approximatif lorsqu'il crée un droit d'une telle portée. Parler de « mort programmée », comme nous le proposons, ne revient pas à porter un jugement moral mais à décrire fidèlement le mécanisme prévu. La clarté des mots est une exigence constitutionnelle et démocratique.

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement d'appel AS601 vise à remplacer l'expression « aide à mourir » par « aide à vivre », tout simplement pour rappeler les principes : le rôle de la société et le devoir de l'État sont de soigner et non de permettre qu'on provoque la mort.

Mme Sylvie Bonnet (DR). Cette proposition de loi vise à légaliser le suicide assisté et l'euthanasie. Même si, comme l'a souligné la présidente de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, il est trop difficile de nommer le geste en question et de l'assumer politiquement, il est essentiel d'indiquer clairement les objectifs du texte. L'amendement AS2 vise à faire preuve d'honnêteté en ne dissimulant pas la réalité des actes qui seront réalisés pour provoquer la fin de vie, à savoir l'administration, par un praticien, d'un médicament qui entraîne le décès du malade, ou la remise d'un médicament que le malade peut s'auto-administrer pour mourir.

Mme Annie Vidal (EPR). L'amendement de repli AS325 vise à préciser que l'aide à mourir se fait par suicide assisté ou euthanasie – catégories auxquelles correspondent classiquement, sur le plan juridique, les pratiques que vous voulez

instaurer. Il permettra de garantir la sincérité du vocabulaire employé et l'intelligibilité de la loi, en assumant clairement le périmètre des actes autorisés.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Ces amendements apportent divers changements sémantiques, en faisant référence au droit à vivre, au suicide assisté, à l'euthanasie ou encore à la mort programmée. Nous avons déjà eu ces débats et, malheureusement, nous les aurons encore. Je ferai toujours les mêmes réponses, assorties d'avis défavorables.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Nous voterons contre ces amendements. Les mots employés dans la proposition de loi sont clairs et non équivoques : il s'agit de créer un droit à l'aide à mourir. On entend depuis le début, et une tribune récente y contribue, une petite musique selon laquelle nos débats auraient lieu dans la précipitation. Je rappelle que nous avons déjà travaillé sur ces questions en 2021, en 2024 et 2025, que nous en sommes à la troisième lecture, que la question a déjà fait l'objet d'une centaine d'heures de débat et qu'une convention citoyenne a eu lieu. Malgré cela, il est question de mépris, d'atteinte à la démocratie et de volonté de se débarrasser du sujet... Soyons sérieux, et sincères ! Nous allons continuer à débattre, parce que c'est important. Nous prenons le temps nécessaire et c'est très bien.

M. Patrick Hetzel (DR). Je soutiens ces amendements pour une raison toute simple : ils répondent à un vrai problème de terminologie juridique. Que l'on soit d'accord avec le texte ou non, il est important de nommer les choses. Sans même entrer dans des questions d'intentionnalité, le simple fait qu'il y ait une euphémisation est très grave. Des spécialistes d'éthique le disent, comme le professeur Hirsch, mais il n'est pas le seul. C'est un problème de fond, sur lequel j'alerte une nouvelle fois.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS25 de M. Patrick Hetzel et AS516 de M. Thomas Ménagé

M. Patrick Hetzel (DR). Il n'est pas simplement question dans ce texte d'une aide à mourir – c'est déjà l'objet des soins palliatifs – mais d'une aide active à mourir. Il faudrait utiliser cette expression dans le texte afin d'éviter toute ambiguïté terminologique et juridique. N'introduisons pas une confusion avec l'éthique des soins palliatifs qui sont pratiqués depuis des décennies.

M. Thomas Ménagé (RN). Nous avons déjà eu ce débat lors de la première et de la seconde première lecture, si je peux m'exprimer ainsi. Nous sommes tous d'accord, me semble-t-il, pour soutenir les soins palliatifs et pour les différencier de cette nouvelle aide à mourir. Les soins palliatifs sont une aide à mourir passive – il y a un accompagnement en cas de sédation profonde et continue, mais on laisse le corps et la nature faire leur œuvre. Ce qui est maintenant proposé est une aide active

à mourir, par l'administration d'une substance létale. Je suis favorable aux deux, qui sont complémentaires, mais il faut être très clair au sujet de l'aide active à mourir. Qu'on soit pour ou contre une telle pratique, ces amendements me paraissent consensuels.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je sais que M. Ménagé est favorable la proposition de loi, mais j'ai ici un désaccord avec lui. L'expression « aide active à mourir » a l'inconvénient, pour moi, de suggérer qu'il existe une aide passive à mourir. Or les soignants qui accompagnent les malades au moment de leur mort ne sont pas passifs : ils prodiguent des soins. Par ailleurs, si quelqu'un est actif dans la procédure d'aide à mourir, c'est la personne qui souhaite y avoir recours, plus que les professionnels de santé qui l'accompagnent. La notion d'aide active à mourir sous-entend pourtant que la personne qui demande cette aide en serait le bénéficiaire passif. Enfin, l'expression « aide à mourir » ne présente pas de risque de confusion avec les autres modes d'accompagnement des malades en fin de vie, dans la mesure où l'article 2 définit précisément ce que recouvre cette aide, à savoir l'accompagnement d'une personne qui choisit de recourir à une substance létale.

Je ne suis donc pas favorable à ces amendements. Je souhaite conserver la notion d'aide à mourir, qui est parfaitement lisible et, comme l'a dit le Conseil d'État, parfaitement claire.

M. Théo Bernhardt (RN). Oui, on peut parler de précipitation dans l'étude de ce texte. Par ailleurs, il y a de quoi s'interroger sur le calendrier choisi. On nous a convoqués en décembre en urgence en commission pour le projet de loi de lutte contre les fraudes, juste après la discussion budgétaire, alors que les textes sur la fin de vie n'avaient même pas été étudiés par le Sénat. L'ordre des priorités me paraît vraiment à revoir.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS546 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Nous proposons de supprimer le cœur nucléaire du texte, à savoir la définition des conditions de l'administration d'une substance létale.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Vous m'ôtez les mots de la bouche : la suppression de l'alinéa 6 viderait totalement le texte de sa substance.

Avis défavorable.

Mme Annie Vidal (EPR). Je ne comprends pas, s'agissant des amendements précédents, le refus d'une proposition qui faisait l'objet d'un consensus en première lecture. Si vous l'aviez acceptée, monsieur le rapporteur général, nous n'aurions pas à en débattre de nouveau. Cette obstination de votre part n'incite pas à raccourcir les débats.

Des rapports qui font référence parlent d'aide active à mourir. C'est une notion vraiment importante, qui permet de différencier les formes que peut revêtir l'aide à mourir.

M. Michel Lauzzana (EPR). Il y a déjà dans la définition même de l'aide, en français, l'idée d'une intervention. Parler d'aide active me semble donc redondant.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS700 de Mme Brigitte Liso et sous-amendement AS710 de Mme Océane Godard ; amendements AS51 de M. Thibault Bazin, AS181 de Mme Marie-France Lorho et AS26 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Notre amendement, qu'on pourrait qualifier de rédactionnel, tend à réécrire largement les alinéas 6 et 7 de l'article 2 pour tirer les conséquences de l'introduction, en première lecture, de la notion de droit à l'aide à mourir. D'une part, la rédaction actuelle de l'alinéa 6, selon laquelle le droit à l'aide à mourir « consiste à autoriser » une personne à recourir à une substance létale, implique que la personne qui demande l'aide à mourir ne détient pas un droit, ce qui n'a pas la portée voulue. D'autre part, un droit n'est pas un acte. Il ne peut donc pas être qualifié d'« acte autorisé par la loi » au sens du code pénal, ce qui impose de modifier aussi l'alinéa 7. Nous vous proposons donc les rédactions suivantes.

« Le droit à l'aide à mourir est le droit pour une personne qui en a exprimé la demande d'être autorisée à recourir à une substance létale et accompagnée, dans les conditions prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7, afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est physiquement pas en mesure de le faire, qu'elle se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier. »

« Les personnes qui concourent à l'exercice du droit à l'aide à mourir dans les conditions prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7 ne sont pas pénalement responsables au sens de l'article 122-4 du code pénal. »

M. Thibault Bazin (DR). J'ai déposé un amendement tout aussi rédactionnel que le vôtre.

Un droit peut être soit un droit-créance soit un droit-liberté. Vous penchez plutôt pour un droit-créance vis-à-vis de la société – ce qui me gêne, mais c'est un autre débat.

Monsieur le rapporteur général, vous avez beaucoup évoqué le Conseil d'État, mais il existe d'autres organes qui traitent de bioéthique et méritent aussi notre considération. L'expression « aide active à mourir » retenue par le Conseil économique, social et environnemental et par le Conseil consultatif national d'éthique me semble plus claire. Les professionnels de santé qui accompagnent des

personnes en soins palliatifs aident aussi à mourir. Je ne voudrais pas qu'il y ait une confusion.

Par ailleurs, votre notion d'aide à mourir recouvre deux réalités différentes. La première n'implique que la personne concernée ; dans la seconde, des professionnels de santé, médecins ou infirmiers, sont impliqués directement dans la réalisation d'un acte. À cet égard, je propose de préciser que le médecin et l'infirmier sont volontaires.

Enfin, votre amendement prévoit une absence de responsabilité sur le plan pénal. Au Canada et aux Pays-Bas, ces questions ne sont pas réglées par le code de la santé publique, mais par le code pénal. Avez-vous travaillé avec la chancellerie sur ce sujet ?

M. Eddy Casterman (RN). L'amendement AS181 vise à clarifier les termes d'un débat qui est d'une gravité extrême, puisqu'il est question de vie, de mort et de responsabilité humaine. Deux réalités très différentes sont mêlées dans une même expression. Le suicide assisté est la situation où une personne consciente et volontaire accomplit elle-même le geste qui met fin à sa vie, avec une aide strictement encadrée. L'euthanasie, quant à elle, suppose l'intervention directe d'un tiers, qui administre une substance létale. Dans un cas, l'acte final relève de la personne et dans l'autre, il est réalisé par un professionnel de santé. La distinction n'est pas uniquement sémantique mais aussi juridique, éthique et médicale. La responsabilité, le rôle des soignants et la place du patient dans la décision ultime ne sont pas les mêmes. Nommer clairement les choses permet de légiférer avec rigueur, ce qui est notre responsabilité.

M. Patrick Hetzel (DR). On entend souvent dire que le présent texte est équilibré, mais ce n'est pas le cas. Des débats ont eu lieu dans d'autres pays, qu'on ne peut certes pas transposer tels quels mais dont on peut tirer les conséquences. En Suisse comme dans l'Oregon, le dispositif est limité : la personne qui demande à recourir à une substance létale doit se l'administrer, par voie d'ingestion. En effet, son choix peut fluctuer. Les études menées dans l'Oregon montrent d'ailleurs que toutes celles et ceux qui se procurent une substance létale ne décident pas forcément de l'absorber. S'agissant d'un sujet d'une telle sensibilité donc, le fait que le dispositif que vous proposez soit très ouvert pose question. En matière d'éthique, il faut faire preuve de mesure.

Mme Océane Godard (SOC). Le droit à mourir est une ultime liberté et la manifestation par le patient de sa volonté libre et éclairée est au cœur de cette loi. C'est la raison pour laquelle le sous-amendement AS710 veut lui permettre de choisir entre l'auto-administration de la substance létale et son administration par un médecin ou un infirmier.

L'argument du Gouvernement en séance selon lequel il faut faire primer l'auto-administration parce qu'elle permettrait une ultime vérification de la volonté du patient ne tient pas, car cette vérification est faite au moment de l'administration.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je suis bien entendu très favorable à l'amendement AS700, signé par l'ensemble des rapporteurs.

Je suis en revanche défavorable au sous-amendement, même si j'en comprends la motivation. Nous devons agir de telle sorte que le droit que nous souhaitons assurer devienne effectif, ce qui suppose que la proposition de loi soit adoptée. Je maintiens que le texte est solide, cohérent et équilibré. C'est la raison pour laquelle il avait été largement voté par l'Assemblée en première lecture. Je ne souhaite pas que l'on remette en cause l'équilibre qui avait été trouvé, car cela pourrait nous fragiliser dans notre combat commun.

Mme Océane Godard (SOC). Je retire le sous-amendement.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Avis défavorable aux autres amendements, qui relèvent d'un débat sémantique.

Mme Annie Vidal (EPR). Je m'interroge sur cette nouvelle rédaction.

L'amendement AS700 définit le droit à mourir comme le droit pour une personne qui en a exprimé la demande d'être autorisée à recourir à une substance létale. Mais qu'en est-il d'une personne en soins palliatifs qui demande une sédation profonde et continue ? C'est également une aide à mourir. Y aura-t-elle droit ?

La rédaction proposée restreint le droit à l'aide à mourir au seul recours à une substance létale.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Il s'agit exactement des mêmes substances.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). Il faut dire les choses telles qu'elles sont : on parle bien d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès, avec l'administration d'une substance létale.

*Le sous-amendement AS710 est **retiré**.*

*La commission **adopte** l'amendement AS700.*

*En conséquence, les autres amendements **tombent** ainsi que les amendements AS164 de Mme Marie-France Lorho, AS606 et AS608 de M. Christophe Bentz, AS3 de M. Fabien Di Filippo, AS577 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS188 et AS190 de Mme Annie Vidal, AS420 et AS419 de Mme Justine Gruet, AS146 de Mme Marie-France Lorho, AS604 de M. Christophe Bentz, AS418 de Mme Justine Gruet, AS603 de M. Christophe Bentz, AS485 de*

Mme Danielle Simonnet, AS19 de M. Jean-François Rousset, AS609 et AS605 de M. Christophe Bentz, AS27 de M. Patrick Hetzel, les amendements identiques AS97 de Mme Océane Godard, AS123 de Mme Karen Erodi, AS480 de Mme Sandrine Rousseau et AS514 de Mme Agnès Pannier-Runacher, les amendements AS122 de M. Hadrien Clouet et AS117 de Mme Océane Godard, les amendements identiques AS52 de M. Thibault Bazin et AS602 de M. Christophe Bentz, les amendements AS218 de Mme Justine Gruet, AS175 de Mme Marie-France Lorho, AS515 de Mme Agnès Pannier-Runacher, AS454 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS396 de Mme Lisette Pollet, AS219 et AS417 de Mme Justine Gruet, les amendements identiques AS28 de M. Patrick Hetzel et AS613 de M. Christophe Bentz et les amendements AS584 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé, AS217 et AS220 de Mme Justine Gruet, AS610 et AS612 de M. Christophe Bentz, AS397 et AS398 de Mme Lisette Pollet et AS144 de Mme Marie-France Lorho.

Amendements AS182 de Mme Sylvie Bonnet et AS30 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

Mme Sylvie Bonnet (DR). Mon amendement précise que l'aide à mourir ne peut être considérée comme un soin car elle contrevient à l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, qui mentionne les « actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ».

M. Patrick Hetzel (DR). Dès lors que cet article traite du suicide assisté, on n'est plus dans une logique de soin. Il faut donc le mentionner clairement dans la loi afin d'éviter toute confusion avec le travail réalisé par les professionnels des unités de soins palliatifs, qui se mobilisent pour soigner et dont je salue l'engagement.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Le texte ne qualifie à aucun moment l'aide à mourir de soin. C'est une modalité d'accompagnement de la fin de vie, et je m'associe à l'hommage rendu par M. Hetzel à tous les soignants qui dispensent des soins palliatifs.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). À force de vouloir être bienveillants, certains finissent par confondre l'accueil d'une détresse et l'approbation de la mort, comme si refuser la mort provoquée était un manque d'empathie. On a beaucoup parlé de liberté et d'égalité mais finalement peu de fraternité. Or je crois que celle-ci consiste à refuser d'abandonner quelqu'un à son pire instant.

Vous n'avancez même plus à pas feutrés, monsieur le rapporteur général : vous indiquez clairement que vous souhaitez que ce texte soit voté à tout prix, selon le calendrier que vous nous imposez. Je crains grandement que vous ne reveniez par la suite sur un certain nombre de critères. En l'occurrence, vous voulez maintenir la possibilité d'administrer une substance létale quand la personne n'est pas en état de le faire elle-même afin de conserver l'équilibre du texte pour qu'il puisse être voté.

Mme Firmin Le Bodo a considéré qu'il n'y avait pas de différence entre la substance qui est utilisée pour la sédation profonde et continue jusqu'au décès et celle destinée à l'euthanasie, alors qu'il s'agit d'un anesthésiant dans le premier cas et de curare barbiturique dans le second.

L'amendement AS700 de Mme Liso prévoit que les personnes qui concourent à l'exercice du droit à l'aide à mourir ne sont pas pénalement responsables. Or nous verrons par la suite qu'une telle définition présente des difficultés en matière de contrôle *a priori*.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Je souhaite que l'on respecte les patients en fin de vie atteints de maladies incurables et les soignants qui exercent à leur chevet, mais aussi que l'on sache prendre en compte la souffrance physique et psychologique. L'accompagnement, c'est un soin jusqu'à la fin de la vie, quelle que soit la maladie.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je n'ai jamais dit, je ne pourrai jamais dire que je veux que le texte soit voté à tout prix, madame Gruet. C'est tout le contraire, car je ne veux en aucun cas que l'on crée un droit qui ne serait pas effectif – ce qui a été tenté au Sénat. En revanche, je souhaite que le texte adopté conserve sa solidité, sa cohérence et son équilibre.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS614 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Cet amendement prévoit qu'aucun professionnel de santé ne peut être contraint de participer, directement ou indirectement, à un acte relevant du dispositif exceptionnel d'aide à mourir.

Nous proposons ainsi d'inscrire la clause de conscience des médecins, infirmiers ou pharmaciens au sein de cet article 2, qui constitue le cœur nucléaire du texte.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Le texte comprend une clause de conscience pour tous les professionnels, mais à l'article 14.

Avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). Je ne suis pas favorable à l'amendement de M. Bentz.

Par ailleurs, je voudrais répondre à Mme Gruet. Les mots exacts qui figurent dans la loi sont « sédation profonde et continue jusqu'au décès » et il convient de bien les utiliser. En outre, personne n'a le monopole de la fraternité. C'est d'ailleurs un argument réversible, car on peut également considérer que ne pas répondre à une personne qui demande l'aide à mourir est un manque de fraternité.

Mme Justine Gruet (DR). Il faut distinguer entre la loi Claeys-Leonetti – dont j’espère qu’elle pourra continuer à être appliquée par les professionnels de santé – et le nouveau droit que la proposition de loi veut ouvrir, car les critères ne sont pas les mêmes.

Pour une sédation profonde et continue jusqu’au décès, le pronostic vital est engagé à court terme : on parle de quelques jours. Mais on verra lors de l’examen des conditions d’accès au nouveau droit qu’il n’existe aucune base scientifique permettant au médecin de déterminer objectivement si le pronostic vital du patient est engagé. L’intentionnalité n’est pas la même, les produits utilisés ne sont pas les mêmes, le pronostic vital des patients concernés n’est pas le même.

La commission rejette l’amendement.

Amendement AS29 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Au cours des vingt dernières années, entre 450 et 650 condamnations ont été prononcées tous les ans pour abus de faiblesse. Cela ne doit pas nous laisser indifférents. Il est donc nécessaire de s’assurer que la personne ne se trouve pas en état de faiblesse ou d’ignorance, ce qui renvoie aux termes utilisés dans le code pénal.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cette précision ne relève pas de l’article 2.

Sur le fond, je rappelle que la vérification des conditions d’accès à l’aide à mourir portera notamment sur le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté de la personne.

Avis défavorable.

La commission rejette l’amendement.

Puis elle adopte l’article 2 modifié.

Article 3 : Définition du droit à l’aide à mourir

Amendements de suppression AS31 de M. Patrick Hetzel, AS361 de M. Daniel Grenon, AS371 de M. Thibault Bazin et AS616 de M. Christophe Bentz

M. Patrick Hetzel (DR). En permettant le suicide assisté et l’euthanasie, la proposition repose sur une tout autre logique que celle de la loi Claeys-Leonetti, qui autorisait la sédation profonde et continue. Il ne s’agit plus de prodiguer un soin mais de mettre fin à la vie. On peut dès lors contester la pertinence de l’intégration du dispositif dans le code de la santé publique. Surtout, Laurent Frémont et Emmanuel Hirsch ont publié ce matin une tribune intitulée « *L’État ne doit pas apprendre aux*

vivants à disparaître ». Nous devrions être attentifs à la manière dont nous légiférons sur une question aussi fondamentale.

M. Daniel Grenon (NI). Cet article inscrit la pratique du suicide assisté et de l'euthanasie au sein du code de la santé publique. Une telle codification entraînerait un profond bouleversement juridique en introduisant des pratiques dont l'objectif est le décès de l'individu – soit l'exact opposé de la guérison – dans un code qui repose sur le principe du soin. C'est pourquoi je propose de supprimer cet article.

M. Thibault Bazin (DR). L'article 3 complète l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, lequel figure dans le livre I^{er}, relatif à la protection des personnes en matière de santé.

La rédaction actuelle du code prévoit que toute personne a le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés. Selon la définition du code de la santé publique, celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou encore celle de l'Académie nationale de médecine, un soin maintient ou améliore la santé. En octobre 2007, la Haute Autorité de santé (HAS) définissait un acte de soins comme 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. Un acte de soins peut se décomposer en tâches définies et limitées, qui peuvent être indépendantes dans leur réalisation. Dans un même acte de soin, certaines tâches peuvent être réalisées par des professionnels de santé différents.* »

Selon l'OMS, prodiguer des soins palliatifs ne revient pas à nier la mort, mais certainement pas à la donner. Il s'agit de considérer la mort comme un processus normal, qu'on n'entend ni accélérer, ni repousser.

Il serait donc judicieux de faire figurer la définition de l'aide à mourir à une autre place dans le code de la santé publique.

M. Christophe Bentz (RN). Cet article fait partie du cœur de ce texte visant à légaliser le suicide, quelle que soit sa forme. Si par bonheur cet amendement de suppression était voté, il rendrait de fait ce texte inopérant. Ce serait bien sûr de nature à nous rassurer et, surtout, à protéger la véritable loi d'équilibre, c'est-à-dire la loi Claeyss-Leonetti de 2016.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je suis d'accord avec M. Bentz sur un point, ce qui n'est pas si fréquent : supprimer l'article 3 rendrait cette loi inopérante. Je vous invite évidemment à rejeter ces amendements de suppression.

Contrairement à ce qui est écrit dans les exposés sommaires, cet article n'assimile pas l'aide à mourir à un soin. Il modifie simplement le second alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, qui porte sur l'accompagnement des personnes à la fin de leur vie et ne fait pas référence à la notion de soin. En revanche,

affirmer que l'aide à mourir constitue l'une des modalités d'apaisement de la souffrance ainsi que l'une des façons de préserver la dignité des malades à la fin de leur vie est parfaitement conforme à l'esprit de l'article L. 1110-5.

M. Yannick Monnet (GDR). Monsieur le rapporteur général, c'est notre point de désaccord. Selon moi, la rédaction de cet article associe l'aide à mourir à un soin. Elle pourrait de ce fait devenir une alternative aux soins, alors qu'elle ne doit être sollicitée que lorsque plus aucun soin n'est opérant. Supprimer cet article ne rendra pas le texte inopérant, car il est possible de faire figurer la disposition dans une autre partie du code de la santé publique et d'éviter ainsi une confusion qui pose vraiment un problème. C'est pourquoi je suis favorable aux amendements de suppression.

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

Amendement AS76 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Dans la tribune que j'ai précédemment citée, Laurent Frémont et Emmanuel Hirsch estiment que « *nos sociétés ont cessé de condamner moralement le suicidaire comme un coupable. Elles ont appris, au moins en partie, à le regarder comme une victime de sa propre détresse, comme quelqu'un qui n'a pas trouvé d'autre chemin que de s'effacer. Cette évolution est précieuse, parce qu'elle replace la souffrance au centre et l'orgueil moral à la marge.* »

Le présent texte constitue en réalité une régression. Nous parlons de rupture anthropologique car il remet en cause tous les acquis qui nous permettent d'accorder cette attention particulière à la fragilité, à la souffrance et à la détresse, en leur donnant une tout autre réponse sociale. Là réside précisément notre différence d'appréciation. Je souhaite que l'on se rende compte ici que c'est tout sauf anodin.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Votre amendement propose de remplacer l'article 3 par une nouvelle rédaction qui équivaldrait à supprimer l'article. Je n'y suis donc pas favorable. Sur le fond, il est satisfait par l'article 14, qui institue une clause de conscience permettant aux médecins de ne pas participer à la procédure d'aide à mourir.

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

Amendements AS177 de Mme Marie-France Lorho, AS326 de Mme Annie Vidal, AS223 de Mme Justine Gruet, AS617, AS618 et AS619 de M. Christophe Bentz, AS87 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS224 de Mme Justine Gruet, AS4 de M. Fabien Di Filippo, AS517 de M. Thomas Ménagé et AS327 de Mme Annie Vidal (discussion commune)

Mme Lisette Pollet (RN). La Cour des comptes a estimé dans son rapport sur les soins palliatifs que les besoins ne sont couverts qu'à hauteur de 50 %, alors même que la loi Claeys-Leonetti reconnaît le droit d'y accéder.

Les soins palliatifs constituent une urgence absolue. C'est la raison pour laquelle l'amendement AS177 entend réaffirmer ce droit auquel tous les malades devraient pouvoir prétendre.

Mme Annie Vidal (EPR). Mes amendements visent à remplacer ou compléter la notion d'aide à mourir par celle de suicide assisté ou d'euthanasie, afin d'utiliser des mots clairs et des notions juridiques qui manquent actuellement.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS223 vise à garantir une information loyale et complète du patient. S'agissant d'une décision aux conséquences définitives, il est indispensable que les mots employés ne laissent aucune place à un malentendu.

L'euthanasie, le suicide assisté ou la mort provoquée ne sont pas des soins. D'autres pays ont choisi de procéder autrement que par une codification. Notre code de la santé publique traite en effet des soins et encadre la pratique des soignants lorsqu'ils protègent les patients, notamment les plus vulnérables.

Il a beaucoup été question de la liberté individuelle. Mais dès lors que l'on ouvrira la possibilité du suicide assisté ou de l'euthanasie pour les personnes qui répondent aux critères, on conduira chacun, qu'il soit ou non vulnérable, à s'interroger sur l'opportunité d'y recourir.

M. Christophe Bentz (RN). Mes trois amendements visent à affirmer une nouvelle fois une chose très simple : le suicide n'est absolument pas un soin. Qui peut dire qu'il en est un ? Personne. Par définition, le suicide met fin à la vie, et donc aux soins. Ces derniers sont exactement l'inverse du suicide, puisqu'il s'agit d'accompagner jusqu'au bout de la vie.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Mon amendement répond au besoin de clarté et de sincérité du débat parlementaire. L'article emploie l'expression « aide à mourir », qui ne correspond à aucune catégorie juridique précise et qui atténue la portée réelle du dispositif. Je propose de la remplacer par la notion de mort programmée, qui décrit exactement la réalité.

Il ne s'agit ni d'un jugement moral, ni d'une remise en cause du dispositif, mais le législateur ne peut se permettre d'être ambigu s'agissant d'un acte d'une telle gravité.

Mme Justine Gruet (DR). Si la loi Claeys-Leonetti avait été votée à la quasi-unanimité, la proposition de loi que nous examinons a été adoptée par une faible majorité à l'Assemblée et a été rejetée par le Sénat. J'ai pourtant le sentiment qu'on essaie d'assimiler les deux textes pour faire croire que l'euthanasie serait simplement la prolongation d'un droit qui existe déjà. Or on ne peut avoir recours à la sédation profonde et continue que lorsque le pronostic vital est engagé à court terme. La substance utilisée ne sera en outre pas la même que pour une euthanasie.

Mon amendement AS224 prévoit donc de remplacer la notion d'aide à mourir par celle de mort provoquée, car c'est bien de cela que l'on parle.

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'amendement AS4 vise à faire preuve d'honnêteté et à ne pas dissimuler la réalité des actes qui seront réalisés par le praticien afin de provoquer la fin de vie, à savoir l'administration d'une substance qui entraîne le décès ou sa remise au patient, qui pourra se l'administrer.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Le texte rejeté par le Sénat n'est pas celui de l'Assemblée, madame Gruet. C'est celui de la commission des affaires sociales du Sénat, et donc en grande partie de ses deux rapporteurs. Une large majorité des sénateurs – 188 contre et 122 pour – a considéré qu'il n'avait ni queue ni tête.

Et à l'Assemblée, si vous considérez que 305 votes pour et 199 votes contre font une faible majorité, je me demande ce qu'est une large majorité.

Mme Justine Gruet (DR). Et les abstentions ?

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Il faut sortir de ce débat. Que chacun assume ses votes et arrêtons de faire passer des vessies pour des lanternes, ce n'est pas une faible majorité.

Je ne reviendrai pas sur les amendements sémantiques. L'amendement AS177 porte davantage sur le fond. J'y suis défavorable car il supprime l'articulation entre le droit à une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance et l'accès à l'aide à mourir. Or l'objet de ce texte est précisément d'ouvrir une nouvelle modalité d'exercice du droit à une fin de vie digne et apaisée, énoncé par la loi Claeys-Leonetti.

En outre, cet amendement ne va pas vraiment au-delà de ce que prévoit le droit actuel : l'accès aux soins palliatifs est déjà reconnu comme l'une des modalités d'exercer le droit à l'apaisement de la souffrance.

Avis défavorable à l'ensemble de ces amendements.

Mme Sylvie Bonnet (DR). Il est essentiel d'inscrire clairement dans la loi les termes de suicide assisté et d'euthanasie, afin de ne laisser aucune ambiguïté sur la nature des actes concernés.

L'aide à mourir telle qu'elle est présentée dans ce texte se distingue pourtant de ces pratiques. Elle se veut un dispositif encadré, fondé sur un accompagnement médical et sur une procédure spécifique.

Ne pas nommer explicitement le suicide assisté et l'euthanasie reviendrait à brouiller cette distinction et à ouvrir la porte à des interprétations futures que le

législateur n'entend pas autoriser. Utiliser les bons mots permet de clarifier le cadre et de garantir la sécurité juridique du dispositif.

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

Amendement AS620 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Cet amendement rappelle un principe simple et fondamental : le véritable droit pour les patients en fin de vie est « l'accès effectif à un accompagnement et à des soins palliatifs visant à assurer une fin de vie digne, et à prévenir et à soulager la souffrance ». C'est la véritable urgence et le véritable enjeu, médical, social et humain.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. La rédaction de votre amendement est un peu différente de celle de l'amendement AS177, mais son esprit est similaire.

Avis défavorable.

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

Amendement AS399 de Mme Lisette Pollet

Mme Lisette Pollet (RN). La rédaction actuelle entretient une confusion grave en intégrant l'aide à mourir dans le droit aux soins. Or provoquer la mort n'est pas un soin.

L'amendement propose de rétablir une frontière indispensable entre la logique du soin et un régime dérogatoire. Cette clarification n'a pas un but idéologique : il s'agit d'une modification juridique nécessaire pour la cohérence de l'ensemble du droit de la santé.

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

Amendement AS701 de Mme Brigitte Liso

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Avec cet amendement rédactionnel, je propose de remplacer une information « compréhensible par tous » par une information délivrée sous une forme « adaptée aux capacités de compréhension de la personne ». Cette tournure est plus conforme à l'objectif poursuivi, qui est de s'assurer qu'une personne voulant s'informer sur l'aide à mourir puisse le faire selon des modalités adaptées à sa compréhension.

Mme Justine Gruet (DR). Normalement, c'est le patient qui fait la demande – c'est ce que vous avez toujours défendu. Cela suppose qu'il a déjà bénéficié d'informations et qu'il connaît les critères d'accès. L'amendement sous-entend que l'initiative viendrait du professionnel de santé : il aiderait en expliquant ce qu'est l'aide active à mourir.

Vous avez toujours indiqué que le dispositif reposait sur une démarche du patient et non sur une information par le soignant. Cette rédaction sème le trouble sur le rôle de chacun.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Vous évoquez la capacité de compréhension, madame la rapporteure. Cela voudrait dire qu'il y a plusieurs manières de comprendre. Pour moi, il n'y en a qu'une : on comprend ou non. Peut-être avez-vous voulu dire que nous avons tous des capacités différentes de compréhension. Pourriez-vous illustrer votre propos ?

M. Jean-François Rousset (EPR). L'objet de cet amendement, c'est qu'on puisse donner les informations à un malade quelle que soit sa situation, par exemple de manière écrite s'il est sourd. Il ne signifie pas autre chose.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). On parle alors de la manière de communiquer, ce qui est différent.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Comme l'a indiqué M. Rousset, l'amendement vise à utiliser différents modes de communication, en fonction des capacités de la personne. Il peut s'agir du facile à lire et à comprendre (Falc), ou de tout autre moyen adapté aux difficultés de compréhension individuelles.

M. Yannick Neuder (DR). La rédaction que vous proposez serait destinée à s'assurer que l'on arrive à bien communiquer avec des patients ayant un handicap. Mais *quid* des patients qui auraient des troubles des fonctions supérieures ou qui ne seraient pas totalement responsables de leur décision ? Considérez-vous qu'il faut trouver un mode de communication adapté pour s'adresser à un patient qui ne dispose pas de l'ensemble des fonctions cognitives nécessaires pour prendre la bonne décision le concernant ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). Cet amendement avait sans doute pour objectif de nous éclairer, mais en fin de compte, il nous embrouille. Il existe une différence entre la communication d'une information et sa compréhension. Prévoir de délivrer une information « d'une manière adaptée aux capacités de compréhension de la personne » sous-entend que la personne pourrait ne pas disposer pas pleinement de son discernement au moment où elle formule sa demande, ce qui serait contraire à l'esprit du texte. Ce n'est pas du tout la même chose que lui donner les moyens d'accéder à l'information si elle est sourde, selon l'exemple que vous avez pris. Je voterai donc contre cet amendement.

Mme Annie Vidal (EPR). Je rejoins les arguments de M. Neuder et de Mme Firmin Le Bodo. Le terme « capacités » peut laisser entendre qu'il s'agit des capacités cognitives. Cet amendement pseudo-rédactionnel pourrait donc conduire à élargir la catégorie des personnes susceptibles de formuler une demande. L'expression « délivrée sous une forme compréhensible par tous » est suffisamment claire. Je voterai contre cet amendement également.

M. Théo Bernhardt (RN). Cet amendement créerait une confusion, puisque le texte prévoit que la personne doit « manifester sa volonté de façon libre et éclairée ». Il introduirait une ambiguïté qui pourrait rebuter les députés du Rassemblement National favorables au texte. Nous y sommes donc opposés.

M. Yannick Monnet (GDR). Cet amendement vise à adapter la manière de délivrer l'information aux capacités cognitives de la personne. Cela ne me pose pas de problème. Prenons l'exemple du Falc : c'est un outil adapté aussi bien aux personnes présentant un trouble du spectre autistique qu'aux personnes âgées ou encore aux individus qui ne serait pas au fait du sujet. Je comprends que l'on relève l'ambiguïté que recèle l'amendement, mais son objet n'en est pas moins important : s'assurer de bien se faire comprendre. On ne peut à la fois accuser les rapporteurs de défendre une pratique aveugle de l'aide à mourir et leur reprocher de veiller à ce que les gens comprennent ce qu'on leur dit !

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Dans la rédaction actuelle du texte, l'information doit déjà être délivrée « sous une forme compréhensible par tous ». Le caractère compréhensible se rapporte à l'information, non à la personne.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. J'entends tout ce qui a été dit. Notre intention est bien celle que vous avez décrite, monsieur Monnet, mais nous ne parvenons pas à nous faire clairement comprendre. Je retire donc l'amendement. Nous vous proposerons une nouvelle rédaction d'ici à la séance.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 3 non modifié.

CHAPITRE II Conditions d'accès

Article 4 : Conditions d'accès à l'aide à mourir

Amendements de suppression AS32 de M. Patrick Hetzel et AS183 de Mme Sylvie Bonnet

M. Patrick Hetzel (DR). La rédaction de l'article 4 pose plusieurs problèmes. Lors de l'examen du premier projet de loi, en l'espace de deux mois, les conditions d'accès à l'euthanasie et au suicide assisté avaient fait l'objet de trois rédactions différentes. Le texte actuel prévoit que les personnes souffrant d'une maladie grave et incurable, en phase avancée ou terminale, seront éligibles. C'est un périmètre considérable. Selon plusieurs médecins, le champ des patients susceptibles d'être éligibles est très vaste – peut-être plus d'une centaine de personnes par jour. Est-ce bien l'objectif que nous poursuivons ?

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'article 4 prévoit que les patients souffrant d'une maladie grave et incurable en phase avancée ou terminale seraient éligibles à

l'aide active à mourir. Cette rédaction est inquiétante car des pathologies comme le diabète, l'hypertension artérielle ou la sclérose en plaques sont des affections longues et incurables, sans pour autant entraîner des douleurs impossibles à soulager.

L'effacement du critère relatif à l'engagement du pronostic vital a pour conséquence de faire entrer dans le champ d'application du texte des personnes souffrant de certaines maladies mais qui ne seraient pas du tout en fin de vie. Il convient donc de supprimer cet article.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Nous venons de voter le droit à l'aide à mourir. Je suis favorable à ce droit, mais son accès doit être encadré. Je suis donc opposé à la suppression des critères déterminant l'accès à l'aide à mourir.

M. Hetzel a très justement rappelé que les conditions d'accès ont fait l'objet de trois rédactions différentes. Cela montre bien que nous avons longuement travaillé sur ce sujet, que notre réflexion a évolué et que nous n'avons pas légiféré dans la précipitation mais qu'à l'issue de longs débats, nous sommes parvenus à une rédaction équilibrée, cohérente et solide juridiquement.

Avis très défavorable sur ces amendements.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Je suis opposée à la suppression de cet article. Nous avons fixé des critères stricts et cumulatifs – du reste, plus stricts que dans d'autres pays. Cet encadrement est essentiel.

Par ailleurs, cessons d'introduire de la confusion : ce texte ne concerne que les personnes atteintes de maladies incurables en phase terminale, et non celles souffrant de maladies – hypertension, diabète, insuffisance rénale – pouvant faire l'objet d'un traitement qui leur permet de mener une vie adaptée et agréable.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS77 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Dès lors que les promoteurs de ce texte font valoir la nécessité de prendre en charge les souffrances réfractaires, il faut en préciser la définition. Cet amendement définit comme réfractaire « tout symptôme dont la perception est insupportable et qui ne peut être soulagé malgré des efforts thérapeutiques répétés, sans compromettre la conscience du patient ». Cela permettrait de clarifier le texte et de lever certaines ambiguïtés.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cette définition est fortement restrictive par rapport à celle de la HAS. D'après un guide publié en février 2018 et mis à jour en janvier 2020, une souffrance est dite réfractaire si l'ensemble des moyens thérapeutiques et d'accompagnement disponibles, adaptés à la situation du patient, ont été proposés et le cas échéant mis en œuvre, mais qu'ils n'ont pas permis d'obtenir le soulagement attendu par le patient, ou qu'ils entraînent des effets

indésirables jugés inacceptables, ou que leurs effets thérapeutiques ne sont pas susceptibles de se produire dans un délai acceptable pour le patient.

Avis défavorable.

M. Patrick Hetzel (DR). Dès lors, pourquoi ne pas introduire dans le texte la définition de la HAS ? Nous pourrions ainsi débattre du fond. Mais l'absence de définition dans le texte est l'une des failles du dispositif.

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

Amendement AS697 de Mme Brigitte Liso

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cet amendement rédactionnel vise à substituer « répondre à » par « remplir ».

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

Amendements identiques AS158 de Mme Marie-France Lorho et AS421 de Mme Justine Gruet

Mme Lisette Pollet (RN). Les critères d'éligibilité à la demande de mort tels qu'ils sont formulés dans la proposition de loi sont particulièrement flous, notamment en comparaison avec d'autres législations européennes. Le caractère non cumulatif des conditions d'accès soulève de sérieuses questions. Cet amendement de repli propose donc de subordonner l'éligibilité de la demande au respect de l'ensemble des critères, de manière à rendre exceptionnel le recours au suicide délégué ou assisté.

Mme Justine Gruet (DR). Ajouter des mots à la définition des conditions d'accès vous rassure, mais cela ne la rend pas plus solide juridiquement. La HAS l'a répété : seul le court terme peut être défini scientifiquement et est objectivable. Au bout du compte, c'est aux professionnels de santé qu'il reviendra d'effectuer un tri des souffrances.

Madame Dubré-Chirat, vous avez parlé de maladies, alors que le texte vise les « affections » ; ce ne sont pas des synonymes. Par ailleurs, vous avez distingué les maladies incurables des maladies intraitables. Or, selon l'alinéa 8, le refus de traitement est bien un critère d'éligibilité au dispositif.

Il faut donc sécuriser le dispositif et veiller au moins à ce que les cinq conditions d'accès soient bien respectées de façon cumulative. Toutefois, celle qui est exposée à l'alinéa 7 continuera à manquer de solidité scientifique et juridique.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Avis défavorable.

Madame Gruet, ce que vous dites est inexact. Non, la HAS n'a pas dit que seul le court terme était scientifiquement défini : elle a elle-même défini la phase

avancée, cela a été sa mission. Nous avons précisément intégré cette définition dans la rédaction de l’alinéa 7, afin de renforcer encore la solidité du dispositif.

M. Christophe Bentz (RN). Ces amendements n’ont pas qu’une portée sémantique. En première lecture, vous nous aviez répondu que préciser que les conditions étaient « cumulatives » serait redondant ; je ne le crois pas. Ce terme ne retire rien au texte, mais constituerait une forme de verrou supplémentaire. Ce que l’on conçoit bien s’énonce clairement !

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Évitions les lois bavardes. Le texte est parfaitement clair : « Pour accéder à l’aide à mourir, une personne doit répondre à toutes les conditions suivantes » signifie bien que ces conditions sont cumulatives.

La commission rejette ces amendements.

Amendements identiques AS229 de Mme Justine Gruet et AS328 de Mme Annie Vidal, amendements AS621 et AS622 de M. Christophe Bentz, AS88 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS225 de Mme Justine Gruet, AS5 de M. Fabien Di Filippo, AS518 de M. Thomas Ménagé et AS329 de Mme Annie Vidal (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Selon la HAS, à ce jour, « *il n’existe pas de consensus médical sur la définition du pronostic vital engagé à “moyen terme”, ni sur la notion de “phase avancée” lorsqu’elle est envisagée dans une approche individuelle de pronostic temporel* ». Il s’avère impossible de définir objectivement un pronostic temporel applicable à toutes les situations individuelles. De manière plus générale, les travaux de la HAS n’ont pas permis d’identifier de critère alternatif. En l’absence de critères permettant d’objectiver l’engagement du pronostic vital, il reviendra donc aux professionnels de santé de l’apprécier.

Cet amendement vise ainsi à qualifier de manière précise ce qu’est réellement l’aide à mourir, à savoir le suicide assisté ou l’euthanasie.

Mme Annie Vidal (EPR). Nous revenons à une question de terminologie. Dans son avis 139, le Comité consultatif national d’éthique parle d’euthanasie en Belgique, de suicide assisté en Suisse ou dans l’Oregon, d’assistance au suicide en Autriche, d’euthanasie et d’assistance au suicide aux Pays-Bas. La France devrait faire aussi bien et utiliser une terminologie claire, compréhensible et sans équivoque juridique.

M. Christophe Bentz (RN). Mes amendements ont également une portée sémantique. Il n’est jamais trop tard pour changer d’avis. Nous essayons, argument après argument, de vous convaincre qu’il est encore temps de modifier la terminologie du texte, pour une raison simple : nous devons être totalement transparents vis-à-vis des Français. Cette proposition de loi prévoit bien de légaliser le suicide, qu’il soit assisté ou délégué à un soignant.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Mon amendement est de précision. L'expression « aide à mourir » fausse la compréhension de la réalité du geste : il ne s'agit aucunement d'une aide mais de la réalisation d'un geste létal. Ce vocable de substitution, délibérément employé pour rassurer, laisse croire à un accompagnement médical vers une mort douce, à une sorte d'anesthésie. La réalité est tout autre. Cet amendement est frappé au coin du bon sens : les lois qui autorisent l'aide à mourir parlent exclusivement de « mort programmée ».

Mme Justine Gruet (DR). Si vous ne craignez pas d'ouvrir ce droit dans toute sa portée, vous ne devez pas non plus avoir peur de le nommer. Les critères prévus aux alinéas 7 et 8 sont subjectifs, y compris du point de vue de la HAS. Ils conduiront les professionnels de santé à devoir opérer un tri entre les patients, et à subir du reste une forme de pression de leur part depuis que nous avons introduit un délit d'entrave dans le texte.

M. Thomas Ménagé (RN). Mon amendement propose une nouvelle fois de retenir l'expression « aide active à mourir ». Monsieur le rapporteur général, vous m'avez opposé qu'il n'y a pas d'aide à mourir passive parce qu'il faut toujours un acte, qu'il s'agisse de sédation profonde ou de substance létale. Certes, mais la manière dont on meurt est différente : soit la mort survient passivement, lorsque la nature fait son œuvre, soit elle résulte d'un acte, l'administration d'une substance létale qui conduit à la mort en quelques minutes.

L'expression « aide active à mourir » présenterait l'avantage de faire consensus entre les partisans des termes « suicide assisté » ou « euthanasie » et ceux de l'expression « aide à mourir », qui n'est d'ailleurs, sauf erreur de ma part, utilisée dans aucun autre pays.

Mme Annie Vidal (EPR). L'amendement AS329 est un amendement de repli.

Nous pourrions trouver un consensus sur l'expression « aide active à mourir » ; ce serait du reste la preuve d'une ouverture d'esprit bienvenue. Lors de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, le patient meurt de sa maladie en ayant été anesthésié. Dans un suicide assisté ou une euthanasie, la substance n'est pas complètement identique puisqu'elle contient un agent paralysant qui entraîne le décès très rapidement. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire de préciser la terminologie.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Sans surprise, pour l'ensemble des raisons que j'ai précédemment évoquées, j'émet un avis défavorable sur l'ensemble de ces amendements.

M. Michel Lauzzana (EPR). L'expression « aide à mourir » implique déjà la réalisation d'une action. Par ailleurs, la notion d'aide est intéressante car elle

suppose le consentement de la personne qui veut mourir. Quand on aide, on accompagne. Cela me paraît important.

M. Théo Bernhardt (RN). Je ne comprends pas votre obstination à refuser les expressions « aide active à mourir », « suicide assisté » ou « euthanasie ». Elles n'enlèveraient strictement rien au texte. Ce sont des éléments sémantiques qui précisent simplement la manière dont la personne quittera ce monde et qui seraient même de nature à rassurer certaines personnes favorables au texte.

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

Amendements AS422 de Mme Justine Gruet et AS378 de Mme Marie-France Lorho (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Mon amendement vise à supprimer, à l'alinéa 6, les mots : « ou résider de façon stable et régulière en France ».

D'une part, il s'agit d'éviter le « tourisme » de l'aide active à mourir, autrement dit un phénomène social, culturel et économique caractérisé par des mouvements de personnes vers des pays ou des lieux situés en dehors de leur environnement habituel.

D'autre part, comment un médecin pourrait-il s'assurer de l'existence d'une résidence stable et régulière ? La détention de la nationalité française, elle, se vérifie facilement.

Mme Lisette Pollet (RN). L'amendement AS378 vise à s'assurer que la France ne devienne pas une plateforme d'accueil des demandes de suicide assisté ou délégué, en précisant que la personne doit résider en France de façon stable et régulière « depuis cinq ans », soit le nombre d'années requises pour l'obtention d'une carte de résident longue durée. Cette précision permettrait de renforcer les conditions d'accès à une telle opération.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Madame Gruet, la suppression du critère de la résidence stable et régulière, qui est très largement utilisé dans le droit de la protection sociale, serait une dérogation importante au droit commun.

Madame Pollet, votre précision n'est pas nécessaire dans la mesure où la stabilité de la résidence est une notion définie juridiquement, notamment en matière d'allocation personnalisée d'autonomie, de prestation de compensation du handicap et d'allocation de solidarité des personnes âgées.

M. Yannick Neuder (DR). Soyons prudents dans le choix des mots et ne faisons pas dire à la HAS ce qu'elle n'a pas dit. La HAS peut définir ce qu'est la phase avancée d'une maladie. Pour chaque pathologie, les médecins peuvent établir un pronostic en fonction du stade de la maladie. Par exemple, en matière d'insuffisance cardiaque, on distingue quatre stades. Le patient ayant atteint le

stade IV est candidat à une transplantation et présente une espérance de vie à un an inférieure à 50 %, contre 70 à 80 % au stade III. Au stade I, l'espérance de vie est identique à celle de la population. Tout cela pour expliquer qu'un pronostic peut être établi pour une cohorte de patients, dans la mesure où il est fondé sur la valeur médiane. En revanche, le médecin n'est jamais en mesure de déterminer, pour un patient donné, un pronostic vital à court et à moyen terme.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Par décence, évitons d'utiliser le mot « tourisme » pour désigner les choix de personnes en fin de vie, pour lesquelles la décision de changer de lieu de vie est lourde. Il est difficile pour une personne en phase terminale de cancer de décider de se transporter dans une autre ville pour avoir accès à cette aide.

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

Amendement AS356 de Mme Julie Laernoës

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). L'amendement est défendu.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Avis défavorable.

M. Thomas Ménagé (RN). Cet amendement est en lien avec le précédent de Mme Gruet, auquel j'étais défavorable car une personne étrangère qui vit en France de manière régulière depuis vingt ou trente ans doit pouvoir bénéficier de l'aide à mourir en France. En revanche, l'instauration d'une durée minimale de résidence permettrait d'éviter que des personnes fassent le choix de venir en France pour bénéficier de l'aide à mourir plutôt que dans un autre pays où elle n'est pas prise en charge. Si l'exigence d'humanité commande d'en ouvrir l'accès à tous, nos capacités financières ne nous permettent pas de le faire.

M. René Pilato (LFI-NFP). J'invite M. Ménagé à voter pour l'amendement de Mme Laernoës, qui répond à sa demande.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Malgré ses bonnes intentions, cet amendement aurait des effets contreproductifs. Je vous invite fermement à ne pas le voter et à ne pas modifier la rédaction actuelle, qui est protectrice pour les personnes dont la résidence sur le territoire est stable.

Cet amendement pourrait être retiré. Sinon, je m'y opposerai.

*L'amendement est **retiré**.*

Amendements AS624 de M. Christophe Bentz, AS34 de M. Patrick Hetzel, AS437 de Mme Christine Loir et AS561 de M. Julien Odoul (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). Nous en arrivons à l'alinéa 7, qui concerne le critère de l'avancée de la maladie, sachant que la médecine n'est pas une science

exacte et qu'il est difficile pour les médecins de déterminer avec précision cet état d'avancement. Pour notre part, n'ayant pas réussi à supprimer les premiers articles du texte, nous essayons au moins de restreindre au maximum les critères d'accès. Mon amendement vise à réserver ce dispositif aux seuls malades en phase terminale.

M. Patrick Hetzel (DR). Mon amendement vise à rétablir plusieurs garde-fous en restreignant l'accès au droit à l'aide à mourir. Selon la HAS, « *il s'avère impossible de définir objectivement un pronostic temporel applicable à toute situation individuelle* ». Elle insiste ainsi sur la dimension subjective de cette définition. Or la loi ne peut pas fonder un droit sur des critères subjectifs. Il appartient au juriste de rédiger un texte précis. Ces ambiguïtés sont problématiques.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement AS437 rétablit un garde-fou essentiel : l'exigence d'un pronostic vital engagé à court terme. Ce critère de bon sens, médicalement objectivable, permet de restreindre le dispositif aux seules situations de fin de vie avérées, sans englober les personnes atteintes de maladies chroniques, en situation de handicap ou éprouvant des souffrances non liées à un décès imminent.

Sur un sujet aussi grave, la représentation nationale a le devoir de fixer des limites claires.

M. Christophe Bentz (RN). Je défends l'amendement AS561. Si nous défendons avec autant d'ardeur la loi Claeys-Leonetti de 2016, c'est pour éviter que les Français aient à faire un choix cornélien entre la souffrance ou la mort. Avant d'ouvrir un droit à la mort provoquée, chacun doit se voir garantir un accès effectif aux soins palliatifs. Tant que 500 Français mourront chaque jour sans bénéficier de ces soins, l'aide à mourir demeurera inenvisageable.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Les amendements AS624 et AS34 restreignent le dispositif aux seuls patients en phase terminale, en supprimant la notion de phase avancée. Or celle-ci n'est pas vague : elle existe dans le droit français depuis la loi Leonetti de 2005 et a été également reprise dans la loi Claeys-Leonetti de 2016. Elle est ainsi utilisée en matière d'accès aux traitements antalgiques et sédatifs en cas de souffrances réfractaires susceptibles d'avoir pour effet secondaire d'abrégé la vie, et pour hiérarchiser les modalités d'expression de la volonté du patient en fin de vie.

Par ailleurs, en première lecture, nous avons précisé ce que recouvrait la notion de phase avancée, en reprenant la définition de la HAS.

Les amendements AS437 et AS561 visent à substituer aux critères de l'affection et de la souffrance ceux définis par la loi Claeys-Leonetti actuellement en vigueur, à savoir une « affection grave et incurable engageant son pronostic vital à court terme ». Adopter ces amendements conduirait à ne pas modifier les critères d'accès par rapport au droit existant. Ils videraient ainsi l'article de sa substance,

écartant des personnes pourtant visées initialement, par exemple atteintes de maladies neurodégénératives.

Avis défavorable.

Mme Annie Vidal (EPR). Je soutiens ces amendements. D'une part, à l'issue du vote du texte en première lecture, de nombreux professionnels de santé se sont inquiétés de la rédaction de ces critères, qui rend selon eux l'appréciation de la demande du patient assez complexe. Compte tenu de la gravité du sujet, cela me semble important.

D'autre part, même si le texte prévoit que seul le patient peut contester la décision du professionnel de santé, le Conseil d'État a précisé que la famille pourrait également présenter un recours, fondé sur l'appréciation des critères. Cette rédaction expose particulièrement les professionnels de santé, ce dont ils n'ont vraiment pas besoin en l'état actuel des choses.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). De mon côté, les professionnels que j'ai rencontrés m'ont tenu le discours inverse : la rédaction précise de cette condition, qui se cumule avec les autres critères, garantit un cadre sécurisé pour les équipes médicales qui accompagneront le demandeur. En effet, l'alinéa 7 prévoit que la personne doit être « atteinte d'une affection grave et incurable, [...] 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 ».

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS141 de Mme Marie-France Lorho et AS226 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Lisette Pollet (RN). Une personne atteinte d'anorexie mentale qui met ses jours en danger souffre-t-elle d'une « affection grave et incurable » ? Pourra-t-elle demain être éligible au suicide assisté et à l'euthanasie ? N'est-ce pas là reconnaître la défaite des pouvoirs publics et leur incapacité à répondre à toutes les maladies psychiques de type dépressif ? Cet alinéa est beaucoup trop approximatif et ouvre les portes à un nombre de cas beaucoup trop élevé. L'amendement de repli AS141 tend donc à limiter la notion d'affection grave à une maladie physique, excluant les maladies d'ordre mental.

Mme Justine Gruet (DR). Si vous refusez tous nos amendements, quel est l'intérêt de ce débat éthique ? Je propose de remplacer le terme de « affection » par celui de « pathologie ». En effet, « affection », par sa portée sémantique large et peu précise, peut englober des situations très diverses et inclure des états qui ne relèvent pas à proprement parler d'une pathologie médicale évolutive ou d'une atteinte grave au pronostic vital, ce qui tendrait à fragiliser le cadre juridique du dispositif. À

l'inverse, la notion de pathologie renvoie à une réalité médicale objectivable, caractérisée, diagnostiquée et encadrée par des critères cliniques reconnus.

Je crains que l'usage du terme d'affection puisse assimiler, directement ou indirectement, le handicap à une cause légitime d'euthanasie, ce qui créerait un risque éthique majeur. Si le handicap ne peut être un facteur d'exclusion de l'accès à ce nouveau droit, il ne saurait en revanche être un élément permettant d'y accéder. Mon amendement vise donc à renforcer la sécurité juridique du dispositif et à clarifier l'intention du législateur.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Le terme d'affection, tout à fait clair, est celui qui est le plus utilisé dans le code de la santé publique, notamment dans les articles liés à la fin de vie et à la loi Claeys-Leonetti, par exemple pour la définition de la sédation profonde et continue mise en œuvre afin de ne pas subir d'obstination déraisonnable ou pour la hiérarchisation des modalités d'expression de la volonté du patient en fin de vie. Quant à l'idée que cette pathologie doive être « physique », nous en parlerons plutôt à propos de l'alinéa suivant. Ici, sa mention serait source de confusion plus que de clarification.

Avis défavorable aux deux amendements.

Mme Justine Gruet (DR). Ne comparons pas ce nouveau droit avec la loi Claeys-Leonetti, qui considère l'engagement du pronostic vital à court terme, ce qui, sur le plan éthique, a une portée très différente.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis suivant l'avis de la rapporteure, elle rejette l'amendement AS625 de M. Christophe Bentz.

Amendements identiques AS33 de M. Patrick Hetzel, AS194 de Mme Annie Vidal, AS578 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS623 de M. Christophe Bentz

M. Patrick Hetzel (DR). Mon amendement vise à supprimer, à la fin de l'alinéa 7, les mots : « quelle qu'en soit la cause ». La précision n'est pas nécessaire, car le texte prévoit déjà trois critères cumulatifs qui encadrent le dispositif. Cet ajout qui n'est pas de nature juridique risquerait donc d'ouvrir ce droit à des personnes qui, à en juger par les débats que nous avons eus, ne seraient *a priori* pas éligibles. Au nom de l'équilibre et de la clarté que vous évoquez souvent, monsieur le rapporteur général, il faut rester prudents.

Mme Annie Vidal (EPR). L'origine de la maladie ou de l'affection n'est pas à prendre en compte car les critères fixés encadrent suffisamment l'accès. On peut présupposer, au vu notamment des débats que nous avons eus en première lecture, que l'objectif du texte était bien d'ouvrir ce droit au plus grand nombre, ce qui ne me semble pas souhaitable. Il est donc préférable de supprimer l'expression « quelle qu'en soit la cause », pour éviter redondances et incompréhensions.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). Une affection grave et incurable s'apprécie en fonction de caractéristiques médicales objectives, indépendamment de son origine. L'expression « quelle qu'en soit la cause » n'a aucune valeur normative et alourdit le texte. Dans un souci de clarté, il est préférable de la supprimer.

M. Christophe Bentz (RN). Nous demandons également la suppression de cette formule qui n'apporte rien, pourrait induire un élargissement démesuré et suscite de nombreux risques. Cette formule est un « anti-garde-fous ».

Monsieur le rapporteur général, madame la rapporteure, êtes-vous en mesure de nous dire combien de personnes seraient éligibles avec les critères cumulatifs actuels ?

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Il y a mésentente sur la portée de cette mention. Pour certains, elle aurait ouvert l'aide à mourir aux situations consécutives à un accident ; or ce cas est déjà couvert par le texte initial dès lors que la personne répond à tous les critères prévus à l'article 4, notamment lorsque son pronostic vital est engagé et qu'elle est apte à exprimer une volonté libre et éclairée. La notion d'« affection » est en effet englobante, et c'est davantage l'état de la personne que l'origine de cet état qui nous importe.

Avis défavorable.

Mme Annie Vidal (EPR). Je ne comprends pas. Vous émettez un avis défavorable tout en disant que ce qui compte n'est pas la cause, mais bien l'état de la personne. Il serait donc logique de supprimer les mots « quelle qu'en soit la cause » ! Si ce qui motive l'accès est bien l'état de la personne et non l'origine de la maladie, vous devriez rendre un avis favorable.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Votre préoccupation était déjà satisfaite en première lecture.

La commission rejette les amendements.

Amendements AS227 de Mme Justine Gruet, AS178 de Mme Marie-France Lorho et AS455 de Mme Sandrine Dogor-Such (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Je retire mon amendement.

Par ailleurs, le maintien de cette expression « quelle qu'en soit la cause » me semble s'expliquer par une volonté de votre part de parvenir à un vote conforme. Si tel est le cas, dites-le-nous, que nous ne perdions pas des heures dans ce débat. Aucun de nos amendements n'a encore été adopté, alors que nous proposons des critères objectifs afin de clarifier la situation.

Mme Lisette Pollet (RN). Le pronostic vital d'une personne atteinte d'une maladie peut être engagé, dans plusieurs cas, de manière temporaire. Une personne

anorexique, par exemple, souffre d'une pathologie incurable – car on n'en guérit jamais vraiment – et peut voir son pronostic vital engagé, généralement sur le long terme. L'amendement AS178 tend donc à fixer comme critère l'engagement du pronostic vital « à court terme », de manière à limiter le plus possible le recours au suicide délégué ou assisté.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Mon amendement vise à sécuriser le dispositif et à garantir sa bonne application. Il ne remet pas en cause l'équilibre du texte, mais le clarifie, le rend plus opérationnel et évite également des interprétations divergentes. C'est une mesure de cohérence juridique et d'efficacité, attendue d'ailleurs sur le terrain.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Madame Gruet, il ne peut pas y avoir de vote conforme, puisque le texte fera l'objet d'une deuxième lecture au Sénat. En revanche, nous souhaitons maintenir l'équilibre, la solidité et la cohérence de la proposition de loi. En première lecture, nous avons eu 1 200 amendements à examiner, dont 600 issus d'auteurs hostiles au texte et 600 d'auteurs favorables. Nous en avons 600 aujourd'hui : je n'en conclus pas qu'ils sont tous déposés par des parlementaires hostiles au texte, mais l'immense majorité visent tout bonnement à vider le texte de sa substance. Ne soyez pas surpris que ceux qui sont favorables au texte votent contre ! C'est une question de cohérence.

Mme Annie Vidal (EPR). Compter l'origine de la maladie parmi les critères d'éligibilité fragilise considérablement les choses, en ouvrant la porte à un nombre beaucoup plus important de personnes et en multipliant les recours possibles de la part des familles quant à l'appréciation des critères. Je n'appelle pas cela de la solidité.

L'amendement AS227 étant retiré, la commission rejette successivement les amendements AS178 et AS455.

Amendement AS302 de Mme Marine Hamelet

Mme Marine Hamelet (RN). Notre devoir de législateur est de poser des limites nettes, afin que ce texte se borne strictement à être ce qu'il prétend être, à savoir une loi relative uniquement à la fin de vie. Cet amendement vise donc à restreindre l'accès à l'euthanasie ou au suicide assisté aux seuls patients en phase terminale de leur maladie, en écartant la notion de « phase avancée », notion floue, extensible et juridiquement dangereuse. Avec cette rédaction, des patients atteints de maladies certes graves et incurables, mais dont la survie médiane peut aujourd'hui dépasser cinq ans grâce aux progrès de la médecine, pourraient entrer dans le champ du dispositif. S'agit-il alors toujours de fin de vie ? Si ces conditions d'accès ne sont pas sécurisées, il ne sera plus question d'accompagnement de la fin de vie, mais d'anticipation programmée de la mort.

Cet amendement invite donc à la cohérence : soit il faut cadrer les conditions d'accès, soit il faut avoir l'honnêteté de changer le titre de cette proposition de loi qui, dans sa rédaction actuelle, n'est factuellement pas restreinte à la fin de vie.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cet amendement exclut du dispositif des patients qui sont en phase terminale mais dont l'évolution de l'affection pourrait être ralentie par des traitements. Il équivaut à vider de leur substance l'article et la proposition de loi. En outre, il contrevient directement au quatrième critère, qui prévoit que la personne peut être réfractaire au traitement.

Avis défavorable.

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

Amendement AS125 de M. Hadrien Clouet

M. René Pilato (LFI-NFP). Cet amendement vise à répondre à la situation difficile de personnes qui savent qu'elles vont mourir et ne supportent plus un traitement qui les oblige, par exemple, à courir fréquemment aux toilettes ou suscite la pitié de leurs proches. Puisque le pronostic vital est engagé, l'arrêt du traitement ne devrait pas remettre pas en cause la possibilité d'accéder à l'aide à mourir.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Cet amendement est superfluetatoire, car satisfait par la rédaction actuelle : c'est bien l'affection qui engage le pronostic vital, indépendamment des soins. Mon avis défavorable ne porte donc pas sur le fond, mais sur la forme, car il alourdit le texte et n'apporte rien.

*L'amendement est **retiré**.*

Amendement AS203 de Mme Marine Hamelet

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement vise à supprimer la notion de « phase avancée », critère trop large et trop flou.

Monsieur le rapporteur général, madame la rapporteure, vous n'avez toujours pas répondu à ma question : en l'état des critères cumulatifs actuels, avant l'adoption de notre amendement, combien de personnes seraient éligibles ?

Mme Brigitte Liso, rapporteure. La notion de phase avancée ne sort pas de nulle part et n'est pas vague : elle existe déjà dans le droit français depuis la loi Leonetti de 2005 et a également été retenue dans la loi Claeys-Leonetti de 2016. Elle est aussi utilisée pour l'accès aux traitements antalgiques et sédatifs en cas de souffrances réfractaires susceptibles d'avoir pour effet secondaire d'abrèger la vie.

Par ailleurs, nous avons directement précisé dans cet article, en première lecture, le sens de cette notion, en transposant la définition de la HAS : 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.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS6 de M. Fabien Di Filippo

Mme Sylvie Bonnet (DR). La notion de phase avancée est trop vague. La loi distingue en effet la phase avancée d'une affection grave et incurable, où la maladie évolue de manière irréversible mais où la mort n'est pas imminente, de la phase terminale, qui correspond aux tout derniers jours ou semaines de vie. L'aide à mourir est envisagée dans la phase avancée, tandis que la phase terminale relève des soins palliatifs et de l'accompagnement de fin de vie. À titre d'exemple, en Belgique, 932 patients dont le décès n'était pas attendu à brève échéance ont été euthanasiés en 2024, soit une augmentation de 30,7 % en un an. Il convient donc de ne conserver que le critère de phase terminale.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Pour les mêmes raisons que précédemment, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS228 de Mme Justine Gruet

Mme Josiane Corneloup (DR). La notion de phase avancée ne fait l'objet d'aucune définition médicale univoque et repose en pratique, comme le confirme la HAS, sur une appréciation clinique nécessairement complexe, tenant compte de l'évolution de la pathologie, du pronostic, de la réponse aux traitements et de l'état général du patient. Cette appréciation peut donner lieu à des interprétations variables selon les praticiens et les établissements.

Dans un contexte aussi grave et irréversible que celui de l'accès à l'aide à mourir, il apparaît indispensable de renforcer les garanties afin d'assurer à la fois la protection du patient, la sécurité juridique des professionnels de santé et l'homogénéité des pratiques sur l'ensemble du territoire. Cet amendement vise donc à soumettre l'appréciation de l'entrée du patient dans une phase avancée de sa maladie à une procédure collégiale.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. L'amendement est satisfait par la rédaction de l'article 6, qui prévoit déjà que, pour procéder à l'appréciation des conditions mentionnées aux 3° à 5° de l'article 4 – la condition de phase avancée étant mentionnée au 3° –, le médecin met en place une procédure collégiale. Je demande donc le retrait de l'amendement.

M. Thibault Bazin (DR). Nous avons effectivement fait évoluer le texte, à la faveur d'un travail mené par le président Frédéric Valletoux sur la collégialité. Cependant, il ne suffit pas de dire qu'il y a une procédure collégiale : il faut que le droit soit effectif sur l'ensemble du territoire. J'espère que cette nouvelle lecture nous permettra de rendre vraiment effective cette collégialité, ce qui n'est pas le cas dans la rédaction actuelle.

Quant à la notion de phase avancée, elle peut englober un nombre très important de personnes. Or nos concitoyens nous demandent qui sera concerné par ce texte : les personnes en fin de vie ou celles qui, dans un processus certes irréversible, atteintes d'une pathologie grave et incurable, ont peut-être encore quelques années à vivre ? Il faut clarifier : qui est visé, quel est l'esprit du législateur ?

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS230 de Mme Justine Gruet

Mme Josiane Corneloup (DR). Pour que le consentement de la personne soit libre et éclairé, elle doit avoir le choix entre l'assistance médicale à mourir et la possibilité de recourir aux soins palliatifs, plus particulièrement à la sédation profonde et continue. On ne peut garantir un service d'aide à mourir dans tous les établissements sans garantir également un service de soins palliatifs, *a fortiori* quand on sait quelle l'influence ces soins peuvent avoir sur le souhait de mourir.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cet amendement risquerait d'entraver la volonté des malades qui ne souhaitent pas attendre qu'une offre de soins palliatifs soit disponible sur leur territoire. Je rappelle à cet égard les principes fondamentaux de l'autonomie du patient, tels que décrits par la loi Kouchner du 4 mars 2002. Le droit de refuser un traitement, même vital, est aujourd'hui pleinement établi et encadré, notamment dans le contexte de la fin de vie. Surtout, l'article 5 de la proposition de loi prévoit que le médecin propose à la personne de bénéficier des soins palliatifs et s'assure, le cas échéant, qu'elle puisse y accéder. La proposition de loi relative aux soins palliatifs, qui va de pair avec le présent texte, prévoit un mécanisme d'urgence pour garantir l'accès aux soins palliatifs sur tout le territoire.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS7 de M. Fabien Di Filippo, AS35 de M. Patrick Hetzel et AS626 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'ouverture de l'euthanasie ou du suicide assisté à des personnes dont la souffrance psychologique serait insupportable risque de donner lieu à de nombreuses dérives. Lors des auditions réalisées autour de ce texte, des experts ont relevé qu'elle introduisait un fort risque de confusion entre une

volonté de mettre fin à des souffrances et des pulsions suicidaires. De plus, l'intensité de la souffrance psychologique est particulièrement difficile à évaluer, d'autant que cette loi n'impose même pas une consultation psychiatrique pour les personnes demandant à être euthanasiées.

M. Patrick Hetzel (DR). Les psychiatres nous alertent – d'ailleurs, dans le dispositif en vigueur dans l'Oregon par exemple, la consultation d'un psychiatre est essentielle. Ils soulignent qu'il faut bien discerner les choses en matière de souffrance psychologique, car le risque existe vraiment de donner accès à l'aide à mourir à un patient qui aurait pu être pris en charge et avoir une bonne qualité de vie grâce à des dispositifs médicaux. Nous devons absolument y veiller. Comme le disait voilà quelques instants le rapporteur général, nos concitoyens nous interrogent sur le périmètre d'éligibilité : il faut être très précis et éviter de telles dérives.

M. Christophe Bentz (RN). Mon amendement de repli vise à restreindre l'aide à mourir aux personnes subissant des souffrances physiques réfractaires aux traitements, en excluant les souffrances psychologiques des critères permettant de la demander. Il faudra en outre corriger une erreur rédactionnelle en supprimant la mention d'une souffrance psychologique à l'alinéa 8, puisque le même alinéa dispose, plus bas, que la souffrance psychologique ne peut pas être un critère.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Pour éviter les confusions, je rappelle fermement que le texte n'ouvre pas l'accès à l'aide 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. La souffrance doit, par ailleurs, être directement liée à l'affection et être soit réfractaire au traitement, soit insupportable. Ces conditions s'ajoutent à toutes les conditions de procédure prévues par le texte.

Ensuite, il apparaît essentiel que le collège pluriprofessionnel puisse prendre en compte 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 établir une hiérarchie entre les souffrances physiques et psychologiques, les unes insupportables, les autres non. Restreindre le texte aux seules souffrances physiques serait excessif, réduirait sa portée et modifierait profondément son équilibre.

Avis défavorable.

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

Amendements identiques AS372 de M. Thibault Bazin, AS456 de Mme Sandrine Dogor-Such et AS628 de M. Christophe Bentz, amendements AS579 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS379 de Mme Marie-France Lorho (discussion commune)

M. Thibault Bazin (DR). Mes amendements de réécriture de l'article 4 ayant été jugés irrecevables, je ne puis évoquer les personnes privées de liberté ou souffrant d'une affection particulière, alors que j'aurais souhaité être force de proposition sur les critères les concernant.

L'un de mes rares amendements recevables concerne l'ambiguïté qui demeure autour des souffrances psychologiques. L'alinéa 8 mentionne en effet une souffrance « physique ou psychologique ». Or certaines personnes peuvent n'avoir que des souffrances psychologiques, sans souffrances physiques. La rédaction actuelle ouvre donc un champ très vaste. La question a été posée de savoir combien de personnes seront éligibles avec les critères que nous posons : la représentation nationale et de façon générale la société ont besoin de connaître la réponse. Le « ou psychologique » ouvre la porte à des cas auxquels la société doit donner une autre réponse que l'administration d'une substance létale. C'est une alerte collective, et d'autant plus après l'année de la santé mentale. Il faut à tout le moins réécrire cet élément.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Mon amendement est un amendement de cohérence, car l'expression « ou psychologique » qui apparaît dans la première phrase de l'alinéa 8 est en contradiction avec la dernière phrase du même alinéa, selon laquelle « une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir ». Il faut lever cette ambiguïté patente. J'ajoute que les souffrances psychologiques et mentales liées à l'affection engagent une augmentation de la souffrance physique.

M. Christophe Bentz (RN). Une souffrance physique entraîne systématiquement des souffrances psychologiques. Quoi qu'il en soit, nos amendements AS628 et AS379 sont purement rédactionnels, puisqu'il faut régler la contradiction qui existe entre le début et la fin de l'alinéa.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). En première lecture, le texte parlait de souffrance physique « et » psychologique et nous avons préféré écrire « ou ». Je propose une nouvelle modification pour remplacer le « ou » par « et, le cas échéant, ». En effet, s'il n'est pas systématique que la souffrance psychologique suive la souffrance physique, c'est le plus souvent le cas. Cette proposition de consensus me semble propre à lever l'ambiguïté qui existe depuis que l'amendement de Mme Colin-Oesterlé a précisé que « une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir ».

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Sur le fond, je ferai la même réponse que précédemment. Avis donc défavorable. Je précise que nous serons plus tard favorables à un amendement proposant de supprimer une partie de l'alinéa 8.

M. Patrick Hetzel (DR). Jusqu'ici, il était question, dans nos débats, de douleurs irréfragables ; désormais, le dispositif n'est manifestement plus limité à ces douleurs. Cela nous fait passer d'une loi d'exception, concernant quelques cas, à une

disposition générale. Compte tenu des critères actuels de l'article 4 en effet, l'éligibilité au dispositif sera très large.

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

*

* *

2. Réunion du mercredi 4 février 2025 à 15 heures (article 4 [suite] à article 6)

La commission poursuit l'examen, en deuxième lecture, de la proposition de loi, rejetée par le Sénat, relative au droit à l'aide à mourir (n° 2401)⁽¹⁾.

Article 4 (suite) : Conditions d'accès à l'aide à mourir

Amendement AS698 de Mme Brigitte Liso, amendements identiques AS119 de Mme Océane Godard et AS135 de M. René Pilato (discussion commune)

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Je souhaite remplacer « constante » par « persistante ». La notion de douleur constante indique une linéarité de la souffrance, alors que chacun sait que celle-ci peut connaître des variations.

Mme Océane Godard (SOC). Je ne comprends pas bien. J'ai vérifié les définitions : « constant » désigne le caractère de quelque chose qui reste identique, qui ne varie pas ; « persistant », le caractère de ce qui persiste, dure et ne change pas ; les deux termes sont présentés comme synonymes.

Notre amendement vise à supprimer le terme « constante » pour substituer à ce critère temporel d'appréciation de la souffrance insupportable une approche médicale, collégiale et individualisée.

La procédure est très encadrée par le texte. Le caractère libre et éclairé de la volonté du patient est vérifié à maintes reprises. À cela s'ajoutent les déclarations des médecins. La proposition de loi n'est pas permissive.

M. René Pilato (LFI-NFP). Je dirais même que c'est le caractère intermittent d'une souffrance qui la rend insupportable : quand elle est constante, au bout d'un moment, on s'y fait. Mais quand la personne sait qu'elle va mourir, qu'elle réunit les critères requis pour demander l'aide à mourir et que, quels que soient les traitements, sa souffrance va et vient, cela la rend de plus en plus difficile à supporter, y compris psychologiquement. C'est ce qui mine progressivement son moral et la conduit à vouloir en finir. Il ne faut donc préciser ni « constante » ni « persistante » et parler simplement de souffrance physique ou psychologique.

(1) <https://assnat.fr/ZOwE43>

Mme Brigitte Liso, rapporteure. La sémantique n'est pas évidente. Pour moi, quelque chose de persistant est durable mais peut varier, tandis qu'un phénomène constant dure sans variation. Je vais retirer mon amendement, mais je suis défavorable aux deux autres, car je ne souhaite pas qu'on ne qualifie pas du tout la souffrance.

L'amendement AS698 est retiré.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). J'avais moi aussi du mal à comprendre la différence entre « constante » et « persistante ».

L'enjeu est de ne pas étendre aux souffrances ponctuelles le champ des conditions d'accès à l'aide à mourir. De même, je mets en garde contre les propositions qui seront faites ultérieurement à propos du critère de souffrance psychologique et qui conduisent à ouvrir ce champ.

Monsieur le rapporteur général, vous nous dites que l'on est parvenu à un texte cadré et équilibré auquel il ne faut plus toucher, mais le recours à cet argument semble varier en fonction de qui avait proposé les amendements ayant amené à cet équilibre – qui ont été adoptés, je le rappelle.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Il n'est pas question d'une décision qui serait effective dans l'heure qui suit. Parler de douleurs ponctuelles suffisamment insupportables pour entraîner une demande d'aide à mourir dans l'heure ne correspond pas au texte en discussion ; je ne vois pas ce que cela apporte, à part alimenter des fantasmes.

Il s'agit ici de douleurs réfractaires, c'est-à-dire non soulagées par la médication – elles sont donc, de fait, persistantes –, si insupportables qu'on en finit par demander l'aide à mourir. Vous tergiversez pour le principe au lieu de vous attacher au bien des personnes pour lesquelles nous légiférons.

M. Olivier Falorni, rapporteur général de la proposition de loi. Je suis d'accord à la fois avec Mme Colin-Oesterlé et avec Mme Amiot, et il ne s'agit pas d'un équilibre précaire – voici pourquoi.

Vous estimez, madame Colin-Oesterlé, que nos avis sont fonction des auteurs des amendements. Nous avons dit que nous étions défavorables à la suppression du mot « constante » : nous sommes, pour le coup, constants ; nous sommes donc, comme vous, défavorables aux amendements qui proposent cette suppression.

Mais je suis d'accord avec Mme Amiot, et c'est précisément pourquoi il est inutile de supprimer le mot « constante », à moins de vouloir donner des arguments à ceux qui prétendent que, ce faisant, nous ouvririons de façon inconsidérée l'accès à l'aide à mourir – ce qui est faux, puisqu'en réalité « constante » est redondant par rapport à « réfractaire ».

Restons-en à la rédaction actuelle du texte. Nous retirons la proposition d'introduire le mot « persistante », car elle suscite des interrogations, mais il serait judicieux de garder « constante » en complément de « réfractaire », qui met tout le monde d'accord. Par constance, par cohérence et même par prudence, je vous invite, mes chères collègues, à retirer vos amendements.

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

Amendement AS627 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Cet alinéa 8 comporte plusieurs contradictions ou imprécisions. Ici, nous proposons, comme nous l'avons déjà fait au cours des précédentes étapes de l'examen du texte, de ne pas distinguer souffrance réfractaire aux traitements et souffrance insupportable selon la personne elle-même.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cet amendement n'apporte aucune nouveauté. Une souffrance réfractaire aux traitements est par définition insupportable.

Défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). La même phrase parle de souffrance réfractaire aux traitements et du choix d'arrêter de recevoir un traitement. La douleur n'est pas réfractaire s'il existe un traitement permettant de la soulager.

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

Amendements AS425 de Mme Christine Loir, AS585 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé, AS424 de Mme Christine Loir, AS400 de Mme Lisette Pollet, amendements identiques AS166 de Mme Marie-France Lorho et AS231 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). La souffrance doit être médicalement constatée, réfractaire aux traitements et persistante malgré une prise en charge adaptée. Sinon, on bascule dans un critère purement subjectif ; de plus, une souffrance fluctuante peut être réversible. Nous avons le devoir d'être prudents. Notre amendement AS425 rétablit donc un critère médical solide, protecteur et responsable.

Par ailleurs, les douleurs réfractaires relèvent de la loi Claeys-Leonetti : le patient peut être soulagé dans un premier temps par une sédation partielle et dans un deuxième temps, s'il en est décidé ainsi, par une sédation profonde et continue. Il convient de suivre ces étapes, d'inscrire dans la loi des termes efficaces et de prévoir des critères médicaux solides.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Dans la rédaction actuelle, le caractère insupportable de la souffrance n'est retenu que quand la personne choisit

d'arrêter ou de refuser un traitement. Nous proposons de lui substituer une formulation inspirée du droit canadien, qui exige cumulativement que la souffrance soit insupportable et ne puisse être apaisée dans des conditions jugées acceptables par la personne, quelle que soit la situation du patient.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement AS424 est défendu.

Mme Lisette Pollet (RN). Mon amendement vise à empêcher une dérive majeure. La rédaction actuelle permettrait de recourir à l'euthanasie alors même qu'un traitement efficace existe, du moment qu'il a été refusé. Nous nous opposons à cette logique. Le dispositif ne doit viser que les souffrances effectivement irréductibles en dépit des traitements administrés. Sinon, la loi ne soulage plus la souffrance, elle entérine un renoncement aux soins.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement AS166 est défendu.

Mme Justine Gruet (DR). Mon amendement vise à supprimer la possibilité de fonder la demande sur une souffrance insupportable résultant du choix d'arrêter le traitement.

En effet, la procédure ne saurait avoir pour objet de satisfaire une volonté générale de choisir le moment et les conditions de son décès à la suite d'une décision personnelle d'arrêt de traitement. Le droit en vigueur reconnaît pleinement la liberté de refuser ou d'interrompre un traitement, conformément au principe de consentement libre et éclairé et au respect de l'autonomie du patient. Cette liberté fondamentale ne saurait toutefois emporter par elle-même le droit de solliciter une aide à mourir en raison des conséquences prévisibles de ce choix. En permettant de fonder l'accès à mourir sur une souffrance résultant directement d'une décision d'arrêt de traitement, le dispositif introduirait un glissement substantiel dans la finalité du texte. Une telle évolution en excéderait l'objet et en modifierait profondément la nature.

Il s'agit de réaffirmer la distinction entre le droit du patient de refuser ou d'interrompre un traitement, qui doit être pleinement garanti, et l'accès à l'aide à mourir, qui doit demeurer strictement réservé à des situations médicales exceptionnelles et indépendantes d'un choix délibéré d'interruption de traitement.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. La rédaction de l'amendement AS425 semble imprécise. Dans la rédaction actuelle, il apparaît clairement que la souffrance est liée à l'affection et qu'elle est constatée par un médecin. Par ailleurs, à l'article 6, il est tout aussi clairement prévu que l'ensemble des critères de l'article 4, dont celui de la souffrance réfractaire, fasse l'objet d'une vérification par le collège pluridisciplinaire. L'idée de prise en charge appropriée figure, elle, à l'article 5, qui dispose que le médecin propose à la personne de bénéficier de soins palliatifs et s'assure, le cas échéant, qu'elle peut y accéder.

L'amendement AS585 n'apporte rien de particulier.

Les amendements suivants entrent en contradiction avec la loi Kouchner, qui impose de respecter les principes fondamentaux de l'autonomie du patient.

Avis défavorable à l'ensemble des amendements.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). La souffrance, ça se mesure. Ensuite, il faut trouver un traitement adapté à la personne. Certains patients subissent des effets secondaires et développent des allergies ; certaines équipes ne maîtrisent pas très bien la gestion de ces thérapeutiques – la prise en charge ne se déroule pas toujours en milieu hospitalier. Les souffrances sont toujours en lien avec la maladie incurable en phase avancée. Les gens ont le droit de refuser un traitement, par exemple une chimiothérapie dite de confort quand leur maladie est en phase terminale et que leurs douleurs sont insupportables et irréductibles par les traitements.

M. Thibault Bazin (DR). La rédaction du texte pose plusieurs questions. Les amendements le montrent, on a du mal à définir le caractère insupportable des souffrances. Une souffrance peut être réfractaire mais pas insupportable. Il y a aussi une confusion entre douleur et souffrance – les deux termes ont été employés indifféremment dans le débat ; or la souffrance est une notion beaucoup plus globale, qui intègre une part de ressenti. Enfin, certains parlent d'arrêt de traitement, mais, dans ce cas, les soins, eux, ne s'arrêtent pas : la notion de soin est beaucoup plus globale que celle de traitement. On peut même souffrir moins en fin de vie qu'auparavant.

Si le critère doit être une souffrance réfractaire insupportable, il faut être plus précis. Nous avons encore besoin de travailler à la rédaction d'ici à la séance.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Si je suis bien le raisonnement des défenseurs des amendements, une personne qui aurait renoncé au traitement – ce qui peut être lié aux effets secondaires de celui-ci et non à l'affection elle-même – ne pourrait pas bénéficier de l'accompagnement permis par le texte : il faudrait la laisser partir dans des souffrances insupportables. Mais c'est une question d'humanité ! Pour elle, ce serait la double peine. De plus, les personnes qui renonceront au traitement ne voudront pas systématiquement recourir à l'aide à mourir. Toutefois, au nom de l'égalité des citoyens devant le droit, il faudra qu'elles puissent y accéder.

Mme Annie Vidal (EPR). Lors des auditions, le président de la Société française d'étude et de traitement de la douleur, qui est psychiatre, nous a alertés sur le fait que le caractère insupportable de la douleur psychique est inévaluable, alors que la douleur physique peut être mesurée sur une échelle. Sur le plan psychologique, un même niveau de douleur, supportable pour quelqu'un, ne le sera pas pour quelqu'un d'autre. Cette impossibilité d'évaluation objective fragilise la notion de douleur insupportable.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS156 et AS167 de Mme Marie-France Lorho (discussion commune)

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Selon le serment d'Hippocrate, le premier souci des professionnels de santé est de « *rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux* ». L'instauration du suicide assisté ou délégué induira nécessairement un changement de paradigme en entrant en contradiction avec cette obligation de dispenser des soins.

L'amendement AS156 tend donc à rappeler que les patients doivent avoir bénéficié de tous les soins accessibles avant de pouvoir faire la demande.

Mme Lisette Pollet (RN). L'amendement AS167 rappelle un principe essentiel : chacun a le droit de refuser un traitement, mais ce refus ne peut engager la société et l'amener à provoquer la mort. Autoriser le suicide assisté ou l'euthanasie sur ce fondement inverserait la hiérarchie des principes : la demande de mort primerait sur le devoir de soin alors que tout médecin est tenu de soigner et de soulager. Ouvrir cette porte risque de banaliser la mort de personnes qui pourraient encore recevoir des soins, ce qui fragiliserait notre pacte de solidarité et la protection des plus vulnérables.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Comme les précédents, ces amendements sont en contradiction avec la loi Kouchner : ils ne respectent pas les principes fondamentaux de l'autonomie du patient.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (DR). L'idée n'est pas de remettre en cause la loi Kouchner. Tous ici, je crois, nous sommes opposés à l'obstination déraisonnable : une personne doit pouvoir arrêter un traitement. Mais ici, il s'agit de l'éligibilité à l'administration d'une substance létale, qui est un geste actif.

On nous a dit que le dispositif était destiné à des personnes subissant des souffrances réfractaires, en fin de vie, dont le pronostic vital est engagé à court terme ; ici, on voit bien qu'on s'éloigne de ces situations.

Nous parlions ce matin des 9 personnes sur 100 qui maintiennent leur demande d'aide à mourir après avoir eu accès aux soins palliatifs, contre 91 qui y renoncent.

Il faut respecter la loi Kouchner, mais définir plus précisément les critères d'éligibilité à l'aide à mourir pour ne pas ouvrir des possibilités qui ne seraient pas éthiques.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS121 de Mme Océane Godard et AS136 de M. Hadrien Clouet

Mme Océane Godard (SOC). Notre amendement vise à faire reconnaître la souffrance psychologique parmi les critères. Le texte instaure une hiérarchie silencieuse des souffrances : il reconnaît pleinement la douleur mais exclut la détresse psychique. Cette séparation ne correspond ni aux enseignements de la médecine contemporaine, ni à ceux du droit comparé, ni à la réalité vécue et ressentie par les patients. La littérature médicale et les rapports de la Haute Autorité de santé (HAS) soulignent que, dans les maladies graves incurables, la souffrance psychologique est indissociable de la souffrance physique. La Cour européenne des droits de l'homme ne distingue pas la nature de la souffrance. Exclure la dimension psychologique des critères d'appréciation de la souffrance, c'est rompre avec une approche holistique qui lie le physique, le mental et l'émotionnel.

Cet amendement ne retire aucun garde-fou ; il rétablit la cohérence du point de vue médical et éthique.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Par notre amendement AS136, nous souhaitons supprimer la phrase « une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir ». Elle est en contradiction avec le reste du texte. En particulier, le terme de souffrance utilisé plus haut dans cet article n'a pas un sens purement physique. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la souffrance est une expérience douloureuse, qu'elle soit physique ou mentale – d'ailleurs, les deux s'entretiennent l'une l'autre. Écarter la souffrance psychique des critères d'accès à l'aide à mourir revient à hiérarchiser les souffrances ; c'est un non-sens.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je l'ai dit, je suis attaché à la constance, mais aussi à la cohérence. Je suis donc favorable à ces amendements. Il n'y a pas de hiérarchie des souffrances ; c'est le sens de ce que nous avons voté en première lecture, comme plus récemment en rejetant des amendements visant à réintroduire une telle hiérarchie.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Ce matin, nous avons proposé – c'était un amendement de ma collègue Agnès Firmin Le Bodo – de mentionner dans la première phrase de cet alinéa une souffrance « physique et psychologique », en parfaite cohérence, justement, avec la dernière phrase dont nous sommes en train de parler. Vous avez émis un avis défavorable à cet amendement. J'insiste à nouveau : il s'agissait de cohérence et de constance par rapport à ce qui a été voté dans l'hémicycle. Un équilibre a été trouvé ; il doit être conservé. Les psychiatres nous mettent en garde contre les dangers de l'ouverture ici proposée.

M. René Pilato (LFI-NFP). Puisque vous parlez de cohérence, je vous relis l'alinéa 8 : « Présenter une souffrance physique ou psychologique constante [...]. Une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir. » Que l'on soit pour ou contre le texte, il y a là une contradiction. Je rejoins M. Falorni : puisque nous avons refusé de remplacer « ou » par « et », nous devons, par cohérence, voter pour ces amendements et retirer la dernière phrase.

M. Thibault Bazin (DR). Cette phrase fait partie du texte issu des travaux de l'Assemblée, que vous avez décrit, madame la rapporteure, monsieur le rapporteur général, comme solide, cohérent et sérieux. En la supprimant, on déséquilibre un texte que vous qualifiez d'équilibré.

Des millions de personnes éprouvent des souffrances psychologiques ; la santé mentale est un véritable défi dans notre pays. Ouvrir cette porte est très dangereux. Il faut voter contre ces amendements.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Il a été souligné depuis le début que les conditions figurant à l'article 4 sont cumulatives. La présentation qu'en donne M. Bazin laisse penser que si on supprime la phrase en question, des millions de personnes ayant des souffrances psychologiques pourraient avoir recours à l'aide à mourir. Mais c'est oublier le 3°, qui prévoit que la personne doit être atteinte d'une affection grave et incurable, qui engage le pronostic vital, en phase avancée, caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible. Il faut en outre que les souffrances psychologiques soient constantes et liées à une affection.

Il ne faut pas faire croire qu'en proposant de supprimer une phrase redondante l'amendement changerait quoi que ce soit à l'équilibre du texte.

M. Théo Bernhardt (RN). J'ai voté en faveur de la proposition de loi en première lecture parce que j'ai considéré qu'il fallait faire vivre le débat et que le texte était cadré.

Mais je m'inquiète vivement des conséquences de ces amendements. N'y a-t-il pas un risque de changement d'interprétation de la loi, ce qui conduirait à autoriser le recours à l'euthanasie ou au suicide assisté pour une personne dont les souffrances sont seulement psychologiques ?

Certains d'entre nous veulent ouvrir le droit à l'euthanasie ou au suicide assisté, mais ils ont peur d'évolutions futures. La phrase qu'il est proposé de supprimer les rassurait et elle avait permis qu'ils votent pour ou s'abstiennent. Si ces amendements étaient adoptés, ils pourraient finalement décider de voter contre. Rompre l'équilibre du texte est dangereux.

M. Philippe Vigier (Dem). Je suis très heureux de voir que certains, qui n'avaient pas voté ce texte en première lecture, considèrent désormais qu'il est équilibré. Il n'est jamais trop tard pour le reconnaître.

Monsieur Bazin, vous ne pouvez pas dire que des millions de personnes qui ont des souffrances psychologiques vont être concernées par cette loi. Ce n'est pas bien : vous créez des peurs. On sait que le dispositif repose sur une série de critères cumulatifs. N'utilisez plus cet argument.

Mme Annie Vidal (EPR). Quel que soit notre avis sur le texte, en tant que législateur, nous devons faire en sorte qu'il soit le moins possible sujet à interprétation, car cela pourrait exposer les professionnels à des risques de contentieux.

Il convient donc de conserver une phrase utile à la clarté du texte, ce qui empêchera quiconque d'essayer de remettre en cause une décision du médecin respectant les critères. Même si la formulation est un peu redondante, elle est absolument nécessaire pour sécuriser les procédures, les soignants et les personnes concernées.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Je ne suis pas d'accord avec Mme Vidal. C'est précisément en conservant cette phrase que l'on ouvre la porte à des interprétations.

Premièrement, l'article prévoit qu'il faut respecter toutes les conditions pour être éligible. Une personne qui souffrirait uniquement de manière psychologique ne peut donc pas obtenir l'aide à mourir.

Deuxièmement, le texte actuel mentionne les souffrances physiques ou psychologiques. Or la dernière phrase du même alinéa indique qu'une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir. C'est totalement contradictoire, puisqu'on peut la demander si l'on souffre psychologiquement et que l'on réunit les autres conditions.

Ce matin, plusieurs d'entre vous ont proposé des amendements au motif que cet alinéa était mal rédigé et introduisait une contradiction. Vous ne pouvez pas ensuite dire le contraire.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Je suis d'accord avec M. Delautrette. On sort une phrase de son contexte pour essayer de persuader que l'on va ouvrir très largement l'accès à l'aide à mourir. Ce faisant, on méconnaît le dispositif d'ensemble, qui repose sur le respect de critères cumulatifs. Il faut cesser de procéder ainsi et de vouloir faire croire que l'on va mettre fin aux jours de gens qui ne sont pas concernés par le texte.

Mme Justine Gruet (DR). Si ces amendements sont adoptés, on pourrait en arriver – quand tous les critères sont respectés – à déclencher automatiquement l'euthanasie lorsque l'arrêt d'un traitement entraîne des souffrances insupportables. C'est une rupture fondamentale en matière de prise en charge du patient. Cela reviendrait à demander aux professionnels de santé d'assumer directement les

conséquences d'une décision individuelle, dans un cadre qui dépasse la prise en charge des souffrances réfractaires à tout traitement liées à l'évolution naturelle de la pathologie.

Comment déterminer la constance d'une souffrance qui est très subjective ? Ce n'est pas possible dans un texte législatif. On va une nouvelle fois confier aux soignants la tâche d'opérer un tri des souffrances, alors qu'on sait qu'elles fluctuent beaucoup, notamment chez ces patients.

Si l'on admettait qu'une souffrance psychologique seule permet d'accéder à l'aide active à mourir, combien de personnes seraient éligibles ?

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). De même qu'il n'y a pas de « tourisme » en la matière, il n'y a pas non plus d'automatisme. Ce texte le garantit article après article. Les critères sont extrêmement bien définis et le dispositif repose avant tout sur la volonté réitérée de la personne. On ne va pas poursuivre les gens dans la rue avec des seringues !

Dans chacune de vos interventions, vous sous-entendez qu'il y aurait une faille par laquelle on s'engouffrerait pour que des millions de personnes bénéficient de ce nouveau droit. Je le rappelle fermement : ça n'est pas vrai.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Toute règle comprend ses exceptions, monsieur Bazin. J'avais eu l'occasion de dire en séance que ce texte est cohérent, à une exception près : la phrase qu'il est proposé de supprimer. Je m'étais opposé à l'amendement qui est à l'origine de celle-ci. Il avait été voté à un moment où le saucissonnage des critères avait porté ses fruits.

Je suis prêt à approuver cent fois une phrase indiquant qu'une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir, puisque cela correspond à la réalité du texte. Mais, en l'occurrence, nous rédigeons un article de loi, pas un exposé des motifs.

Je remercie M. Bernhardt pour son vote favorable en première lecture, mais je souligne que le texte adopté prévoyait explicitement qu'il faut présenter une souffrance physique ou psychologique. Peut-être vous êtes-vous trompé lors du vote, mais j'en doute.

Le travail de législateur conséquent que nous faisons vise à assurer la cohérence d'un article, ni plus ni moins. On peut être en désaccord et considérer qu'il y a une hiérarchie des souffrances, mais ce n'est pas ce que nous avons voté démocratiquement.

Pour toutes ces raisons, j'invite à adopter ces deux amendements, afin de pouvoir dire encore une fois que ce texte est équilibré, solide et, enfin, cohérent.

*La commission **adopte** les amendements.*

En conséquence, l'amendement AS233 de Mme Justine Gruet tombe.

Amendement AS562 de M. Julien Odoul

M. Christophe Bentz (RN). Le vote qui vient d'avoir lieu me désole. Il inquiète d'ailleurs aussi bien des opposants au texte que certains de ses partisans. Ça en dit long.

Cet amendement de précision indispensable prévoit que la souffrance psychologique doit être liée à l'affection grave et incurable.

Je maintiens que cet alinéa reste flou et qu'il y a une contradiction entre son début et sa fin – ce que M. Delautrette a d'ailleurs reconnu, même s'il en tire des conclusions opposées aux nôtres. Le texte restera déséquilibré tant que l'on indiquera que l'aide à mourir peut être accordée pour des souffrances physiques ou psychologiques plutôt que de prévoir qu'il faut présenter ces deux souffrances.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Avis défavorable.

Je ne comprends pas bien votre raisonnement. Vous souhaitez que la souffrance psychologique soit liée à une affection. Mais c'est déjà écrit noir sur blanc dans le texte.

M. Thibault Bazin (DR). Cet amendement est intéressant, car il établit un lien entre les souffrances physiques et les souffrances psychologiques. L'approche globale du patient montre que les premières sont souvent accompagnées des secondes.

Le rapporteur général a raison de dire qu'il ne suffira pas d'éprouver des souffrances psychologiques, puisqu'il faudra également avoir 18 ans, être de nationalité française ou résider de manière stable et régulière en France, avoir une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale et être apte à manifester sa volonté de manière libre et éclairée.

Mais on peut réunir tous ces critères sans forcément souffrir physiquement et en ayant encore plusieurs années à vivre. On est en droit de penser que le fait de rendre éligibles des personnes dont les souffrances sont seulement psychologiques est un changement majeur.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS423 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Les deux amendements qui viennent d'être adoptés conduisent à un texte déséquilibré et il faut reconnaître que retenir les seules souffrances psychologiques est un changement majeur.

D'où l'importance de mon amendement, qui prévoit que la personne doit exprimer son consentement libre et éclairé devant le président du tribunal judiciaire ou le magistrat désigné par ce dernier. Il s'agit d'éviter de faire supporter le poids de cette responsabilité aux médecins et de la confier à des professionnels habitués à contrôler que des critères légaux sont respectés. L'amendement reprend la formule utilisée en matière de don intrafamilial d'organes.

Il n'appartient pas au médecin de vérifier si la personne subit des pressions. On sait que l'abus de faiblesse est une situation que les tribunaux ont l'habitude d'examiner. Cet amendement vise à protéger les plus fragiles.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Répéter une contrevérité n'en fait pas une vérité.

Encore une fois, les deux amendements qui ont été adoptés visaient à rendre le texte cohérent. Vous pouvez préférer voter un article incohérent, c'est votre droit.

Je répète qu'une souffrance psychologique seule ne permet pas d'accéder à l'aide à mourir. Le texte que nous avons voté en première lecture mentionnait une souffrance physique ou psychologique. Vous pouvez être en désaccord et estimer qu'il serait nécessaire de retenir un cumul des deux souffrances. Mais ne dites pas que le texte vient de changer de nature en raison de l'adoption des deux amendements.

La rédaction actuelle de l'article prévoit déjà que la manifestation de volonté doit être libre, ce qui suppose que la personne puisse prendre sa décision sans contrainte extérieure. Cette exigence est d'autant plus encadrée que la vérification de la manifestation de volonté a lieu de manière répétée, à toutes les étapes de la procédure. Le texte est très précis et sécurisant. Un médecin doutant du caractère libre et éclairé de l'expression de la volonté du demandeur pourra lui notifier un refus, voire saisir le procureur de la République si nécessaire.

Par ailleurs, votre proposition est peu pratique – pour le dire poliment – et bien trop restrictive. Vous exigez une procédure lourde, ce qui pourrait conduire certaines personnes souhaitant bénéficier du dispositif à y renoncer.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). J'aimerais que vous ayez raison, mais les abus de faiblesse existent. Un médecin n'est pas forcément au courant des pressions familiales ou extérieures qui s'exercent sur un patient et le fait que la demande soit réitérée n'y change rien. Puisque la procédure que je propose existe pour les dons intrafamiliaux d'organes, il est possible d'y recourir en l'espèce et cela me paraît essentiel – d'autant qu'aucun contrôle *a priori* des critères n'est prévu : il faudra attendre d'être allé au bout de la démarche pour vérifier s'ils ont été respectés.

S'agissant des souffrances physiques et psychologiques, je suis d'accord avec votre argument relatif à la cohérence. Mais cela n'enlève rien au fait que vous avez modifié un critère de manière fondamentale, puisque le texte mentionne désormais une souffrance physique « ou » psychologique.

M. Philippe Vigier (Dem). Comme l'a très bien dit le rapporteur général, votre amendement est destiné à rendre le dispositif inopérant.

Vous êtes professionnelle de santé, comme moi. L'indépendance du professionnel de santé lorsqu'il examine un patient est au cœur du serment d'Hippocrate. Le texte prévoit des garanties : une procédure collégiale doit être mise en place et la personne doit réitérer sa volonté. Avec cette loi, nous aurons enfin un fichier national permettant le suivi et l'évaluation, ce qui n'était pas été le cas depuis l'entrée en vigueur de la loi Claeys-Leonetti.

Ce que nous écrivons avec beaucoup de minutie devra être parfaitement respecté. J'y attache beaucoup d'importance. L'indépendance du corps médical et la réitération de la volonté du patient sont des garanties vraiment solides.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS401 de Mme Lisette Pollet, amendements AS629 et AS630 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

Mme Lisette Pollet (RN). Être apte à manifester sa volonté ne signifie pas nécessairement exprimer un consentement réel, libre et non équivoque. S'agissant d'une décision définitive, cette ambiguïté est inacceptable.

Mon amendement renforce l'exigence de consentement en précisant qu'il faut être apte à manifester sa volonté de manière non équivoque et exempte de l'influence d'autrui. À défaut, on accepterait que la mort puisse résulter d'une volonté floue, fragile ou influencée.

M. Christophe Bentz (RN). Mes amendements ont pour but de préciser le dernier critère prévu par l'article. En substituant la voix active à la voix passive, ils soulignent davantage qu'il doit s'agir d'une manifestation de la volonté.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Madame Pollet, la manifestation de volonté doit être libre, ce qui suppose que la personne puisse prendre sa décision sans contrainte extérieure. Cette exigence est d'autant plus encadrée dans le texte que la vérification est faite de manière répétée, à toutes les étapes de la procédure. Votre amendement est satisfait.

Vos amendements le sont également, monsieur Bentz. La mention « être apte » a été retenue pour correspondre à la rédaction de l'alinéa 4, qui annonce l'énumération des critères. Le texte prévoit évidemment que la personne doit manifester sa volonté, et pas seulement être apte à le faire. S'agissant de

l'amendement AS630, ajouter le mot « effectivement » ne change rien au fait que la personne doit manifester sa volonté.

Demande de retrait.

Mme Annie Vidal (EPR). Tous les alinéas de cet article peuvent faire l'objet d'interprétations différentes par le soignant qui va devoir répondre à une demande de mort.

Je ne sais pas ce que signifie « manifester sa volonté de façon libre et éclairée ». Est-on libre si l'on n'a pas eu accès aux soins palliatifs ? La moitié des personnes qui demandent à bénéficier de ce droit ne le peuvent pas – et elles ne le pourront pas tant que la stratégie décennale n'aura pas atteint son objectif. Est-on libre quand on est isolé ? Il existe un grand nombre de situations où l'on n'est pas forcément libre de son choix. Ce dernier peut être fait par défaut et c'est une chose que le médecin ne pourra pas apprécier. Le critère du choix libre et éclairé me gêne donc, comme tous les autres.

Encore une fois, c'est une question de sécurité juridique des soignants, qui vont devoir répondre à une demande très grave puisque c'est une demande de mort.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). La notion de choix libre et éclairé figure déjà dans d'autres textes législatifs. Il est libre dans la mesure où on ne peut pas l'obtenir sous la contrainte et éclairé parce que l'on est informé des conséquences – par le médecin, en l'espèce. L'ensemble constitué par ces deux termes est parfaitement suffisant.

Le mot « consentement » a été utilisé par une collègue. Mais, en l'occurrence, ce n'est pas de cela qu'il s'agit, puisque l'article traite bien d'une demande formulée par une personne. C'est un point important, car il met celle-ci au centre de ce nouveau droit.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS632 de M. Christophe Bentz

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Demande de retrait.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS580 et AS581 de Mme Agnès Firmin Le Bodo (discussion commune)

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Le texte prévoit que la personne doit être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée, mais il ne précise pas à quel moment cette aptitude doit être vérifiée.

L'amendement AS580 lève cette ambiguïté en précisant que cette condition doit être satisfaite au moment de la demande. L'amendement AS581 prévoit qu'elle doit l'être à chaque étape de la demande.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Ces amendements sont satisfaits : l'article 6 prévoit que l'aptitude à manifester sa volonté est appréciée lors de la procédure collégiale, donc après la demande.

Avis défavorable.

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

*L'amendement AS232 de Mme Justine Gruet est **retiré**.*

Amendements AS36 de M. Patrick Hetzel, AS89 de Mme Sandrine Dogor-Such et AS631 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'amendement AS36 est défendu.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Mon amendement vise à s'assurer que le consentement est réellement libre. Pour les personnes très vulnérables, les pressions extérieures peuvent être diffuses et implicites mais bien réelles. C'est la raison pour laquelle l'amendement précise que la décision doit être prise sans pression extérieure susceptible de constituer un abus de faiblesse. Ce garde-fou est indispensable pour protéger l'autonomie du patient s'agissant d'un acte irréversible.

M. Christophe Bentz (RN). Ce sont des amendements importants et il faut que l'un des trois soit adopté.

Madame la rapporteure, être apte à manifester et manifester effectivement sont deux choses différentes. On peut subir des pressions même si l'on est apte. Vous conviendrez que ce serait gravissime. Il est donc particulièrement important de modifier cet article pour écarter toute pression extérieure.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Ces amendements sont satisfaits. La manifestation de la volonté doit être libre, ce qui suppose que la personne puisse prendre sa décision sans contrainte extérieure. Cette exigence est d'autant plus encadrée par la proposition de loi que la vérification a lieu à différents stades de la procédure.

Dans le cas où il y aurait abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse, l'article 223-15-2 du code pénal trouverait à s'appliquer.

Demande de retrait.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Nos collègues peuvent être rassurés. Tout au long de la procédure, il est veillé à ce que la personne qui fait la demande d'aide à mourir ne subisse aucune pression. Nous le verrons lors de l'examen des articles 7

à 9 et, en tant que rapporteur, je proposerai des garde-fous pour s'assurer lors de la procédure prévue par l'article 9 qu'il n'y a pas de pression de l'entourage. Ces mesures n'ont pas à figurer à l'article 4, mais sachez que nous sommes tous très vigilants sur ce point.

M. Christophe Bentz (RN). Je ne considère pas que ces amendements sont satisfaits, madame la rapporteure.

Bien au contraire, nous sommes inquiets pour des raisons légitimes. Je rappelle qu'en première lecture l'amendement du président Valletoux créant un délit d'incitation à l'aide à mourir n'avait pas été voté.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous nous pencherons de nouveau sur ce sujet.

M. Christophe Bentz (RN). Nous préférierions être rassurés dès à présent en inscrivant dans cet article qu'aucune pression ne doit être exercée.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS502 et AS503 de M. Michel Lauzzana et amendement AS20 de M. Jean-François Rousset (discussion commune)

M. Michel Lauzzana (EPR). L'amendement AS502 vise à garantir la prise en compte des directives anticipées lorsque la personne se trouve dans un état de coma l'empêchant de s'exprimer.

L'amendement de repli AS503 prévoit que la volonté exprimée dans les directives anticipées doit être attestée par la personne de confiance.

M. Jean-François Rousset (EPR). Mon amendement concerne la situation extrêmement rare où une personne remplit toutes les conditions pour bénéficier de l'aide à mourir et en a exprimé la volonté par écrit, mais a été victime entre-temps d'un accident qui l'empêche de donner l'ultime confirmation. Ses directives anticipées seraient alors prises en compte afin de ne pas l'exclure de l'aide à mourir. C'est un sujet difficile, mais il mérite que l'on s'y intéresse.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je comprends que MM. Lauzzana et Rousset veuillent de nouveau aborder ce sujet, qui a été très longuement débattu en première lecture. J'avais alors eu l'occasion de dire que j'étais favorable à titre personnel à la prise en compte des directives anticipées.

Mais les discussions ont montré qu'il fallait entendre ceux qui s'y opposaient afin d'aboutir à un texte d'équilibre largement adopté – ce qui fut le cas.

C'est la raison pour laquelle j'ai toujours émis un avis défavorable aux amendements prévoyant de tenir compte des directives anticipées. Je remercie très

chaleureusement les collègues qui ont pris acte du vote en première lecture et qui ont renoncé à les présenter de nouveau.

Demande de retrait.

M. Jean-François Rousset (EPR). Il s'agit d'un amendement d'appel, que je retire. Je suis sûr qu'une future loi permettra de mieux tenir compte de ces directives.

M. Michel Lauzzana (EPR). Je suis sensible à l'argumentation du rapporteur général et je retire mes amendements. Je les redéposerai pour la séance afin que nous puissions en débattre.

Les amendements sont retirés.

Amendement AS699 de Mme Brigitte Liso

Mme Brigitte Liso, rapporteure. L'amendement est quasi rédactionnel. Je souhaite inscrire à l'article 4 un alinéa figurant à l'article 6, car il traite du critère relatif à la manifestation de la volonté libre et éclairée des personnes dont le discernement est fortement altéré.

M. Thibault Bazin (DR). D'après mon expérience, si les administrateurs n'ont pas indiqué dans l'exposé sommaire de l'amendement que celui-ci est rédactionnel, c'est qu'il ne l'est pas tout à fait. L'alinéa que vous déplacez de l'article 6 à l'article 4 est une disposition de fond.

Ce qui me pose un problème, c'est la formulation « gravement altéré ». S'agissant du critère d'aptitude à manifester sa volonté de façon libre et éclairée, soit le discernement est altéré, soit il ne l'est pas. Je me suis abstenu de déposer un sous-amendement, car il faut avancer, mais nous aurons le débat en séance publique.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Il me semble dommage de déplacer cet alinéa, qui, à l'article 6, suit la mention de la vérification par le médecin des cinq conditions cumulatives fixées par l'article 4. Celui-ci fixe les conditions, l'article 6 en vérifie l'application. Ne pas déplacer l'alinéa me semble de bonne légistique.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Très sensible à l'argumentation de notre collègue Galliard-Minier, dont les remarques sont souvent judicieuses, nous retirons l'amendement – même s'il procède à un simple transfert qui ne modifie rien, ce qui autorise à le qualifier de rédactionnel.

L'amendement est retiré.

Amendement AS204 de Mme Marine Hamelet

Mme Marine Hamelet (RN). L'amendement vise à faire respecter la conception du consentement qui gouverne le droit français. En droit, on considère qu'un consentement peut être vicié même s'il est exprimé à l'oral ou à l'écrit.

C'est le cas en droit des contrats : un juge peut annuler un engagement s'il estime que le consentement n'était pas libre. C'est le cas également en droit pénal, notamment en matière d'agression sexuelle et de viol ; chacun le sait, un « oui » formel ne suffit pas toujours à caractériser un consentement valable.

Le présent amendement s'inscrit dans la même logique. Dans un grand nombre de départements, l'accès aux soins palliatifs reste insuffisant, voire inexistant. Dans ces territoires, peut-on raisonnablement affirmer qu'un patient qui demande la mort faute d'avoir pu être soulagé manifeste une volonté libre et éclairée ? Je considère que la réponse est non : sous contrainte, il n'y a pas de liberté.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cet amendement contrevient à la loi Kouchner, car il vise à introduire un critère susceptible d'entraver la volonté des malades qui ne souhaitent pas attendre que telle ou telle offre de soins palliatifs soit disponible. Par ailleurs, l'article 5 de la présente proposition de loi prévoit que le médecin propose à la personne de bénéficier des soins palliatifs et s'assure le cas échéant qu'elle peut y accéder.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement ne contrevient pas à la loi Kouchner. Si la personne a exprimé la demande de bénéficier de soins palliatifs, il ne s'agit en aucun cas de lui imposer un traitement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS234 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Il importe de sécuriser l'ensemble des critères qui, que vous l'admettiez ou non, ouvrent largement l'accès à l'aide à mourir, notamment par la mention de la souffrance psychologique. Ainsi, un patient auquel on diagnostique un cancer métastasé avant tout symptôme, qui présente nécessairement une souffrance psychologique, est éligible.

L'objectif de cet amendement est d'assurer un contrôle *a priori*. Il précise, sans les rigidifier, les critères essentiels permettant d'apprécier le caractère libre et éclairé de la volonté. L'objectif est de renforcer l'effectivité de la garantie du consentement, la traçabilité de l'appréciation médicale et la sécurité juridique.

Par ailleurs, s'il va de soi que la présentation de la procédure doit relever d'une demande du patient, elle ne devrait être faite qu'en cas d'éligibilité à l'ensemble des critères. L'objectif est de sécuriser les critères et de garantir l'absence

de pression extérieure, donc de permettre un contrôle *a priori* du respect des critères légaux.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cet amendement est satisfait.

La manifestation de la volonté doit être libre, ce qui suppose que la personne puisse prendre cette décision sans contrainte extérieure.

Au surplus, la vérification de la manifestation de volonté a lieu de manière répétée à toutes les étapes de la procédure.

Enfin, le discernement de la personne est vérifié, l'article 6 prévoyant que la personne dont le discernement est gravement altéré lors de la démarche de demande d'aide à mourir ne peut être reconnue comme manifestant une volonté libre et éclairée.

Demande de retrait ou avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Monsieur le rapporteur général, vous disiez que, sur le fond, le recours aux directives anticipées dans le cadre de ce texte ne vous dérangeait pas. Or, du point de vue de l'éthique, si on s'en remet aux directives anticipées, la situation n'est plus la même quant à la capacité de discernement, donc quant au caractère libre et éclairé du consentement. Madame la rapporteure dit pourtant qu'il faut que le discernement soit présent.

Vous voulez faire voter à tout prix ce texte parce qu'on est parvenu à un équilibre, et non parce qu'il satisferait à des critères d'éthique.

Par ailleurs, ce n'est pas parce qu'on répète quelque chose que l'on persuade de sa vérité. Vous nous dites que le texte a été voté à une large majorité. La majorité des députés, c'est 289 voix. Le texte a été adopté avec un peu plus de 300 voix. Ce n'est pas une large majorité.

On voit bien que, même si on parle ici de discernement et de consentement libre et éclairé, l'idée est d'aller ensuite vers l'appel aux directives anticipées.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Excusez-moi, chère collègue, mais on arrive là au comble de la mauvaise foi. Vous retournez tous les arguments et vous manipulez les échanges que nous avons eus, en procédant par insinuations. Vous abordez le sujet des directives anticipées, qui n'en est pas un, puisqu'il ne figure pas dans le texte, et vous laissez entendre qu'il est possible qu'elles soient prises en compte. On peut respecter les positions et les divergences de points de vue, mais on ne peut pas laisser dire n'importe quoi.

Quant au résultat du vote, c'est un fait démontré que le texte a été adopté à une large majorité en première lecture, ne vous en déplaie.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS37 de M. Patrick Hetzel

Mme Sylvie Bonnet (DR). Si le médecin a le moindre doute sur le caractère libre et éclairé de la demande, il doit pouvoir saisir un psychiatre ou un psychologue. C'est une garantie indispensable pour vérifier la capacité de discernement du patient et sécuriser toute la procédure.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cet amendement est satisfait. L'article 5 prévoit que le médecin est tenu de proposer à la personne de l'orienter vers un psychologue ou un psychiatre. L'article 6 prévoit que le médecin peut solliciter l'avis de tout autre professionnel de santé, dont un psychiatre, à tout stade de la procédure.

Demande de retrait ou avis défavorable.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Je souscris à l'avis de Mme la rapporteure.

À propos de l'adoption du texte en première lecture, je n'aimerais pas que ceux qui suivent nos débats aient l'impression qu'elle n'a tenu qu'à quelques voix. Les 305 votes en faveur du texte représentent 60 % des suffrages exprimés par les 504 députés présents ce jour-là, et 106 de plus que les 199 votes contre le texte. On peut donc considérer que ce texte a été voté avec une belle majorité le 27 mai dernier.

M. le président Frédéric Valletoux. En effet, la majorité s'apprécie par rapport aux suffrages exprimés.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS338 de M. Matthias Renault

M. Eddy Casterman (RN). Nous débattons d'un sujet grave : la mort administrée. Un tel choix ne peut être véritablement libre que s'il est totalement affranchi de toute pression médicale et familiale, mais aussi sociale et économique.

Or nous savons que, dans notre pays, on n'échappe pas à de profondes inégalités en matière d'accès aux soins, d'accompagnement et de soutien. Trop de personnes renoncent déjà à se soigner pour des raisons financières. Trop de patients vivent la maladie dans la précarité, dans l'isolement, parfois aussi dans la peur de coûter trop cher à la famille ou à la société.

À l'étranger, certaines dérives ont déjà montré un risque réel : celui que la demande de mort ne soit pas uniquement l'expression d'une souffrance médicale mais aussi celle d'une détresse sociale.

En ajoutant une condition liée aux ressources, nous voulons nous assurer que cette décision irréversible ne peut être influencée par la pauvreté, le manque d'accès

aux soins, des pressions financières ou l'absence de solutions d'accompagnement digne.

Avant d'ouvrir un droit à mourir, assurons-nous que chacun a réellement les moyens de vivre et d'être soigné dans la dignité. C'est une exigence éthique fondamentale.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Les critères de l'article 4 sont particulièrement précis. Cet amendement reviendrait à exclure du dispositif les individus issus de ménages aux ressources modestes alors même qu'ils réuniraient les conditions pour en bénéficier.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS402 de Mme Lisette Pollet

Mme Lisette Pollet (RN). Il y a une incohérence manifeste dans le texte : une personne placée sous tutelle, qui l'a été faute de pouvoir veiller sur ses intérêts, serait considérée comme pleinement apte à demander sa propre mort. Cet amendement vise à rétablir une logique élémentaire : la protection des personnes les plus vulnérables.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Des garanties très fortes s'appliquent aux majeurs protégés à l'article 6. Celui-ci prévoit que le médecin doit informer la personne chargée de la mesure de protection, recueillir les observations qu'elle transmet et en tenir compte, et l'informer de la décision de recours à l'aide à mourir.

Par ailleurs, l'article 5 dispose : « En cas de doute ou de conflit, le juge des tutelles ou le conseil de famille, s'il est constitué, peut être saisi. » Enfin, que le majeur soit protégé ou non, la manifestation de la volonté de la personne est vérifiée lors de la procédure collégiale.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS403 de Mme Lisette Pollet

Mme Lisette Pollet (RN). L'amendement vise à protéger les enfants mineurs. La mort provoquée d'un parent n'est jamais neutre. Ses conséquences psychologiques sont graves et durables. La société ne peut provoquer sciemment une telle situation alors même que le droit actuel permet de soulager la douleur, notamment par une sédation profonde et continue. Le progrès, ce n'est pas organiser l'abandon des enfants par la loi.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Chaque situation est unique et doit être évaluée en elle-même. Il ne nous appartient pas d'introduire des différences de traitement sur la base de présomptions générales concernant l'impact de cette démarche sur l'enfant.

Par ailleurs, si les parents choisissent cette solution, c'est peut-être pour éviter ce qui leur semble être le pire, tant pour eux que pour les enfants, par exemple une longue agonie dans la souffrance ; je suis convaincue que cette expérience est tout aussi traumatisante pour l'enfant mineur de la personne que l'on empêcherait d'accéder à l'aide à mourir.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS426 de Mme Christine Loir

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). On parle ici d'un acte irréversible. Exiger que la volonté ait été exprimée dans les directives anticipées plusieurs mois avant la demande est une garantie fondamentale. Cela permet de s'assurer que la décision n'est pas prise sous l'effet de la douleur, de la peur, de la solitude ou d'une altération du discernement. C'est un garde-fou simple, proportionné et indispensable.

Monsieur le rapporteur général, vos propos sur les directives anticipées m'inspirent la question suivante : si une personne a un accident de voiture, son discernement sera-t-il altéré ? Comment faire alors ? Les directives anticipées garantissent le respect de la volonté du patient.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Votre amendement prévoit une restriction si forte qu'elle rendrait l'aide à mourir inopérante. Seuls 8 % des Français ont rédigé des directives anticipées. On exclurait donc d'emblée 92 % de la population. Par ailleurs, cette proposition est en totale contradiction avec la philosophie du texte, qui prévoit que la personne doit toujours être en capacité de confirmer sa volonté.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS633 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Cet amendement, je l'espère, tombe sous le sens. Il vise à préciser que la personne ne fait pas l'objet de soins psychiatriques, qui sont de nature – je pense que nous serons tous d'accord sur ce point – à altérer profondément sa capacité à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. Cela va sans dire, mais cela va mieux en le disant et en l'inscrivant dans la loi.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cet amendement excluait de fait 20 % de la population, portant atteinte au principe d'égalité. Par ailleurs, les personnes visées sont protégées par les conditions d'accès à l'aide à mourir, notamment parce qu'il faut être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée et parce que la procédure de mise en œuvre prévoit la réitération de l'expression de la volonté libre et éclairée.

Au surplus, l'article 6 dispose : « La personne dont le discernement est gravement altéré lors de la démarche de demande d'aide à mourir ne peut pas être reconnue comme manifestant une volonté libre et éclairée. »

Avis défavorable.

M. Christophe Bentz (RN). Je suis très étonné par votre réponse, madame la rapporteure, s'agissant d'un amendement de précision qui, pour moi, coule de source. Vous dites que préciser que la personne ne doit pas faire l'objet de soins psychiatriques exclut 20 % de la population. Par effet miroir, vous indiquez que l'on peut manifester une volonté libre et éclairée en étant en soins psychiatriques. Cela nous inquiète beaucoup.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Ce n'est pas parce qu'on reçoit des soins psychiatriques qu'on n'est pas atteint d'un cancer au stade terminal et qu'on ne peut pas demander, si on est en pleine conscience, l'aide à mourir. On peut malheureusement souffrir de plusieurs pathologies en même temps. Les soins psychiatriques ne sont pas nécessairement un critère d'exclusion.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 4 modifié.

CHAPITRE III Procédure

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

Amendement de suppression AS38 de M. Patrick Hetzel

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'article 5 précise les conditions de présentation d'une demande d'euthanasie ou de suicide assisté. En proposant dans cet article de bénéficier des soins palliatifs, le Gouvernement met sur le même plan les soins palliatifs et les demandes d'euthanasie ou de suicide assisté. Or il y a une rupture anthropologique entre les soins palliatifs et l'accès à l'euthanasie ou au suicide assisté. Il convient donc de supprimer l'article.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Nul ne sera surpris de m'entendre dire que l'article 5 est à mes yeux, comme le texte en général, équilibré. Nous l'avons amélioré lors de nos travaux en commission et en séance publique l'an dernier,

s'agissant notamment des majeurs protégés, des informations ou propositions adressées à la personne et de la demande écrite.

J'ai relevé les amendements à l'article 5 qui ont été adoptés : il y en a eu quatorze, déposés par le Gouvernement, par les rapporteurs et par les groupes Droite Républicaine, Gauche Démocrate et Républicaine et La France insoumise - Nouveau Front Populaire.

Je suis évidemment défavorable à la suppression de cet article.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS39 de M. Patrick Hetzel

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'amendement vise à supprimer les alinéas 1 et 3. En introduisant l'aide à mourir au sein du code de la santé publique, les rédacteurs de la proposition de loi laissent entendre que l'euthanasie et le suicide assisté seraient des soins. Or les soins visent à soigner, donc à se mettre du côté de la vie ; l'euthanasie et le suicide assisté visent à mettre fin à la vie d'une personne, donc à se mettre du côté de la mort.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Nous ne laissons rien entendre. Quelle que soit l'opinion que l'on ait sur la question de savoir si l'aide à mourir est ou non un soin, le texte n'indique pas qu'elle en est un.

Je rappellerai deux choses. D'abord, le Conseil constitutionnel a jugé que la codification tend à améliorer l'accessibilité et l'intelligibilité de la loi. Ensuite, le code de la santé publique est d'ores et déjà très divers. Il contient bien d'autres choses que des soins *stricto sensu*, de la bioéthique à la gouvernance des établissements publics de santé, de la sécurité sanitaire des eaux et des aliments aux débits de boissons. Inscrire l'aide à mourir dans le code de la santé publique n'en fait pas un soin, ce qui au demeurant ne figure nulle part dans ce texte de loi.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS237 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement vise à permettre un contrôle *a priori*. Le recueil de la demande constitue la première étape structurante de la procédure d'aide à mourir, d'euthanasie ou de suicide assisté. C'est à ce moment que doit être évaluée la liberté de la démarche, alors même que la personne peut se trouver dans une situation de fragilité physique, psychologique, sociale ou familiale. L'existence d'une pression, d'une contrainte ou d'une influence induite, qu'elle soit explicite ou implicite, est un risque identifié dans les situations de fin de vie, la

dépendance, l'isolement, la charge ressentie pour les proches ou des conflits familiaux pouvant peser sur la décision.

Le présent amendement prévoit que la demande est recueillie lors d'un entretien individuel hors de la présence de tout tiers, afin de garantir l'absence d'interférences au moment de l'expression de la volonté. Son adoption pourrait modifier la suite de la procédure ; je défendrai donc des amendements de cohérence à ce sujet. Enfin, l'attestation du médecin au dossier renforce la traçabilité de cette garantie et facilite le contrôle, *a posteriori* cette fois, de la procédure.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous souhaitez préciser que la demande est réalisée hors de la présence d'un tiers et consignée au dossier. Comme l'an dernier, nous examinerons des amendements visant à ce que la personne s'entretienne avec le médecin tantôt seule, tantôt accompagnée.

Sur le fond, notre position n'a pas changé : c'est à la personne de savoir si elle souhaite être accompagnée ou non. Ce choix relève du respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant en vertu du secret médical. Sur la forme, l'amendement vise à compléter l'alinéa 2 et non les alinéas 4 et suivants relatifs à l'entretien avec le médecin.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS306 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). Monsieur le rapporteur général, vous avez rappelé l'évolution de l'article 5 en première lecture. Certes, il y a eu des avancées. Mais vous n'avez rien dit des amendements qui n'ont pas été adoptés et peuvent pourtant susciter l'intérêt. Je me permets donc, par cet amendement, d'être force de proposition.

La rédaction actuelle ne me semble pas assez encadrer la procédure. Je propose de compléter les alinéas 4 à 13 afin de mieux prendre en compte la fluctuation de la volonté du patient, d'éviter des délais trop contraints ou une décision précipitée, qui ne vont pas dans le sens de l'apaisement du malade, et de nous régler un peu sur ce qui a été fait à l'étranger. Je propose ainsi d'introduire une demande orale confirmée par écrit en présence de témoins et réitérée ensuite à l'oral après un délai incompressible.

Ma rédaction vise aussi à améliorer l'orientation de la personne malade, des personnes en situation de handicap et des proches de la famille. Elle prévoit l'orientation de la personne vers un algologue si nécessaire, afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement. Enfin, elle précise que le médecin a le droit de faire valoir sa clause de conscience avant d'expliquer à la personne les critères d'accès à

l'aide à mourir et les conditions de sa mise en œuvre, ce qui est cohérent avec les autres dispositions que vous défendez par ailleurs.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous proposez une rédaction plus restrictive de l'article 5. Parmi les changements que vous proposez, je note l'obligation de faire la demande à son médecin traitant ou à un médecin spécialiste, la réalisation de la demande devant témoins et notaire, la réitération de la volonté après un délai de sept jours, des informations spécifiques au handicap et des orientations obligatoires.

Tout cela a été débattu en première lecture. L'examen de l'article 5 nous offre l'occasion d'en débattre à nouveau. En rétablissant des rédactions que nous avons modifiées, en ajoutant des délais ou des contraintes pour les patients, votre objectif semble être de rendre le droit à l'aide à mourir peu ou moins effectif.

Avis défavorable.

M. Philippe Vigier (Dem). Je tiens à dire à Thibault Bazin qu'il est grave de prévoir le recours à la clause de conscience avant même d'entrer dans la procédure. Imagine-t-on un médecin invoquer la clause de conscience pour refuser d'indiquer à un patient qu'il a un cancer ? La clause de conscience permet de ne pas pratiquer un acte médical. Elle n'est ni morale ni d'expression. Elle porte sur l'effectivité des soins. Elle est largement préservée. Elle est sacralisée. Mais elle ne peut pas intervenir dans la discussion de l'acte, uniquement dans sa réalisation.

Mme Annie Vidal (EPR). Je soutiens cet amendement, qui consolide la procédure et la rapproche un peu de ce qui a cours dans d'autres pays. L'intérêt de cette procédure est de ne pas se prêter à l'interprétation et d'être la plus solide possible, ce qui, à mon avis, n'est pas tout à fait le cas en l'état actuel de la rédaction du texte.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS304 de Mme Marine Hamelet

Mme Marine Hamelet (RN). Le corps médical redoute – cette crainte est largement partagée en son sein – la fragilisation de la relation de confiance entre le patient et son médecin. Introduire la mort administrée dans le champ du soin n'est pas un simple ajout technique. C'est transformer une relation fondée sur la confiance, le soulagement et l'accompagnement en une relation contractuelle où figure désormais, en filigrane, la possibilité de donner la mort.

À partir du moment où la possibilité de donner la mort existe au même titre que celle de soigner ou de soulager, la parole médicale n'est plus neutre. Elle peut être interprétée, même involontairement, comme une orientation.

C'est précisément pour cela que cet amendement pose une ligne claire. La demande d'aide à mourir doit venir du patient et uniquement du patient. Aucun professionnel de santé ne devrait pouvoir proposer, suggérer ou recommander une telle démarche, même indirectement.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous souhaitez interdire aux professionnels de santé d'aborder le recours à l'aide à mourir avec des patients. Pourquoi, si l'aide à mourir est légale ? Les médecins abordent avec leurs patients, au cours des consultations, l'ensemble des éléments qu'il leur semble nécessaire d'aborder. L'aide à mourir peut en faire partie, notamment si le patient est à l'initiative de la demande d'information.

Par ailleurs, la proposition de loi ne leur fait naturellement aucune obligation en ce sens. Enfin, les exemples que vous citez, notamment celui des personnes âgées isolées, ne sont pas des cas qui en soi ouvrent un droit d'accès à l'aide à mourir.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS457 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement vise à renforcer la solennité et la sécurité juridique de la demande compte tenu du caractère irréversible de l'acte. Il est légitime que la demande d'euthanasie ou de suicide assisté fasse l'objet d'une expression écrite formalisée devant un officier d'état civil et non d'une simple modalité informelle. Cette exigence constitue un garde-fou contre les dérives en assurant la traçabilité et l'authenticité de la volonté exprimée ainsi que la protection des personnes vulnérables. Sur un acte qui engage la vie, le niveau de solennité doit être à la hauteur de la gravité de la décision.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous souhaitez préciser que la demande écrite est faite devant un officier d'état civil. Je ne commenterai pas l'emploi des mots « euthanasie » et « suicide assisté », dont nous avons assez parlé. S'agissant de la demande écrite, nous avons modifié l'alinéa pour qu'elle le soit, mais vous supprimez l'autre possibilité de demande que nous avons adoptée en séance. S'agissant de la présence d'un officier d'état civil, il s'agit d'une consultation médicale où un officier d'état civil n'a pas sa place.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS330 de Mme Annie Vidal, AS235 de Mme Justine Gruet, AS152 de Mme Marie-France Lorho, AS236 de Mme Justine Gruet, AS90 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS8 de M. Fabien Di Filippo et AS331 de Mme Annie Vidal (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Il importe d'utiliser des mots justes et précis dans la procédure.

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS153 est défendu.

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'amendement AS8 est défendu.

Mme Annie Vidal (EPR). Il s'agit d'assurer la cohérence rédactionnelle du texte.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. En cohérence, rédactionnelle elle aussi, avec les choix que nous avons faits en première lecture et lors de l'examen des articles précédents en nouvelle lecture, j'émet un avis défavorable. Ces débats sémantiques, nous les avons eus à de nombreuses reprises.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS667 de Mme Audrey Abadie-Amiel, amendements identiques AS363 de M. Daniel Grenon, AS438 de Mme Christine Loir et AS521 de M. Thomas Ménagé (discussion commune)

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Mon amendement précise que seules les personnes qui ne sont pas en mesure de formuler une demande écrite peuvent utiliser un autre moyen. Il reprend un amendement adopté par le Sénat en commission.

Les amendements identiques suivants formulent la même proposition, mais sont moins précis : j'y serai défavorable.

M. Daniel Grenon (NI). Mon amendement tend à instaurer le principe suivant lequel la demande d'euthanasie ou de suicide assisté est formulée par écrit ; évidemment, si le patient n'est pas capable de présenter une demande écrite en raison de son état de santé, elle peut être faite par tout autre moyen adapté. Cette proposition des rapporteurs au Sénat permet de sécuriser au mieux la procédure. Notre droit repose essentiellement sur l'écrit, qui demeure l'un des moyens les plus fiables pour attester la volonté d'une personne.

S'agissant de la vie de nos concitoyens, ce principe de la primauté de l'écrit me semble indispensable.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). La règle doit être claire : la demande de mourir doit être écrite. Les autres modes d'expression ne doivent être utilisés qu'en cas d'impossibilité avérée. Apportée par l'amendement AS438, cette précision, adoptée par le Sénat, sécurise le consentement, protège les plus vulnérables et évite toute banalisation.

M. Théo Bernhardt (RN). L'amendement AS521 est défendu.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je redis que nous sommes défavorables aux amendements identiques.

Mme Justine Gruet (DR). La rédaction de mon amendement AS309, qui va tomber si celui de Mme la rapporteure est adopté, reprend ce que disait Mme la ministre dans l'hémicycle en mai 2025, à savoir que la demande doit être formulée par écrit, ou à défaut par tout autre mode d'expression. L'amendement de Mme la rapporteure ne reprend pas les mots « à défaut ». Ce n'est pas la même chose.

La demande écrite doit être la voie ordinaire, et les autres modes utilisés de façon subsidiaire, strictement dans les situations où la personne est matériellement incapable d'écrire.

De cette façon, nous assurons une meilleure traçabilité de la demande, donc une meilleure protection tant du patient que du professionnel de santé, notamment dans la perspective du difficile travail de deuil. Face à l'incompréhension des proches qui s'exprime parfois, la trace écrite légitime la demande.

*La commission **adopte** l'amendement AS667.*

*En conséquence, les autres amendements **tombent**, de même que l'amendement AS309 de Mme Justine Gruet.*

Amendement AS41 de M. Patrick Hetzel

Mme Sylvie Bonnet (DR). Cet amendement a pour objectif d'impliquer toute l'équipe soignante dans l'étude de la demande du patient. Une vie est en jeu, il est donc nécessaire de mettre en place une procédure collégiale : chaque professionnel – le médecin traitant, l'infirmière, l'aide-soignante, le psychologue, le psychiatre – apporte un regard différent, et la pluralité d'expertises permet une plus juste évaluation de la situation du patient, de sa souffrance, de son discernement et de l'absence de pressions extérieures.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Sur la forme, l'article 5 concerne le dépôt de la demande et non son instruction par un collège ; or il serait compliqué de déposer une demande auprès de tout un collège. Par ailleurs, vous ne dites pas qui en désignerait les membres.

Nous reviendrons à la question de fond à l'article 6, mais la composition que vous proposez pour le collège n'est pas réaliste : ce serait entraver toute demande d'aide à mourir.

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

Amendement AS634 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). C'est un amendement que j'ai déposé à chaque lecture et qui a toujours reçu un avis défavorable des rapporteurs. Il s'agit d'écarter les médecins militaires du corps soignant qui peut administrer une substance létale.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Le texte n'opère aucune distinction entre les médecins, généralistes ou spécialistes, traitants ou non, chirurgiens ou non, libéraux ou hospitaliers. Je ne souhaite pas davantage distinguer médecins civils et militaires.

Je rappelle que les hôpitaux d'instruction des armées sont ouverts à tous les patients, qu'ils aient ou non un lien avec les armées.

Avis défavorable.

M. Philippe Vigier (Dem). Ceux qui ont servi continuent d'avoir accès au service de santé des armées. Ce que vous proposez instaurerait une discrimination vis-à-vis des militaires qui ont tant servi notre nation, et que vous prétendez défendre – eh bien nous, nous défendons leur accès à ce nouveau droit !

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS197 de Mme Annie Vidal et AS40 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

Mme Annie Vidal (EPR). Il s'agit de préciser que le médecin est volontaire, donc de rappeler un principe du texte : la clause de conscience des professionnels de santé est pleinement garantie.

En l'état du texte, les professionnels de santé qui souhaitent faire usage de leur clause de conscience devront se signaler. Une telle logique présente toutefois une difficulté éthique et symbolique : elle revient à considérer l'intervention dans la procédure de suicide assisté ou d'euthanasie comme la norme et le refus comme une exception.

Au vu de la gravité des actes en cause, il apparaît plus cohérent que la participation à une telle procédure repose sur une démarche positive, explicite et volontaire. Le volontariat constitue en effet une garantie essentielle du respect de la liberté de conscience des professionnels de santé ; il permet d'éviter toute pression implicite.

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'ouverture d'une liste de médecins volontaires permettrait de fluidifier la procédure. Ce serait un avantage pour le patient en fin de vie, qui pourrait être rapidement mis en contact avec des professionnels de santé susceptibles de répondre favorablement à sa demande.

Impliquer toute l'équipe soignante garantirait une décision plus sûre et plus éthique, et protégerait mieux le patient comme les professionnels.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Une clause de conscience spécifique à l'aide à mourir est ouverte pour les médecins à l'article 14. Je le redis, aucun médecin ne sera contraint de recevoir une demande d'aide à mourir et d'entamer la procédure. Il est donc inutile de préciser que celui qui accepte est volontaire, puisqu'il ne peut y avoir de contrainte.

Demander aux volontaires de s'inscrire auprès de la commission prévue à l'article 15 restreindrait fortement – c'est sans doute intentionnel, je le sais bien – l'accès à l'aide à mourir. Il faudrait que tous les médecins acceptant de recevoir une demande d'aide à mourir fassent la démarche, mais aussi que les personnes souhaitant recourir à l'aide à mourir sachent qui sont ces médecins.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement m'apparaît au contraire essentiel, et dès ce moment-là de la proposition de loi. Tel que le texte est écrit, on inverse la norme : tous les médecins seraient favorables à l'aide à mourir à défaut de faire valoir leur clause de conscience. L'amendement prévoit au contraire que les volontaires se déclarent comme tels.

Et comment un médecin qui souhaite faire valoir sa clause de conscience saurait-il vers qui adresser le patient s'il n'y a pas de liste de volontaires capables d'accompagner celui-ci au mieux ?

Enfin, non, ce n'est pas une restriction intentionnelle. Oubliez l'idée que nous voulons à tout prix vous embêter. Nous prenons juste de la hauteur, nous cherchons à avoir des positions éthiques. Nous ne serions pas là pour débattre si nous ne pensions pas que le sujet est essentiel.

Il est important d'accorder à nos professionnels de santé toute la considération nécessaire. Le principe du volontariat protège et renforce leur clause de conscience.

M. Philippe Vigier (Dem). J'ajoute à ce qu'a très bien dit le rapporteur général que la rédaction actuelle du texte laisse encore plus de liberté au médecin : s'il est sur une liste, il est censé pouvoir pratiquer l'acte à tout moment ; je veux au contraire que la clause de conscience vaille pour chaque patient. Chaque situation est nouvelle, chaque cas est particulier, et le médecin décide à chaque fois de faire ou de ne pas faire. Nous protégeons beaucoup plus que vous la liberté du médecin !

La commission rejette successivement les amendements.

Suivant l'avis du rapporteur général, les amendements AS504 et AS505 de M. Michel Lauzzana sont retirés.

*Puis la commission **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS669 et AS668 de Mme Audrey Abadie-Amiel.*

Amendement AS380 de Mme Marie-France Lorho

Mme Lisette Pollet (RN). Cet amendement vise à rappeler une réalité concrète : le personnel médical est déjà fortement sollicité. Multiplier les demandes simultanées d'aide à mourir entraînerait une surcharge administrative et organisationnelle, au détriment du bon fonctionnement des services et surtout des patients qui ont vraiment besoin de soins et d'accompagnement.

Il s'agit donc de protéger à la fois les professionnels de santé et les malades en évitant des pratiques qui pourraient nuire à l'accès aux soins.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Votre demande est satisfaite, car la présentation simultanée de plusieurs demandes est interdite.

Avis défavorable.

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

Amendement AS42 de M. Patrick Hetzel

Mme Sylvie Bonnet (DR). La consultation de la personne de confiance, de la famille et des proches nous paraît indispensable si le patient fait l'objet d'une mesure de protection juridique.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Vous souhaitez que la personne de confiance, la famille et les proches soient consultés avant même que la personne elle-même soit interrogée sur une éventuelle protection juridique. Je peine à comprendre l'intérêt de cet ajout, puisque le médecin vérifie de toute façon ces informations grâce au registre prévu à l'article 427-1 du code civil.

Si j'étais taquin, je vous rappellerais que cette vérification systématique a été ajoutée en première lecture à l'initiative de notre collègue Philippe Juvin.

Avis défavorable.

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

Amendement AS433 de Mme Christine Loir

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Vous allez sûrement être de nouveau taquin en répondant à cet amendement de Mme Loir, monsieur le rapporteur général...

Pour prendre une décision médicale grave, il est impératif que la personne concernée soit pleinement capable d'exprimer une volonté libre et éclairée. C'est

pourquoi il ne peut suffire de poser la question d'une éventuelle protection juridique : le médecin doit vérifier. Sinon, les droits fondamentaux d'une personne sous tutelle ou sous curatelle pourraient ne pas être respectés.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Être taquin n'empêche pas d'être respectueux, et je respecte profondément vos positions.

Cet amendement est satisfait, puisque la vérification systématique a été adoptée l'an dernier : je vous renvoie à la deuxième phrase de l'alinéa 7. Mais, conformément au principe d'autonomie des majeurs protégés, il est souhaitable que le médecin les interroge en première intention.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Les médecins sont-ils à même de faire cette vérification ? Leur en donne-t-on vraiment les moyens ? Dans un cas certes complètement différent, on a vu qu'une personne sous curatelle renforcée, donc inéligible, a pu être candidate à une élection. Et le patient ne sait ou ne peut pas forcément répondre.

Notre rôle de législateur est aussi de nous assurer que les mesures que nous votons sont opérationnelles.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS671 de Mme Audrey Abadie-Amiel.

Amendement AS9 de M. Fabien Di Filippo

Mme Sylvie Bonnet (DR). Cet alinéa permet l'euthanasie d'une personne sous tutelle ou sous curatelle. Une telle disposition exposerait des personnes en situation de vulnérabilité et de dépendance pour leurs actes et décisions du quotidien au risque de dérives et porterait fortement atteinte au principe de protection des plus faibles.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Vous souhaitez interdire à ces personnes l'accès à l'aide à mourir. Vous savez que, s'agissant des majeurs protégés, le principe est celui de l'autonomie : aux termes de l'article R. 4127-37-2 du code de la santé publique, ils doivent prendre seuls les décisions relatives à leur personne dans la mesure où leur état le permet. Le législateur n'a pas exclu les personnes protégées du droit de refuser un traitement ou d'accéder à une sédation profonde et continue jusqu'au décès ; il n'a pas non prévu l'autorisation obligatoire du juge des tutelles.

Le texte comporte des mesures spécifiques à leur égard : conformément aux prescriptions de la Cour européenne des droits de l'homme sur les garanties

supplémentaires qui doivent être données aux personnes vulnérables, la personne assurant la protection juridique est obligatoirement informée et le collège tient compte de ses observations.

Par ailleurs, nous avons renforcé en première lecture la protection que nous devons à ces personnes en ouvrant une voie de recours devant le juge des contentieux de la protection, conformément à l'avis du Conseil d'État sur le projet de loi de 2024.

L'accès des majeurs protégés à l'aide à mourir contribue à l'équilibre du texte et l'article 4 prévoit que le médecin, avec le collège, appréciera l'aptitude du patient à manifester sa volonté de façon libre et éclairée.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (DR). Le registre est-il opérationnel ? Il y a quelques mois, il n'existait pas encore.

La personne chargée de la mesure de protection est informée. Si elle formule un avis, celui-ci est-il consultatif ou bien est-on tenu de s'y conformer ? Peut-elle former un recours ?

On voit que l'on pourrait protéger davantage les personnes qui font l'objet d'une mesure de protection juridique. Elles sont vulnérables et il faut mieux les prendre en considération. Il faut améliorer la rédaction du texte sur ce point d'ici à la séance.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Votre amendement interdit aux personnes vulnérables tout accès à l'aide à mourir. Mais ces personnes sont tout aussi concernées par les souffrances réfractaires. Leur corps continue de leur appartenir, bien qu'elles soient administrativement sous tutelle.

La commission rejette l'amendement.

Amendements rédactionnels identiques AS670 de Mme Audrey Abadie-Amiel et AS439 de Mme Christine Loir

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement AS439 est défendu.

La commission adopte les amendements.

Amendement AS672 de Mme Audrey Abadie-Amiel

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Cet amendement rédactionnel corrige une disposition adoptée en première lecture à l'Assemblée à l'initiative de M. Monnet, puis améliorée par les rapporteurs Laurent Panifous et Stéphane Delautrette en concertation avec M. Monnet et inscrite à l'article 12.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, les amendements AS381 de Mme Marie-France Lorho et AS636 de M. Christophe Bentz tombent.

Amendement AS305 de Mme Marine Hamelet

Mme Marine Hamelet (RN). Cet amendement tend à subordonner l'accès à l'aide à mourir des majeurs protégés à une autorisation préalable du juge des contentieux de la protection. Dans la rédaction actuelle, la loi crée une situation absurde dans laquelle un majeur protégé ne peut pas vendre sa résidence principale sans l'intervention d'un juge, mais peut se voir autoriser l'accès à l'aide à mourir sans aucun contrôle juridictionnel préalable.

Dans son avis de 2023, l'Académie nationale de médecine, à la lumière des dérives observées ailleurs, recommande explicitement l'intervention d'un magistrat spécialisé dans toutes les procédures de demande d'aide à mourir. Si cette garantie est jugée souhaitable pour tous, elle est *a fortiori* indispensable pour les personnes placées sous protection juridique.

Cet amendement introduit une garantie minimale, juridictionnelle et humaine, pour protéger ceux qui en ont le plus besoin.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Avis défavorable.

Le juge interviendra s'il est saisi par la personne ou par celle qui est chargée de la mesure de protection.

Sur la forme, cet ajout n'est pas bien placé : il traite de recours contre une décision du médecin dont il n'a pas encore été question.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS482 de Mme Sandrine Rousseau

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Je vais retirer cet amendement, mais je voudrais exprimer ici l'un de mes grands regrets : les directives anticipées, qui ont été soutenues par les politiques publiques depuis une dizaine d'années, sont balayées par ce texte d'un revers de main. Elles n'y existent plus, alors qu'elles auraient pu aider à éclairer des situations.

J'entends que vous recherchez un texte équilibré et que personne ne sera jamais entièrement satisfait.

L'amendement est retiré.

Amendement AS321 de M. Thierry Frappé

M. Thierry Frappé (RN). Le présent amendement vise à renforcer l'information dispensée à la personne qui sollicite l'aide à mourir. Il prévoit que le

déroulement prévisible de la maladie et les conséquences des traitements envisageables sont exposés. Cette phase d'information préalable, condition essentielle du caractère libre et éclairé de la volonté exprimée, serait obligatoire.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. La rédaction de l'alinéa 9 que vous proposez ne me paraît apporter aucune plus-value par rapport à l'actuelle, dont elle est très proche. Elle me semble aussi ajouter de la complexité.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (DR). La proposition de M. Frappé ne me semble pas très proche du texte actuel ! Elle est surtout bien plus complète. On peut éventuellement la corriger, mais elle me semble tout à fait intéressante pour s'assurer d'un consentement libre et éclairé, ce qui est l'une des conditions d'éligibilité. Il est essentiel de bien vérifier les critères.

M. René Pilato (LFI-NFP). Tout ce que vous proposez est fait pour restreindre ou ralentir l'accès à l'aide à mourir.

Je résume ce que je pense : vous n'êtes pas à l'aise avec le fait qu'on puisse disposer librement de son corps – certains par idéologie, peut-être parce qu'ils sont croyants, certains parce qu'ils veulent que ce soit l'État qui dispose de nos corps, d'autres parce qu'ils voudraient que ce soit la famille ou l'entourage. Beaucoup de gens ne se rendent pas compte que l'emprise sur les esprits est une forme de possession. Vous ne souhaitez pas que chacun puisse librement, en conscience, décider de ce qu'il fait de son corps, jusqu'à la dernière seconde.

On voit bien le lien avec votre position sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ou sur les droits des homosexuels à disposer de leur corps.

M. le président Frédéric Valletoux. Essayons de ne pas sortir du sujet.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS92 de Mme Sandrine Dogor-Such et AS43 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Mon amendement vise à réaffirmer la place centrale des soins palliatifs dans le parcours du patient. Avant toute décision irréversible, celui-ci doit recevoir, de manière prioritaire et explicite, une information sur les soins palliatifs auxquels il peut accéder et non sur une offre de soins indifférenciée. C'est là une exigence d'équilibre et de loyauté, nécessaire pour que le choix du patient soit réellement éclairé.

Cet amendement ne restreint aucun droit : il garantit que la décision intervient après une information complète sur les alternatives d'accompagnement.

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'amendement AS43 est défendu.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. L'information sur les soins palliatifs est déjà prévue à l'alinéa 10 de cet article.

Avis défavorable.

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

Amendement AS143 de Mme Marie-France Lorho

Mme Lisette Pollet (RN). Cet amendement vise à protéger le patient et à clarifier la responsabilité de l'équipe médicale. Certaines découvertes ou avancées médicales peuvent survenir entre la demande et le passage à l'acte ; il est indispensable que l'équipe informe le patient de cette éventualité pour qu'il puisse éventuellement renoncer à sa demande afin de bénéficier d'un nouveau traitement. Son libre arbitre mais aussi la priorité donnée au soin sont ainsi garantis.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Les médecins ne fournissent pas d'information qui s'éloigne des connaissances médicales disponibles et vérifiées. Votre amendement semble donc superfétatoire.

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

Amendement AS145 de Mme Marie-France Lorho

Mme Lisette Pollet (RN). Les personnes qui ne sont pas atteintes de handicap doivent aussi être informées sur tous les dispositifs et les droits visant à garantir une prise en charge adaptée de leurs besoins médicaux, matériels, psychologiques et sociaux. L'objectif est de prévenir toute inégalité d'accès aux services et de s'assurer que chacun pourra exercer pleinement ses droits.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Les éléments visés par votre amendement sont compris dans les dispositifs d'accompagnement disponibles : il n'est donc pas nécessaire d'ajouter autant de détails à l'alinéa.

Avis défavorable.

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

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle **rejette** l'amendement AS637 de M. Christophe Bentz.*

Amendement AS205 de Mme Marine Hamelet

Mme Marine Hamelet (RN). Dans son avis du 27 juin 2023, l'Académie nationale de médecine rappelle que le cadre juridique de la loi Claeys-Leonetti est satisfaisant pour les situations dans lesquelles le pronostic vital est engagé à court

terme et qu'il constitue une avancée humaine majeure. Elle alerte néanmoins sur un point essentiel : cette loi demeure insuffisamment appliquée, en raison non seulement d'un manque de moyens et de structures adaptées, mais aussi et surtout d'une méconnaissance persistante des patients et de leur famille quant à leurs droits. Notre amendement vise donc à obliger le médecin qui reçoit une demande d'aide à mourir à informer le patient de la possibilité de recourir au dispositif prévu par ladite loi.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Votre amendement est satisfait puisque l'article prévoit, à l'alinéa 9, que le médecin informe la personne sur les traitements et les dispositifs d'accompagnement disponibles et, à l'alinéa 10, qu'elle peut bénéficier des soins d'accompagnement, y compris des soins palliatifs. Le dispositif prévu par la loi Claeys-Leonetti doit ainsi trouver sa place dans l'une ou l'autre de ces informations.

Avis défavorable.

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

Amendement AS564 de M. Julien Odoul

M. Christophe Bentz (RN). Si la présente proposition de loi venait à être adoptée, nous craignons que l'aide à mourir se substitue progressivement aux soins palliatifs. Tant que nous ne serons pas capables de couvrir 100 % des besoins en la matière, partout en France, ce risque perdurera.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Vous souhaitez, d'une certaine manière, que les soins palliatifs soient un préalable à l'aide à mourir. Toutefois, conformément à la loi Kouchner, toute personne a le droit de refuser un traitement, d'autant que les soins palliatifs ne sont pas adaptés à toutes les situations, comme le reconnaissent les soignants eux-mêmes. La rédaction actuelle traduit le bon équilibre entre information exhaustive, accès effectif aux soins palliatifs et libre choix de la personne.

Pour toutes ces raisons, j'émetts un avis défavorable sur votre amendement.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Les soins palliatifs et l'aide à mourir ne s'opposent pas, ils sont complémentaires. L'accès aux soins palliatifs est une possibilité et non une obligation ; certains patients ne peuvent pas ou ne veulent pas y recourir. Le plus important est de fournir au patient toute l'information sur les offres existantes.

M. Thibault Bazin (DR). Le problème, c'est que l'accès aux soins palliatifs n'est malheureusement pas effectif partout en France et pour tous ; si les progrès sont réels, ils ne sont pas suffisants. Or on a pu observer, dans les pays où le suicide assisté a été légalisé, que le déploiement des soins palliatifs a parfois été freiné. La question se pose pour les personnes qui souhaitent en bénéficier et dont l'état de santé le requiert, mais qui n'y ont pas accès et n'ont d'autre solution que le recours à l'aide à

mourir. Il y a donc ici un risque, en particulier pour les personnes plus pauvres, plus vulnérables ou isolées, qui ne disposent pas d'un véritable choix, notion à laquelle je vous sais attachés. Un problème de calendrier se pose dès lors que l'on veut une solution rapide et facile et que, d'autre part, l'accès aux soins palliatifs n'est pas garanti partout et pour tous.

La commission rejette l'amendement.

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS673 de Mme Audrey Abadie-Amiel.*

Amendement AS44 de M. Patrick Hetzel

Mme Josiane Corneloup (DR). L'article 5 prévoit que la personne puisse bénéficier de soins d'accompagnement, y compris des soins palliatifs ; encore faudrait-il pouvoir y accéder, puisque dix-neuf départements français en sont dépourvus. Dans ces conditions, comment s'assurer que la personne pourra en disposer de manière effective ? Sera-t-il nécessaire de déplacer les patients dans les départements voisins ? L'aide à mourir ne doit pas être un choix par défaut.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. L'accès effectif aux soins palliatifs est précisément l'objet de la fin de l'alinéa 10, modifié par la commission lors de l'examen du texte en première lecture : la personne doit y avoir accès de manière effective si elle le souhaite. Par ailleurs, les médecins savent pertinemment les délais dans lesquels leur patient doit être pris en charge ; nous pouvons leur faire confiance. L'accès effectif dont s'assure le médecin implique, en toute logique, un délai adapté, sans qu'il soit utile de le préciser dans la loi.

Avis défavorable.

M. Philippe Vigier (Dem). Le déploiement des soins palliatifs n'a pas été ralenti, contrairement à ce que vous dites, monsieur Bazin. Il faut simplement mettre les moyens sur la table pour les déployer encore davantage. De plus, des équipes mobiles se déplacent et vont au chevet des patients dans les départements où il n'existe pas de structures fixes en ce domaine. Ayons un peu de considération envers ces soignants qui accomplissent un travail formidable. Et ne créons pas une double fracture : nous sommes là pour les résorber et non pour les creuser.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS126 de Mme Élise Leboucher

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Le refus des soins palliatifs par la personne qui souhaite recourir à l'aide à mourir ne peut constituer un motif de rejet de sa demande. L'arrêt d'un traitement ou le refus de soins, quels qu'ils soient, ne doit pas influencer la décision d'accéder au dispositif. Cela ne fait d'ailleurs pas partie des critères d'accès retenus à l'article 4.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Un tel ajout me semble inutile : la proposition de loi n'indique pas que le refus de soins constituerait un motif de rejet de la demande. Le médecin est tenu de décliner la procédure telle que prévue par la loi.

Avis défavorable.

L'amendement est retiré.

Amendement AS588 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Nous proposons de compléter l'alinéa 10, qui concerne l'information des personnes ne bénéficiant pas d'accompagnement ou de soins palliatifs, afin de préciser que le médecin s'assure, si la personne en bénéficie déjà au moment de la demande d'aide à mourir, d'une « prise en charge effective, suffisante et satisfaisante ».

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Il s'agit d'une loi de libre choix. La personne est en mesure de discerner – c'est d'ailleurs prévu dans les conditions d'accès à l'aide à mourir – ce qui est bon ou non pour elle, sans qu'il soit besoin d'allonger indéfiniment la liste des missions assurées par le médecin.

Avis défavorable.

Mme Annie Vidal (EPR). Cet amendement est intéressant sur un point, car il mentionne que le médecin doit s'assurer de la bonne prise en charge de la douleur. Or, lorsqu'elle est prise en charge de manière effective, la demande de mort disparaît bien souvent. Cette notion fondamentale mériterait que l'on s'y arrête davantage.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS249 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Vous répondez, monsieur le rapporteur général, qu'il ne faut pas alourdir le travail des médecins ; mais leur travail est d'accompagner le patient et il faut leur donner des clefs de lecture pour mieux comprendre sa demande dans sa globalité. L'objet de cet amendement est donc de recueillir, sauf opposition expresse de la personne, l'avis des proches désignés par elle, avis qui ne peut, bien évidemment, se substituer à sa volonté. En l'absence de personne de confiance, il peut être utile d'informer les proches de la demande du patient.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Nous avons une réelle divergence sur ce que doit être l'aide à mourir. Elle repose, selon moi, sur deux piliers : premièrement, le respect des conditions fixées à l'article 2, appréciées à la suite d'une procédure collégiale ; deuxièmement, la volonté de la personne, qu'elle devra confirmer tout au long de la procédure. Je suis convaincu qu'il ne revient pas aux proches d'émettre un avis, tant cette décision relève de l'intime.

Plusieurs amendements traduisent des inquiétudes quant aux pressions qui pourraient être exercées sur la personne. Pourquoi, de manière totalement contradictoire, les intégrer à la procédure ? Il faut savoir ce que nous voulons. Laissons le malade décider seul.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Je rejoins le rapporteur général. Je note aussi une contradiction dans vos amendements, madame Gruet : vous défendiez tout à l'heure l'idée que la personne devait être seule au moment de la demande, sans proches à ses côtés qui risqueraient de l'influencer ; et maintenant vous expliquez qu'il faudrait, une fois la demande exprimée, associer les proches dans la prise en compte de la demande. Il y a là une incohérence totale !

J'insiste sur qui constitue le cœur du texte : la personne doit formuler sa demande elle-même, compte tenu de ce qu'elle subit, en conscience, sans influence aucune ni positive ni négative de qui que ce soit. Cela relève bien de l'intime.

Mme Annie Vidal (EPR). Je suis personnellement très attachée à la question des proches aidants. Recueillir leur avis ne signifie pas qu'il influencera la décision. En revanche, exclure les proches de la démarche, c'est nier la réalité d'une fin de vie : à part les personnes qui sont complètement isolées socialement, la plupart vivent ce moment en famille. Les proches aidants, qui sont présents aux côtés du patient tous les jours – que ce soit l'époux, l'épouse, le fils, la fille ou autres – font partie intégrante de cette période qu'est la fin de vie et les exclure serait d'une violence inouïe.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS440 de Mme Christine Loir

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Nous voulons garantir qu'avant toute demande d'aide à mourir la personne sera systématiquement informée de l'existence de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, prévue par la loi Claeys-Leonetti. Cette possibilité existe dans le droit français et permet de répondre à des situations de souffrance réfractaire dans un cadre médical, éthique et juridiquement sécurisé, sans provoquer intentionnellement la mort. Pourtant, dans les faits, cette option demeure insuffisamment connue, tant par les patients que par certains professionnels de santé. De nombreuses demandes d'aide à mourir sont motivées par la peur de souffrir, par l'angoisse de la fin ou par la crainte d'un abandon. Ne pas informer clairement sur la sédation profonde, c'est laisser ces peurs s'exprimer, sans que toutes les solutions alternatives légales aient été présentées. Informer ne veut pas dire orienter ; c'est respecter la liberté réelle du patient, en lui communiquant l'ensemble des options prévues par la loi.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Votre amendement est satisfait puisque, j'y insiste, l'alinéa 9 prévoit que la personne recevra une information sur les traitements et les dispositifs d'accompagnement disponibles, et l'alinéa 10 qu'elle

recevra une proposition de soins d'accompagnement, y compris palliatifs. La sédation profonde et continue devrait se trouver dans l'une ou l'autre de ces informations.

Avis défavorable.

M. Christophe Bentz (RN). L'information du patient doit être la plus complète possible. Tout à l'heure, Mme Dubré-Chirat a expliqué que l'on pouvait proposer l'aide à mourir dans deux cas : pour ceux qui ne veulent pas de soins palliatifs – c'est leur liberté de choix – ou ceux qui ne peuvent pas. Autrement dit, ceux qui sont victimes de la carence française en matière de développement des soins palliatifs. Cela voudrait dire que les 200 000 Français qui n'ont pas accès, chaque année, aux soins palliatifs se verraient proposer le suicide assisté ou délégué.

M. Jean-François Rousset (EPR). Il est un peu facile de caricaturer de la sorte. Il y a beaucoup de cas particuliers, des pathologies qui relèvent des soins palliatifs et d'autres pas, des situations urgentes dans lesquelles les traitements palliatifs ne permettent pas d'atténuer la douleur. Faisons confiance aux soignants et à la volonté du malade, au dialogue particulier entre le médecin traitant, l'équipe soignante et le patient, et arrêtons de tourner en rond.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS10 de M. Fabien Di Filippo

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'objectif est de rendre la consultation psychologique ou psychiatrique obligatoire pour les personnes demandant le suicide assisté ou l'euthanasie. Cette mesure, appliquée dans de nombreux pays ayant légalisé ces pratiques, favorise l'identification d'éventuels facteurs qui pourraient être traités pour apporter une réponse adaptée à la personne qui souffre, mais qui influencent son désir de mourir.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Comme pour les soins palliatifs, il appartient au patient d'en décider, sans que la loi le lui impose.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement rédactionnel AS674 de Mme Audrey Abadie-Amiel

M. Christophe Bentz (RN). Par parallélisme des formes, vous voulez supprimer la notion d'effectivité à l'alinéa 11, comme vous l'avez fait précédemment à l'alinéa 10. Ce n'est pas du tout un amendement rédactionnel puisqu'il est question, ici, de l'effectivité d'accès à un psychologue ou à un psychiatre, pas plus que votre amendement précédent, d'ailleurs, qui concernait l'accès effectif aux soins palliatifs.

Or il s'agit de garantir un droit concret, avec une prise en charge réelle. Par conséquent, il ne faut surtout pas voter cet amendement.

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

Amendement AS45 de M. Patrick Hetzel

Mme Josiane Corneloup (DR). Nous savons bien que le patient peut être soumis à des pressions extérieures. Cet amendement vise donc à s'assurer, par le biais d'un psychologue clinicien ou d'un psychiatre, comme c'est le cas dans la loi belge, que sa décision ne relève d'aucune pression extérieure.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. L'article 5 ne concerne pas le contrôle des conditions prévues à l'article 2 ; je vous renvoie pour cela à l'article 6. En l'état, le texte est déjà très clair : la volonté libre et éclairée ne saurait souffrir d'une quelconque pression. De tels ajouts risquent au contraire de décourager les demandeurs d'accepter d'être orientés vers un psychiatre ou un psychologue, alors que cette consultation pourrait leur être utile.

Avis défavorable.

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

Amendement AS168 de Mme Marie-France Lorho

Mme Lisette Pollet (RN). L'amendement est défendu.

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

Amendement AS238 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Il s'agit de renforcer le contrôle sur l'avis libre et éclairé, puisque la procédure repose sur une décision strictement personnelle et sur l'absence de pression. Afin de s'en assurer, il est utile que la personne soit explicitement informée de l'existence de protections pénales contre les pressions, manœuvres ou influences indues, qu'elles visent à dissuader ou à inciter. Cette information renforce la capacité de la personne à identifier des comportements abusifs, à s'en protéger et à les signaler.

Vous avez travesti mes propos, monsieur Delautrette : je différencie le moment de la demande – au cours duquel la personne doit être seule, afin de s'assurer de l'absence de pression – de celui où la décision est prise et pour lequel je propose d'informer les proches. Vous pouvez tourner en dérision notre volonté de nourrir le débat mais, en l'occurrence, nous ne parlions pas de la même chose.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. J'ai du mal à comprendre la plus-value de cette information : il s'agit d'une consultation avec un médecin, portant sur la prise en charge médicale, les soins palliatifs, la santé mentale et la procédure,

et non d'un entretien administratif ou juridique. La personne demandeuse n'est d'ailleurs pas la première concernée par le délit d'entrave ou d'incitation à l'aide à mourir.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). On en revient à la capacité de juger de l'avis libre et éclairé du patient, le médecin ne connaissant pas forcément tous les éléments de pression extérieure. C'est d'ailleurs pourquoi j'avais déposé l'amendement AS423 à l'article 4, proposant qu'un juge ou un magistrat contrôle la légalité des critères.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). À ce stade, aucune infraction pénale ne réprime l'incitation. Pourquoi l'introduire dans le texte ?

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS93 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Notre amendement vise à prévenir les conséquences humaines et psychiques graves pour l'entourage. L'information de la personne de confiance et des proches, si ces derniers le souhaitent, constitue une garantie minimale de loyauté et de dignité du processus. Les travaux disponibles montrent que l'absence d'information peut entraîner des traumatismes durables pour les familles, comme l'a rappelé la Cour européenne des droits de l'homme dans un arrêt de 2022. Sans remettre en cause l'autonomie du patient, notre amendement vise donc à éviter que la décision ne soit vécue par les proches comme une rupture brutale et incompréhensible.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Rien n'empêche que le patient communique ces informations à la personne de confiance ou à ses proches, ni qu'elle se fasse accompagner par ces derniers. En revanche, s'agissant d'une décision personnelle, l'obligation d'information de ces tiers me paraît délétaire.

Quant au souhait des personnes informées, il y a là une inversion très claire de la volonté : il ne s'agit pas de demander aux membres de la famille s'ils souhaitent être informés mais bien à la personne elle-même.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS239 de Mme Justine Gruet, AS638 de M. Christophe Bentz, AS240 de Mme Justine Gruet et AS523 de M. Thomas Ménagé (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). Il s'agit d'un énième amendement sémantique.

Permettez-moi d'en profiter pour regretter l'absence de réponse de Mme la rapporteure concernant ses amendements prétendument rédactionnels, qui, en réalité,

ont supprimé l'effectivité d'accès à un soin. Le minimum serait de nous répondre pour éclairer la représentation nationale.

M. Théo Bernhardt (RN). Je défends l'amendement AS523. Il s'agit effectivement d'amendements sémantiques, parce qu'il est important de mettre les bons mots sur les actes prévus dans la proposition de loi.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je l'ai déjà expliqué, je suis défavorable à ces amendements sémantiques.

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

Amendement AS169 de Mme Marie-France Lorho

M. Christophe Bentz (RN). Il ne s'agit pas ici d'un amendement rédactionnel. Encore une fois, j'estime que Mme la rapporteure pourrait nous répondre sur ses amendements qu'elle prétend rédactionnels alors qu'ils portent sur le fond.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous souhaitez informer la personne de l'ensemble des étapes de la procédure de l'aide à mourir. La rédaction de l'alinéa me semble suffisamment claire en l'état. L'article 13 prévoit d'ailleurs qu'un décret en Conseil d'État précisera notamment les modalités d'information de la personne qui demande l'aide à mourir.

Avis défavorable.

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

Amendement AS675 de Mme Audrey Abadie-Amiel

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Il s'agit d'un amendement de précision rédactionnelle, qui a été adopté par la commission du Sénat.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Je me permets de revenir sur la remarque de M. Bentz qui estime qu'il ne s'agit pas d'amendements rédactionnels : il est bien indiqué, dans les alinéas 10 et 11, que le médecin « s'assure », c'est-à-dire qu'il garantit que, si la personne le souhaite, elle pourra avoir accès aux soins palliatifs. La nouvelle rédaction conserve donc exactement le même sens que la précédente.

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

Amendement AS310 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Nous voulons encadrer strictement le rôle du médecin en réservant la délivrance d'informations relatives à l'aide à mourir aux seuls patients qui remplissent effectivement l'ensemble des critères légaux

d'éligibilité. L'objectif est d'éviter que des informations portant sur un dispositif juridiquement inaccessible pour le patient ne lui soient délivrées de manière anticipée, ce qui pourrait créer des attentes infondées, une confusion sur les droits ouverts ou une pression psychologique inappropriée. Cette précision renforce la cohérence du cadre légal et garantit le respect des conditions strictes posées par le législateur.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Votre amendement pose problème : il vise à délivrer les informations relatives aux conditions d'accès à l'aide à mourir uniquement si le patient remplit celles-ci alors que, à ce stade de la procédure, le médecin ignore si elles sont remplies ; pour le savoir, il devra engager la procédure collégiale prévue à l'article 6.

Parce qu'il engagerait la responsabilité du seul médecin en matière de respect des conditions d'accès, avant même de les avoir évaluées, votre amendement est contre-productif.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). J'entends vos arguments, mais il n'en demeure pas moins que les modalités de mise en œuvre de la procédure pourront être communiquées aux personnes même si elles ne remplissent pas les conditions d'accès. À ce stade de la procédure, il serait judicieux de communiquer uniquement les critères d'éligibilité.

Certes, l'éligibilité est déterminée de façon collégiale, mais il me semble qu'une personne non éligible n'a pas à connaître les modalités de mise en œuvre de la procédure.

En tout état de cause je vais retirer cet amendement, que je modifierai en vue de l'examen du texte en séance publique.

M. Yannick Monnet (GDR). J'entends votre opposition à ce texte, mais vous faites valoir des arguments qui vont à l'encontre de ce que vous défendez habituellement ! Votre amendement vise à encadrer la relation, intime et unique, entre le médecin et son patient. Mais vous n'avez pas à dire à un médecin ce qu'il a le droit de dire ou non à son patient !

L'amendement est retiré.

Amendement AS298 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement vise à garantir la clause de conscience du médecin et la protection du patient, en précisant explicitement que le premier n'est jamais tenu d'informer le second de la possibilité de recourir à une substance létale dans les conditions prévues, même lorsque son pronostic vital est

engagé à court terme. Il s'agit de s'assurer que les professionnels de santé ne donnent pas d'information sans sollicitation du patient.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je peine à comprendre l'utilité de votre amendement. Au cours de leurs consultations, les médecins abordent avec leurs patients l'ensemble des éléments nécessaires ; l'aide à mourir peut en faire partie, *a fortiori* lorsque le patient demande des informations à ce sujet. Puisque la proposition de loi n'impose aucune obligation aux médecins en ce sens, votre amendement ne présente aucune utilité.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Vous venez de dire que le médecin est libre de donner à son patient toutes sortes d'informations, notamment l'existence de l'aide à mourir, alors que lors de la précédente lecture, vous aviez insisté pour préciser qu'à aucun moment le médecin n'informait le patient sur l'aide à mourir si celui-ci n'en faisait pas la demande. Je regrette ce changement.

M. Philippe Vigier (Dem). Il est nécessaire de distinguer l'information du soin lui-même. Rappelons que s'il le souhaite, un médecin peut choisir de ne pas pratiquer le soin en vertu de la clause de conscience prévue par le texte.

Le médecin est par définition omnipraticien : il peut parler de tout ce qui concerne la maladie. Or votre amendement restreindrait le champ de sa capacité d'information.

Vous qui êtes attachés à la liberté, vous prônez sa restriction en refusant aux médecins la capacité de présenter aux patients les options dont ils disposent : les soins palliatifs ou l'aide à mourir. Vous empêcheriez les médecins d'exercer leur ministère comme ils le doivent.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS339 de M. Matthias Renault

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement vise à apporter la transparence la plus complète, en ajoutant que la personne doit être informée aussi précisément que possible des modalités d'administration et d'action de la substance létale.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Comme vous le savez, puisque comme moi vous connaissez ce texte par cœur, ces informations sont déjà prévues à l'article 6. Elles sont délivrées à un moment plus opportun, lorsque la décision favorable a été rendue.

L'article 5 prévoit l'information relative à la mise en œuvre de l'aide à mourir ; elle comportera assurément des éléments concernant l'administration et

l'action de la substance létale, parmi des éléments plus généraux portant sur la suite de la procédure.

Avis défavorable, votre amendement étant satisfait.

M. Thibault Bazin (DR). L'article 5 organise les différentes étapes de la procédure et il me semble important d'y inclure une information précise sur les modalités d'administration et d'action de la substance létale.

En raison de la différence entre le suicide assisté – la personne peut agir elle-même – et l'euthanasie, les enjeux sont très différents. Le Comité consultatif national d'éthique a reconnu que l'implication des tiers n'est pas la même ; certains modes d'admission impliquent la présence d'un professionnel de santé. La personne qui fera peut-être une demande doit être informée de ces éléments.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Vous sautez les étapes : à ce stade, les modalités d'administration – auto-administration ou administration par un professionnel de santé – ne sont pas encore définies ; elles ne le seront qu'après la décision collégiale prise, au vu de la situation particulière du patient. De plus, la nature de la substance diffère en fonction de la modalité d'administration.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS586 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). L'amendement vise à sécuriser ce texte en précisant que la demande d'aide à mourir ne doit jamais compenser une carence du système de soins, en particulier un défaut de soins d'accompagnement et de soins palliatifs.

M. Philippe Vigier a évoqué la création d'unités mobiles de soins palliatifs dans les départements qui en sont dépourvus mais, actuellement, un Français sur deux n'a pas accès aux soins palliatifs !

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Sur le fond, le rapporteur général et moi-même nous sommes déjà exprimés sur le caractère préalable ou non des soins palliatifs. Sur la forme, votre amendement comporte une incohérence rédactionnelle l'empêchant d'être inséré dans l'énumération des actions du médecin.

Avis défavorable.

M. René Pilato (LFI-NFP). Je suis ravi d'entendre nos collègues s'exprimer au sujet des soins palliatifs. J'espère qu'ils seront cohérents et rétabliront le droit opposable aux soins palliatifs, supprimé par les sénateurs, lorsque nous examinerons le texte qui leur est consacré.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Dans certains départements, les équipes mobiles de soins palliatifs sont issues de centres hospitaliers universitaires ou de cliniques privées, qui, bien souvent, sont eux-mêmes en sous-effectif. Dans d'autres, notamment les plus pauvres et les plus ruraux, il n'y a tout simplement pas d'équipes de ce genre.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS241 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement vise à compléter l'article 5 afin de s'assurer que la décision de la personne concernée est bien libre et éclairée, au-delà des seuls critères médicaux. Des pressions, contraintes ou influences, notamment d'ordre patrimonial ou financier, sont susceptibles de caractériser une atteinte à la liberté de décision.

Ainsi, il me semble qu'un médecin n'est pas forcément en mesure d'évaluer le critère de résidence stable. De même, s'assurer que l'avis est libre et éclairé ne relève pas nécessairement de son champ de compétences – vous avez reconnu que ce point ne figurait peut-être pas au bon moment dans la procédure. Pourtant, le médecin doit être capable de discerner si l'avis est libre et éclairé ; et que vous le vouliez ou non, des influences d'ordre patrimonial, financier ou sociétal peuvent altérer le discernement de patients formulant une demande d'aide à mourir.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je doute que le médecin apprenne quoi que ce soit à la personne : chacun sait caractériser une contrainte ou une pression. Le médecin présentera à la personne les conditions d'accès à l'aide à mourir et évoquera la manifestation libre et éclairée de sa volonté. Votre amendement ne me semble pas utile.

M. Patrick Hetzel (DR). Permettez-moi de rappeler qu'au cours des dernières années, on a dénombré dans notre pays entre 450 et 650 condamnations pour abus de faiblesse.

Nous devons tout mettre en œuvre pour que dans ce cas précis, cette possibilité soit écartée. Je ne comprends pas vos réserves à cet égard, monsieur le rapporteur général, puisque cette mesure renforcerait le texte.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS94 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement vise à renforcer la protection des personnes juridiquement vulnérables. Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique, le risque d'abus de faiblesse ne peut être ignoré. La saisine du juge des contentieux de la protection constitue une garantie indispensable d'impartialité et de sécurité juridique.

Il ne s'agit pas de remettre en cause la volonté de la personne, mais de s'assurer qu'elle s'exprime librement, sans subir de pressions ou d'influence. Concernant un acte irréversible, ce contrôle juridictionnel est une mesure de prudence élémentaire.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. L'an dernier, nous avons adopté à l'article 12 une voie de recours pour la personne chargée de la protection devant le juge des contentieux de la protection. Vous vous en souvenez certainement, puisque vous aviez participé à ce débat.

Néanmoins, le recours tel que vous l'évoquez n'aurait pas de sens pour le médecin, puisqu'il est précisément celui qui décide de l'accès ou non à l'aide à mourir. S'il doute du caractère libre et éclairé de la volonté, il rendra une décision négative.

Avis défavorable.

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

*Puis, suivant l'avis du rapporteur général, elle **rejette** l'amendement AS95 de Mme Sandrine Dogor-Such.*

Amendement AS322 M. Thierry Frappé

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

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous souhaitez ajouter la signature d'un document par la personne, attestant qu'elle a reçu toutes les informations et les propositions prévues par l'article. Un tel formalisme ne me paraît pas utile, la demande étant déjà écrite par défaut. De plus, tous les actes relatifs à la procédure seront consignés par chacun des professionnels dans le système d'information prévu à l'article 11.

Avis défavorable.

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

*Puis elle **adopte** l'article 5 **modifié**.*

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

Amendements de suppression AS46 de M. Patrick Hetzel et AS209 de Mme Marine Hamelet

M. Patrick Hetzel (DR). L'article 6 définit la procédure d'examen de la demande d'euthanasie ou de suicide assisté, jusqu'à la prescription de la substance létale. Le pouvoir de décision du médecin, même s'il peut recueillir l'avis d'autres professionnels, reste très fort. La collégialité est souvent évoquée, mais elle nécessite une présence physique, qui n'est pas prévue dans ce texte.

Dans l'État américain de l'Oregon, l'avis de trois médecins est exigé et leur présence physique est requise ; l'un d'entre eux est systématiquement un psychiatre, qui doit s'assurer de l'absence de souffrances psychiatriques qui pourraient être prises en charge.

Je considère que les garanties dont il est question dans le texte ne sont pas accordées et que la collégialité prévue est moins protectrice que dans la plupart des pays concernés, qui ont cherché à instaurer de véritables garde-fous.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Vous souhaitez supprimer l'article 6, qui est pourtant équilibré et essentiel puisqu'il prévoit une procédure rigoureuse de vérification et d'évaluation des conditions d'accès, des délais permettant la nécessaire réflexion du médecin et du demandeur et une prescription adaptée aux règles de sécurité et de recommandation médicales.

Rappelons qu'en première lecture, nous avons largement modifié cet article en adoptant quarante et un amendements – dont quatorze identiques –, qui ont permis de sécuriser l'ensemble de la procédure. Parmi eux figurait un amendement du président Valletoux décrivant précisément l'ensemble de la procédure collégiale, calquée sur la procédure de sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès de la loi Claeys-Leonetti.

Or vous semblez estimer que la procédure prévue à l'article 6, qui reprend la procédure considérée comme remarquable de la loi Claeys-Leonetti, elle-même considérée comme un trésor national, ne serait pas pertinente ! Cela me semble particulièrement incohérent.

Nous avons également adopté un amendement de Mme Leboucher, qui précisait les caractéristiques du discernement, ainsi qu'un amendement du Gouvernement – et les douze identiques issus de tous les bancs – visant à rendre incompressible le délai de réflexion de la personne.

Les travaux que nous avons menés en première lecture montrent à quel point l'article 6 a été consolidé et je tiens résolument à ce qu'il soit voté.

M. Philippe Vigier (Dem). Non seulement la procédure encadrant la demande d'aide à mourir a été calquée sur celle de la loi Claeys-Leonetti, mais elle prévoit également la possibilité de consulter d'autres professionnels de santé – psychologues, psychiatres, etc. De plus, le présent texte prévoit une traçabilité

compète, qui ne figurait pas dans la loi Claeys-Leonetti. Si la loi Claeys-Leonetti est un bijou, celle-ci sera un bijou deux fois mieux protégé.

Mme Annie Vidal (EPR). Une faiblesse demeure, dans le présent texte, au sujet de la collégialité : le second médecin n’a pas l’obligation d’ausculter le patient – il ne le fait que s’il l’estime nécessaire.

A contrario, la procédure relative à la sédation profonde et continue, ainsi que les procédures instaurées dans les pays ayant légalisé l’euthanasie ou le suicide assisté prévoient que deux médecins examinent le malade.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS47 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Puisque ce texte fait l’objet d’une nouvelle lecture, le débat doit avoir lieu ; l’article 4 a d’ailleurs été amendé.

Je fais partie de ceux qui considèrent que ce dont nous parlons ne relève pas du soin, mais d’une autre nature. C’est pourquoi cet amendement vise à supprimer la référence au code de la santé publique.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Le texte ne qualifie pas l’aide à mourir de soin. Par ailleurs, le code de la santé publique ne parle pas que de soins : il y est même question des débits de boissons !

M. René Pilato (LFI-NFP). Modifier l’article 6 reviendrait à réduire les garanties, qui ont fait l’objet de patientes réflexions. Au cours des trois lectures de ce texte, tous les groupes ont fait preuve de vigilance, afin de consolider cet article, tant au bénéfice des patients qu’à celui des médecins.

Le modifier ou l’affaiblir irait à l’encontre de ce que vous défendez, en permettant l’arbitraire. Je vous invite à bien réfléchir aux conséquences des amendements à l’article 6 que vous défendrez.

Mme Justine Gruet (DR). Nous avons modifié un alinéa de l’article 4, portant sur l’un des critères d’éligibilité. Vous avez considéré qu’il s’agissait d’une mise en cohérence, mais remplacer « souffrances physiques et psychologiques » par « souffrances physiques ou psychologiques » augmente, factuellement, le nombre de personnes éligibles et modifie nécessairement l’équilibre du texte.

Il me semble donc délicat de prétendre que le texte ne peut être modifié à l’occasion de cette nouvelle lecture.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Depuis que nous avons repris l’examen du texte ce matin, rien n’a été modifié. Quant au débat relatif à la prise en compte des souffrances physiques et psychologiques, il avait été tranché en première

lecture, par un vote en commission et en séance publique. L'incohérence aurait consisté à ajouter la souffrance psychologique seule.

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

Amendement AS198 de Mme Annie Vidal

Mme Annie Vidal (EPR). Il s'agit d'un amendement de cohérence, lié à un autre amendement visant à préciser que le médecin doit être volontaire. Celui-ci n'ayant pas été adopté, je retire celui-là.

*L'amendement est **retiré**.*

Amendement AS676 de Mme Audrey Abadie-Amiel

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Cet amendement d'harmonisation vise à préciser que le médecin a accès aux informations du dossier médical de la personne. Il a été adopté en commission au Sénat.

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

Amendement AS677 de Mme Audrey Abadie-Amiel

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. L'amendement vise à supprimer la seconde phrase de l'alinéa 2, qui précise que le médecin qui sollicite le préfet sur les conditions de résidence en France de la personne obtient une réponse sans délai.

Cet ajout, introduit en séance publique, n'est pas nécessaire, les services du Gouvernement ayant confirmé que la condition de résidence stable pourra être appréciée grâce à la carte Vitale de la personne. Il semble peu utile de solliciter les préfectures, déjà fortement mobilisées par d'autres missions.

Par ailleurs, si la phrase était maintenue, le mot « préfet » devrait être remplacé par « représentant de l'État dans le département ».

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

Amendement AS547 de M. Julien Odoul

M. Christophe Bentz (RN). Comme à l'article 4, l'utilisation du terme « gravement » pose problème : soit le jugement est altéré, soit il ne l'est pas, mais il me semble impossible de graduer ainsi le discernement.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Avis défavorable, pour les mêmes raisons que tout à l'heure.

Par ailleurs le terme de discernement figure dans le code civil, le code pénal et le code de la santé publique, dans des contextes similaires ; il est donc adapté.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS362 et M. Thibault Bazin, AS404 de Mme Lisette Pollet et AS589 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

M. Thibault Bazin (DR). L'alinéa 3 de l'article 6 précise : « La personne dont le discernement est gravement altéré lors de la démarche de demande d'aide à mourir ne peut pas être reconnue comme manifestant une volonté libre et éclairée. »

Cet amendement vise à supprimer le terme « gravement » : soit le discernement est altéré, soit il ne l'est pas. Cette formulation crée une forme de doute ; comment la notion d'altération pourrait-elle être graduée ? Le respect du critère relatif au consentement libre et éclairé serait remis en question si la rédaction de l'alinéa 3 était maintenue.

Mme Lisette Pollet (RN). Supprimer le mot « gravement » est une nécessité ; juridiquement, les mots ont un poids. Il serait incompréhensible d'autoriser une euthanasie sur une personne dont le discernement est altéré, même légèrement. S'agissant d'un acte définitif, le consentement doit être absolument exempt de toute altération. De plus, la notion d'altération grave est subjectivement improuvable et juridiquement dangereuse. J'en appelle à notre responsabilité.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Juridiquement, « une volonté libre et éclairée » et « un discernement altéré » sont antinomiques. Supprimer le mot « gravement » permettrait de renforcer la protection du discernement dans le processus d'aide à mourir ; toute altération du discernement, même modérée, doit suffire à invalider la procédure.

La notion d'altération grave introduit une zone grise : des cas où la volonté serait altérée, mais pas gravement, pourraient être tolérés. S'agissant d'un choix aussi irréversible, la pleine lucidité doit être une exigence absolue. Supprimer ce qualificatif revient à relever le niveau de prudence, en ne permettant l'accès à l'aide à mourir qu'aux personnes dont le discernement est intact au moment de leur demande.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Si l'article 2 prévoit que le demandeur doit être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée, l'alinéa 3 de l'article 6 précise que les personnes dont le discernement est gravement altéré ne peuvent être regardées comme manifestant une réelle volonté.

La procédure comporte déjà des conditions d'accès très strictes, que nous avons largement renforcées en première lecture. Dans le projet de loi de 2024, cet alinéa concernait uniquement les personnes atteintes de maladies psychiatriques. Dans la proposition de loi de 2025, il a été étendu à toutes les maladies. Il concerne

désormais toute altération grave du discernement. Par conséquent, il ne me semble, en l'état, ni laxiste ni irresponsable.

Avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Il a été question tout à l'heure des personnes sous tutelle ou curatelle. La loi ne les empêche pas de prendre des décisions pour elles-mêmes. Nous parlons, ne l'oublions pas, de personnes gravement malades, qui peuvent avoir des traitements à base d'opioïdes, lesquels peuvent affecter légèrement leur discernement. On ne va pas leur demander d'arrêter leur traitement antidouleur pour être parfaitement conscientes. Voyez un peu le délire qui nous attend si les dispositions concernant le discernement sont mal dosées. Le médecin est la bonne personne pour juger si les gens sont en pleine possession de leurs moyens.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Lorsqu'un notaire – je ne sais pas s'il y en a parmi nous – se rend dans un hôpital auprès d'un patient, pensez-vous qu'il rédigera un testament si le discernement de la personne est simplement altéré ? Bien sûr que non. En cas d'altération, même simple, du discernement, on doit encore moins pouvoir accéder à l'aide à mourir.

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

Amendement AS99 de Mme Sandrine Dogor-Such

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

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

Amendement AS153 de Mme Marie-France Lorho

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

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

Amendements AS252 de Mme Justine Gruet, AS96 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS253 de Mme Justine Gruet et AS548 de M. Julien Odoul (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). Les amendements AS96 et AS548 sont défendus.

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

Amendement AS333 de Mme Annie Vidal

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

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

*Puis, suivant l'avis du rapporteur général, elle **rejette** l'amendement AS639 de M. Christophe Bentz.*

Amendement AS486 de Mme Danielle Simonnet

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). L'amendement est défendu.

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

Amendement AS590 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Je propose de reprendre une disposition essentielle de la législation belge sur l'aide à mourir. Le médecin devra prioritairement arriver, avec la personne, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable compte tenu de la situation et que la demande est entièrement volontaire. Cela permettra de consacrer un principe fondamental : l'aide à mourir ne doit jamais être une réponse par défaut et elle ne doit être envisagée qu'une fois que toutes les options médicales, psychologiques, sociales et palliatives disponibles ont été explorées, dans un dialogue constant entre le patient et le médecin. Cette exigence renforcera la portée éthique de la loi en plaçant la recherche de solutions alternatives au cœur de la décision médicale, tout en garantissant le caractère libre, réfléchi et persistant de la demande.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Vous souhaitez préciser que le médecin doit avoir la conviction, avec la personne concernée, qu'aucune autre solution raisonnable n'est possible et que la démarche est volontaire. Le dernier critère est déjà prévu : je vous renvoie aux conditions d'accès prévues à l'article 4. Quant à la conviction du médecin qu'aucune autre solution raisonnable n'existe, vous voyez bien le caractère résolument subjectif de cette condition. Ce qui est raisonnable pour vous ne l'est pas forcément pour moi, par exemple. La loi n'a pas à fixer des critères subjectifs dont la mise serait particulièrement complexe. Elle doit au contraire définir des critères d'accès clairs, comme nous l'avons fait à l'article 4.

Avis défavorable.

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

Amendement AS536 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). En première lecture, nous avons décidé que le médecin mettrait en place une procédure collégiale. Je propose de préciser que c'est au sein de l'équipe soignante. En effet, qui pourra vraiment apprécier le respect des critères ? Si c'est un médecin ou un auxiliaire médical qui ne connaît pas le patient, il y aura un problème. Dans le cadre des procédures de sédation profonde et continue

jusqu'au décès, ce travail est fait au sein de l'équipe soignante. Ici, ce n'est pas précisé alors que cela me paraît très important.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Vous souhaitez que le médecin conduise la procédure collégiale au sein de l'équipe soignante, mais ce sera impossible. Nous avons prévu la participation d'un médecin spécialiste qui n'intervient pas dans la prise en charge de la personne.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS591 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Cet amendement reprend une autre exigence de la législation belge. Le médecin devra mener plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable, pour réaliser une évaluation approfondie, progressive et rigoureuse du respect des conditions légales : la réalité de la souffrance, le caractère incurable de la maladie, l'engagement du pronostic vital et l'expression libre et éclairée d'une volonté. Ce temps d'échange et de maturation permettra de s'assurer de la constance de la demande, de prévenir des décisions prises sous l'effet d'une détresse ponctuelle et de sécuriser l'ensemble du processus.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Nous ne souhaitons pas complexifier la procédure pour les soignants et les patients. Par ailleurs, cet amendement est imprécis : combien faudra-t-il d'entretiens et quelle est la définition du délai raisonnable ? Ce que vous proposez serait sans doute incompatible avec le délai de quinze jours qui est laissé au médecin pour se prononcer.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS48 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Cet amendement a pour objectif d'assurer une réelle collégialité en apportant plusieurs précisions. Dans la situation actuelle, un seul médecin décidera. Il demandera certes un autre avis, mais celui-ci ne l'engagera pas. Par ailleurs, un même médecin sera à la fois expert, décideur et exécutant, c'est-à-dire juge et partie, sur le plan juridique, ce qui pose une vraie difficulté. Nous devons donc prévoir des garanties supplémentaires.

Les débats qui ont eu lieu en Suisse ont notamment porté sur la nécessité d'une collégialité effective, en particulier grâce à l'intervention d'un médecin qui n'est pas celui qui suit le patient. Nous demandons que cet autre médecin soit physiquement présent pour procéder à un examen et donner un avis argumenté, car nous considérons que cela fait partie des sécurités nécessaires.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Votre amendement tend à revenir à une procédure de recueil d'avis, ce qui me semble moins protecteur que le dispositif adopté en première lecture, à savoir la réunion d'un collège, dont les participants devront être présents physiquement. Vous voulez, par ailleurs, modifier la liste des intervenants, mais votre amendement semble moins précis que la rédaction actuelle et essentiellement adapté au cas d'une personne hospitalisée ou hébergée dans un établissement.

Pour ces deux raisons, avis défavorable.

M. Thibault Bazin (DR). Je trouve cet amendement intéressant. Il demande un avis écrit, un examen médical de la personne par un expert extérieur, la participation de l'équipe soignante du patient et, en cas de doute sur le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté, d'un psychiatre, ce qui me semble plus complet.

Je reviens sur ce que vous avez dit tout à l'heure, monsieur le rapporteur général. Le médecin qui instruira la demande pourra ne pas suivre le patient, et ce sera également le cas du médecin chargé de formuler un avis extérieur. Potentiellement, il n'y aura donc aucun médecin qui suit le patient. Dans le cadre d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès, la procédure collégiale fait intervenir le médecin qui suit le patient, des membres de l'équipe soignante et au moins un médecin extérieur. Je ne comprends pas pourquoi vous ne voulez pas une procédure de même niveau sur le plan qualitatif, c'est-à-dire en ce qui concerne la connaissance de la personne et de sa pathologie.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle rejette l'amendement AS206 de Mme Marine Hamelet.

Amendements AS537 de M. Thibault Bazin et AS201 de Mme Annie Vidal (discussion commune)

M. Thibault Bazin (DR). Il est prévu que le médecin aura accès au dossier médical de la personne et qu'il examinera celle-ci, sauf s'il ne l'estime pas nécessaire. Vu l'importance de la question, je pense au contraire que le médecin doit examiner la personne. Un examen clinique est essentiel. Sinon, comment pourrait-on vraiment apprécier le respect des différents critères ? Il faut au moins apporter cette garantie. Ce n'est pas grand-chose et, pour éviter un problème de recevabilité, mon amendement prévoit que les actes afférents ne feront l'objet d'aucune rémunération par la sécurité sociale.

Mme Annie Vidal (EPR). La rédaction actuelle donne au médecin la faculté de ne pas examiner le malade avant d'émettre un avis. Or comment pourrait-on juger inutile d'examiner un malade qui demande à mourir ? Cette disposition soulève des

interrogations éthiques et déontologiques eu égard à la gravité de la décision en question. Autoriser un médecin à se prononcer sur la seule base d'un dossier médical, aussi complet soit-il, ne me semble pas compatible avec l'exigence de rigueur, de gravité et de discernement qui s'attache à une telle décision. L'examen direct de la personne permettra non seulement de vérifier le respect des conditions médicales mais aussi de mieux apprécier la volonté du patient, sa cohérence, sa souffrance et le contexte global dans lequel s'inscrit la demande.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je rappelle un point essentiel : dans la rédaction actuelle, le médecin pourra ne pas examiner la personne s'il estime que ce n'est pas nécessaire, mais l'examen clinique sera la règle. Vous avez parlé de rigueur. Nous saluons tous le travail des soignants et, en particulier, la qualité des médecins. On peut penser qu'ils sont suffisamment professionnels et rigoureux pour que, s'ils estiment qu'un examen n'est pas nécessaire, ce ne soit pas de la désinvolture. Par ailleurs, le médecin disposera d'un dossier médical complet, qui comportera notamment les comptes rendus de toutes les consultations, des hospitalisations et des examens de biologie ou de radiographie. La rédaction actuelle me semble donc équilibrée.

Avis défavorable.

M. Philippe Vigier (Dem). J'avoue ne pas voir quel fil ont suivi nos collègues. Un examen clinique est un acte, et en tant que tel il est nécessairement rémunéré. Croyez-vous que l'absence de rémunération aura un effet désincitatif ? J'essaie simplement de comprendre. Connaissiez-vous des actes médicaux qui ne sont pas rémunérés ? Les médecins qui les réalisent peuvent être des salariés d'un hôpital, auquel cas l'acte pourrait entrer dans leur pratique habituelle, mais aussi des intervenants extérieurs, des praticiens libéraux, auxquels vous tordrez donc le cou. L'acte sera nécessairement une consultation – une auscultation et une évaluation de l'évolution de l'état de santé du patient. Si vous ne voulez pas que ce soit considéré comme un acte, un véritable problème se pose.

M. Patrick Hetzel (DR). Monsieur le rapporteur général, la pratique de 99,9 % des médecins sera évidemment conforme à ce que vous dites, mais il faut aussi envisager d'autres cas. J'ai présidé la commission d'enquête sur les fraudes sociales : il se trouve que certains médecins ont des pratiques un peu curieuses dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, puisqu'ils arrivent à voir une vingtaine de patients en une demi-heure. On ne peut pas supposer que l'ensemble d'une profession fait preuve de vertu. Il faut donc prévoir des garanties, des garde-fous pour éviter les dérives. Il n'y a pas lieu de jeter l'opprobre sur toute une profession, je vous rejoins sur ce point, mais nous sommes là pour écrire le droit et prévoir des procédures qui permettent de sécuriser les choses. Ces amendements sont donc très pertinents.

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

Amendement AS549 de M. Julien Odoul

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

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

Amendement AS53 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Cet amendement, qui avait été déposé par le Gouvernement en première lecture, prévoit une garantie supplémentaire. En cas de doute sur le discernement de la personne, le médecin consultera un psychiatre ou un neurologue dans le cadre de la procédure collégiale. Lorsqu'un ministre de la santé défend un tel amendement, on peut penser qu'il a de bonnes raisons de le faire.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je peine à comprendre que vous laissiez au médecin le choix de consulter un psychiatre ou un neurologue. En matière de discernement, il me semble qu'un psychiatre est le plus qualifié en première intention. Par ailleurs, la rédaction actuelle prévoit que le médecin peut saisir un professionnel de santé – y compris un psychiatre, un neurologue ou un psychologue – s'il a un doute. Je considère qu'il n'y a pas lieu de modifier la formulation, qui est équilibrée.

Avis défavorable.

M. Jean-François Rousset (EPR). Cela fait plusieurs minutes que vous passez au crible les pratiques médicales. On doit faire confiance aux médecins. Malgré tout ce qu'on peut dire à leur sujet, il faut les laisser maîtres de leurs pratiques. Si un médecin considère qu'il a besoin d'un psychiatre, parce qu'il suspecte un trouble psychiatrique, qu'il le fasse. Pourquoi évoquer un neurologue ? On pourrait aussi consulter un orthopédiste, mais cela n'aurait aucun intérêt dans ce cas.

On ne peut pas, d'un côté, défendre la médecine libérale, en disant qu'il faut faire confiance aux médecins, parce qu'ils savent ce qu'ils font, et ajouter, de l'autre côté, des couches de contraintes supplémentaires. Quand un malade se trouve dans ce genre de situation, il faut aller au plus simple et faire confiance.

J'ajoute que la pratique médicale est évaluée – nous sommes demandeurs, dans l'intérêt de l'efficacité des soins. Par ailleurs, un médecin fait toujours un compte rendu de sa consultation. Il pourra montrer qu'il a examiné le malade et son dossier. Arrêtons de donner des consignes en matière de bonnes pratiques médicales tout en disant qu'il faut laisser travailler les médecins libéraux.

M. Patrick Hetzel (DR). Tout cela n'est pas contradictoire. Il faut évidemment faire confiance aux professionnels. Néanmoins, permettez-moi de faire un parallèle : quand nous débattons de bioéthique, la règle générale est de faire confiance aux chercheurs, mais cela ne veut pas dire que nous n'adoptons pas des

normes juridiques pour assurer un encadrement. C'est notre rôle. Le législateur encadre, ce qui ne signifie pas qu'il suit une logique de défiance. Dans un État de droit, on peut à la fois faire confiance et chercher à établir un cadre.

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

Amendement AS74 de M. Michel Lauzzana

M. Michel Lauzzana (EPR). Cet amendement vise à introduire dans la procédure la personne de confiance, qui est chargée d'accompagner le patient dans les démarches liées à sa santé et de recevoir à sa place, quand il ne peut pas le faire, l'information médicale.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je pense que cet ajout n'est pas utile. La personne qui fait la demande doit disposer de son discernement. Dans ce cas, la personne de confiance n'a pas de plus-value au sein du collège. Le recueil de son avis est cependant possible, conformément à l'alinéa 10, ce qui me paraît amplement suffisant.

Demande de retrait ; sinon, avis défavorable.

*L'amendement est **retiré**.*

Amendements AS441 de Mme Christine Loir et AS525 de M. Thomas Ménagé (discussion commune)

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement AS441 vise à renforcer concrètement la collégialité de la décision. Le médecin traitant n'est pas un médecin comme les autres : c'est lui qui voit le patient dans la durée, suit son parcours de soins et connaît ses fragilités, ses renoncements, parfois, mais aussi ses ressources. Exclure ce médecin du collège pluriprofessionnel priverait la prise de décision d'un regard essentiel sur le plan médical mais aussi humain et contextuel. Sa présence permettrait d'éviter une appréciation déconnectée de l'histoire réelle de la personne. Par ailleurs, l'amendement ne créera aucune obligation : il ouvrira simplement une possibilité.

M. Théo Bernhardt (RN). L'amendement AS525 est défendu.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Avis défavorable.

Par définition, le médecin traitant fait partie des professionnels de santé, qui sont mentionnés dans cet alinéa. Vos amendements ne sont donc pas utiles.

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

Amendement AS98 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Cet amendement tend à inclure non seulement des psychologues mais aussi des psychiatres, et à préciser qu'ils doivent être agréés auprès de la cour d'appel.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. L'avis d'un psychologue ou d'un psychiatre est déjà possible dans la rédaction actuelle. Par ailleurs, faire appel à un psychiatre ou à un psychologue agréé auprès de la cour d'appel conduirait à une judiciarisation de la procédure à laquelle nous nous sommes opposés plusieurs fois. Enfin, compte tenu des autres termes de l'alinéa 8, il faudrait que le psychiatre ou le psychologue agréé auprès de la cour d'appel intervienne déjà auprès de la personne, ce qui est, vous me l'accorderez, peu probable.

Avis défavorable.

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

*Puis elle **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS680 et AS679 de Mme Audrey Abadie-Amiel.*

Amendement AS539 de M. Thibault Bazin

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

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

Amendement AS129 de Mme Élise Leboucher

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Cet amendement précise qu'il faut obtenir le consentement d'une personne faisant l'objet d'une mesure de protection avant de prévenir la personne qui en est chargée.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je comprends la distinction que vous voulez faire, mais je n'y suis pas favorable. Le texte ne prévoit pas de différence pour les majeurs protégés : il leur applique le même traitement. Restons cohérents. Par ailleurs, le Conseil d'État a souligné, dans son avis, la nécessité de garanties supplémentaires quelle que soit la nature de la protection juridique.

Demande de retrait ; sinon, avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Il est effectivement très important de ne pas faire de distinction entre les personnes qui font l'objet d'une mesure de protection et les autres. Néanmoins, une personne qui ne fait pas l'objet d'une mesure de ce type n'a pas de tuteur : les équipes médicales ne se demanderont pas s'il faut le prévenir ou non. Or la question se posera pour une personne qui fait l'objet d'une mesure de protection. Il n'est absolument pas accessoire de préciser que cette personne doit donner son consentement pour qu'on parle de sa situation à son tuteur.

Cette disposition permettra également de souligner que, quoi qu'il arrive, les décisions qui concernent la personne sont prises par elle et non par son tuteur.

Mme Justine Gruet (DR). Nous avons tenté de sécuriser le dispositif au fil de la navette, mais cela n'aura d'effet que si l'on sait qu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection. Or, s'il est prévu à l'alinéa 7 de l'article 5 que le médecin demandera à la personne si elle est dans ce cas, on ne le vérifiera pas. Vous avez même fait supprimer, madame la rapporteure, au deuxième alinéa de l'article 6, la possibilité qui était offerte au médecin de demander au préfet de procéder à une vérification. Le processus n'est donc pas suffisamment sécurisé.

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

Amendement AS127 de M. René Pilato

M. René Pilato (LFI-NFP). Aux termes de la rédaction actuelle, il faudra tenir compte des observations de la personne chargée de la mesure de protection. Notre amendement tend à ce que l'on « recueille » ces observations avant de les transmettre à l'équipe pluriprofessionnelle. En effet, si nous écrivons simplement qu'il faut en tenir compte, cela signifie qu'elles feront l'objet d'un tri, alors qu'il faudrait les rapporter telles quelles pour s'assurer que la décision est prise d'une façon éclairée. Notre proposition mettrait, de plus, la rédaction de l'alinéa 9 en cohérence avec celle de l'alinéa 10, qui permet de « recueillir l'avis de la personne de confiance ».

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Nous sommes favorables à cet amendement qui permettra effectivement d'harmoniser la rédaction de cet alinéa avec celle de l'alinéa 10. Cela correspondra davantage à l'esprit de la procédure collégiale mise en place à l'article 6 – le médecin réunit des professionnels, recueille des avis, puis prend une décision. C'est, en outre, une modification que le Sénat avait adoptée en commission en première lecture.

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

Amendement AS162 de Mme Marie-France Lorho

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

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

Amendement AS443 de Mme Christine Loir

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Au-delà de la question du discernement, nous ne pouvons ignorer la vulnérabilité des personnes protégées, qui peuvent faire l'objet de pressions, d'influences et de conflits d'intérêts. Ces pressions ne sont pas toujours visibles : elles peuvent être diffuses, implicites, liées à une dépendance affective, financière ou matérielle. En demandant explicitement au collège d'en

apprécier l'absence, cet amendement sécurise profondément la procédure sans l'alourdir. C'est une mesure de prudence élémentaire au service de la liberté réelle du patient.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Cet ajout ne semble pas utile, car le collège analyse et se prononce déjà sur l'ensemble des critères d'accès au droit à mourir, dont le caractère libre et éclairé de la volonté. Tel n'est pas le cas lorsqu'il existe des pressions ou des influences. L'infirmier ou le médecin vérifie encore la volonté libre et éclairée du patient le jour de l'administration de la substance létale.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS444 de Mme Christine Loir

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Lorsque la personne chargée de la mesure de protection émet une alerte sérieuse et motivée sur la capacité du demandeur à exprimer une volonté libre et éclairée, celle-ci doit être tracée. Sans enlever aucun pouvoir au médecin, la mention expresse de cette réserve dans la décision médicale impose de l'assumer, de l'examiner et d'en conserver une trace. Pour un acte irréversible, la transparence n'est pas une contrainte, mais une exigence. Cet amendement renforce la responsabilité collective sans rigidifier le dispositif.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. La décision motivée du médecin est rendue oralement et consignée. Les observations de la personne chargée de la mesure de protection seront prises en compte par le médecin au même titre que toutes les autres. Au reste, nous avons ouvert une voie de recours à l'article 12 : si la personne chargée de la mesure de protection estime que son avis n'est pas entendu, elle pourra saisir le juge des contentieux de la protection.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS442 de Mme Christine Loir

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Le terme de « collégialité » ne saurait être un mot creux : les observations formulées par la personne chargée de la mesure de protection doivent être consignées dans le dossier médical et portées à la connaissance de l'ensemble des membres du collège, sans quoi la décision de ce dernier risque de reposer sur une information partielle, fragmentée, voire incomplète. Cet amendement vise à garantir une appréciation réellement collective de la situation, afin de protéger les personnes vulnérables et de sécuriser juridiquement l'ensemble des acteurs.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Je rappelle que, aux termes de l'article 11, les actes sont enregistrés « à chacune des étapes de la procédure ». Le texte prévoit également que le médecin communique les observations de la personne chargée de la mesure de protection au collège lors de sa réunion.

Votre amendement étant satisfait, j'y suis défavorable.

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

Amendement AS174 de Mme Marie-France Lorho

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

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

Amendement AS383 de Mme Marie-France Lorho

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

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

Amendement AS473 de M. Yannick Neuder

Mme Justine Gruet (DR). La personne de confiance occupe une place centrale dans l'expression de la volonté du patient. Lorsqu'une telle personne a été désignée, rendre son avis obligatoire permet de sécuriser l'appréciation du caractère libre et éclairé de la demande, sans pour autant lui conférer un pouvoir décisionnel. C'est l'objet de cet amendement.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Tout le monde ne désigne pas une personne de confiance. Au reste, dans la mesure où le patient doit exprimer une volonté libre et éclairée, il n'est pas nécessaire de prévoir l'avis systématique de la personne de confiance. Enfin, votre amendement présente une incohérence rédactionnelle.

Avis défavorable.

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

Amendement AS445 de Mme Christine Loir

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

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

*Puis, suivant l'avis du rapporteur général, elle **rejette** l'amendement AS641 de M. Christophe Bentz.*

Amendement AS446 de Mme Christine Loir

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L’alinéa 11 prévoit des modalités d’évaluation clinique de la capacité de discernement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives très précises, lesquelles, aux termes de l’article 37 de la Constitution, relèvent clairement du domaine réglementaire. Inscrire des modalités aussi détaillées dans la loi fige les pratiques médicales qui, par nature, doivent pouvoir évoluer en fonction des connaissances scientifiques, des recommandations professionnelles et des retours de terrain. Supprimer cet alinéa ne retire aucune garantie au patient, mais permet de renvoyer la définition de ces modalités à des instruments plus adaptés, qui peuvent être ajustés, précisés et mis à jour, tels les recommandations de la HAS, les référentiels médicaux et les textes réglementaires.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je comprends votre intention : il ne nous appartient pas de prévoir, dans la loi, les modalités d’évaluation propres à chaque affection. Les médecins sauront s’adapter à chaque situation, comme ils le font au quotidien dans leur exercice. Rien ne justifie que les maladies neurodégénératives occupent une place à part dans le texte.

Les modalités d’appréciation du discernement pourraient être précisées dans le décret prévu à l’article 13, mais je ne souhaite pas supprimer cet alinéa sans avoir obtenu des engagements du Gouvernement à ce sujet. En attendant d’en débattre avec la ministre en séance, j’é mets un avis défavorable.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Si nous sommes d’accord, autant supprimer cet alinéa dès maintenant.

La commission rejette l’amendement.

Amendements identiques AS311 de Mme Justine Gruet, AS340 de M. Matthias Renault et AS474 de M. Yannick Neuder

Mme Justine Gruet (DR). Compte tenu de la gravité et du caractère irréversible des décisions relatives à l’aide à mourir, l’examen collégial ne saurait être réduit à des échanges à distance. Nous avons d’ailleurs précisé, en première lecture, que la réunion du collège se déroulait « en la présence physique de tous les membres », celle-ci garantissant la qualité des échanges humains, l’écoute mutuelle et l’appréciation fine des situations médicales, sociales et éthiques. Le recours à la visioconférence affaiblirait la collégialité réelle de la décision et diluerait la responsabilité collective attachée à un acte engageant la vie de la personne. Mon amendement vise donc à supprimer la seconde phrase de l’alinéa 12, qui permet le recours à la visioconférence en cas d’impossibilité, pour les membres, d’être présents physiquement à la réunion du collège.

M. Christophe Bentz (RN). Je défends l’amendement AS340. Nous ne souhaitons pas que la réunion du collège pluriprofessionnel – comme la demande

d'aide à mourir par le patient ou son renouvellement, d'ailleurs – puisse se dérouler à distance. Quelle que soit notre position sur le texte, nous pouvons nous accorder sur ce point fondamental : pour une décision d'une telle importance, la présence physique est essentielle.

M. Patrick Hetzel (DR). Je défends l'amendement AS474. Compte tenu de la nature de l'acte, le recours à la visioconférence ou à d'autres moyens de télécommunication ne semble pas adapté. La présence physique des membres du collège permet une qualité d'échanges supérieure et une meilleure appréciation de la situation clinique et relationnelle.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. La rédaction actuelle est issue de l'adoption des amendements identiques du président Valletoux et du rapporteur Panifous, qui, travaillés avec certains d'entre vous, avaient recueilli un large assentiment. Elle reflète l'équilibre du texte.

La règle est claire : la présence physique de tous les membres est requise et le recours à la visioconférence ou à un autre moyen de télécommunication doit rester exceptionnel. Mais, faute de prévoir cette modalité, nous risquons d'entraver l'aide à mourir pour certains de nos concitoyens vivant dans des territoires particulièrement dépourvus de spécialistes, comme chez moi, en Ariège, ou dans certains territoires ultramarins.

Avis défavorable.

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

Amendement AS202 de Mme Annie Vidal

Mme Annie Vidal (EPR). Sans méconnaître les difficultés de déplacement dans certains territoires, je tiens à renforcer le caractère prioritaire de la présence physique lors de la réunion du collège ; d'où mon amendement, qui tend à préciser que l'impossibilité d'être présent doit être « manifeste ».

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Selon le Larousse, « manifeste » signifie « *dont la nature, la réalité, l'authenticité s'imposent avec évidence* ». Si je comprends votre intention, il me semble qu'aucune impossibilité ne saurait être autre chose que manifeste. Inutile de multiplier ces précisions : je répète – et cela figurera au compte rendu – que l'impossibilité, pour un membre du collège, d'être présent doit être bien réelle.

Avis défavorable.

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

Amendement AS384 de Mme Marie-France Lorho

M. Christophe Bentz (RN). Cet amendement s'inscrit dans la même logique que le précédent : nous refusons que les membres du collège puissent participer à la réunion à distance.

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

Amendements AS243 et AS245 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Même si cela intervient un peu tardivement dans nos débats, il me semble essentiel de préciser la définition de l'aide à mourir. C'est l'objet de ces amendements.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je vous sais gré de ne pas insister sur ce point.

Avis défavorable.

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

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS681 de Mme Audrey Abadie-Amiel.*

Amendement AS540 de M. Thibault Bazin

M. Patrick Hetzel (DR). On nous a assuré à plusieurs reprises que la procédure ferait l'objet de contrôles, au moins *a posteriori*, ce qui suppose que la commission de contrôle et d'évaluation dispose d'éléments précis. Cet amendement vise donc à compléter la première phrase de l'alinéa 13 par les mots : « en prenant en compte l'avis écrit et motivé de chaque membre dudit collège ».

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Le collège étant réuni physiquement, les échanges seront nécessairement motivés, comme ils le sont au quotidien pour les prises en charge pluriprofessionnelles. Les avis écrits étaient utiles avant que nous décidions de préciser que le collège se réunit physiquement : maintenant que la procédure prévue à l'article 6 est collégiale, ils ne sont plus nécessaires.

De plus, l'article 11 prévoit que « chacun des actes mentionnés [au chapitre consacré à la procédure] est enregistré dans un système d'information, sans délai, à chacune des étapes de la procédure par les professionnels concernés ». L'étude d'impact du projet de loi de 2024 détaillait les informations à renseigner, parmi lesquelles la décision du médecin et les avis. À n'en pas douter, ces éléments figureront dans le décret prévu à l'article 13. La ministre aura l'occasion de vous le confirmer en séance.

Pour toutes ces raisons, avis défavorable.

M. Patrick Hetzel (DR). Suivant votre logique de tout à l'heure, il vaudrait mieux préciser ces éléments dans le texte, et ne les en supprimer qu'après avoir obtenu des garanties du Gouvernement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS246 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Il nous paraît essentiel de prévoir un contrôle *a priori* de la procédure. Il ne s'agit en aucun cas de remettre en cause le principe de l'aide à mourir tel que défini par le texte, la place centrale du médecin et la collégialité de la procédure ou le principe de l'autonomie de la volonté du patient, mais seulement d'apporter une garantie procédurale supplémentaire en confiant à une instance indépendante – celle déjà chargée, par le texte, du contrôle *a posteriori* – la vérification, avant l'administration de la substance létale, du respect de l'ensemble des conditions légales et procédurales.

Traditionnellement, le législateur exige ce contrôle préalable indépendant pour toute décision portant une atteinte grave et irréversible aux droits fondamentaux, qu'il s'agisse de la liberté individuelle, de l'intégrité corporelle ou de la vie privée. C'est le cas, par exemple, pour les hospitalisations sans consentement, le prélèvement d'organes sur personne vivante ou les mesures de protection juridique. Il nous semble donc essentiel d'introduire un contrôle *a priori*.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Vous le savez, l'article 15 prévoit déjà que la commission de contrôle et d'évaluation vérifie la régularité de la procédure *a posteriori*. Si elle constate des faits susceptibles de constituer un manquement aux règles déontologiques professionnelles, elle peut saisir la chambre disciplinaire de l'ordre compétent. Elle est même tenue de procéder à un signalement au procureur de la République, sur la base de l'article 40 du code de procédure pénale, si elle estime qu'ils sont susceptibles de constituer un crime ou un délit. Ces dispositions me semblent suffisantes pour assurer le respect scrupuleux de la procédure par les médecins.

M. Philippe Vigier (Dem). Aux termes de cet amendement, il faudrait donc faire vérifier et valider un protocole de chimiothérapie lourde préparé par le corps médical avant toute administration au patient, ou la nature des gestes envisagés avant d'opérer un patient polytraumatisé. Imaginez-vous le degré de complexité que vous allez introduire dans la chaîne de soins ?

Depuis ce matin, vous ne cessez de chercher à encadrer l'activité des médecins et à limiter leurs prérogatives. Eux qui appellent à davantage de liberté risquent de trouver cela fort intéressant... Votre proposition est totalement contre-productive. En outre, si vous l'instauriez pour l'aide à mourir, il faudra l'appliquer à toutes les autres disciplines, sans quoi ce serait incompréhensible.

Mme Justine Gruet (DR). Avec tout le respect que je vous dois, monsieur le rapporteur général, si le contrôle intervient seulement *a posteriori*, la personne sera malheureusement décédée. L'objectif est de prévenir le risque de dérives et d'abus de faiblesse. Cette procédure n'a rien d'exceptionnel, elle est déjà largement appliquée en cas d'atteintes aux droits fondamentaux. La légitimité de la demande d'aide à mourir n'exclut pas la nécessité de garantir, à chaque étape, que les choses ont été faites comme il faut. Un contrôle *a priori* me semble de nature à sécuriser la procédure et à éviter les dérives.

La commission rejette l'amendement.

L'amendement AS78 de M. Patrick Hetzel est retiré.

Amendements AS55 de M. Patrick Hetzel et AS492 de M. Théo Bernhardt (discussion commune)

M. Patrick Hetzel (DR). Afin que les proches puissent être informés de la décision du médecin, mon amendement tend à préciser qu'elle est communiquée au conjoint, aux ascendants et aux descendants, sans que ceux-ci puissent participer à la décision.

M. Théo Bernhardt (RN). Dans le même esprit de protection, tant du patient que de ses proches, mon amendement prévoit aussi que cette décision est communiquée à la personne de confiance et aux membres de la famille, mais seulement si la personne demandant l'euthanasie ou le suicide assisté le souhaite.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Nous nous sommes déjà exprimés sur l'intervention de la famille ou de la personne de confiance dans la procédure. La volonté libre et éclairée de la personne accédant à l'aide à mourir aura été évaluée : comme pour toute autre information à caractère médical, celle-ci décidera elle-même des personnes qu'elle souhaite informer.

Avis défavorable.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Il arrive que certaines personnes, qui ne sont ni membres de la famille ni personne de confiance, comptent beaucoup pour le patient d'un point de vue affectif : vous n'en faites jamais état. Je le répète, cette décision relève de l'intime : rien, dans le texte, n'empêche la personne qui demande l'aide à mourir d'en informer qui elle le souhaite. Au nom de quoi l'obligerions-nous à diffuser cette information à certaines personnes plutôt qu'à d'autres, simplement parce que nous, législateurs, en avons décidé ainsi ? Il appartient à chacun d'informer ou non son entourage, au sens large du terme.

M. Théo Bernhardt (RN). C'est précisément le sens de mon amendement. J'imagine que vous le soutiendrez.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS130 de M. Hadrien Clouet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Cet amendement tend à préciser que la décision du médecin doit être rendue dans un délai « compatible avec le pronostic vital de la personne ». Celui-ci est plafonné à quinze jours, mais il faut pouvoir s'adapter si le pronostic vital est inférieur – dans la mesure de ce que les médecins peuvent prévoir : pas question de jouer les Mme Irma.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Dans les faits, votre préoccupation s'imposera aux médecins : s'adapter à la situation de chaque patient correspond à leur exercice quotidien ; il ne me semble pas utile de le préciser dans la loi.

Avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). J'ai personnellement vu, dans un centre d'IVG, des médecins rendre volontairement leur décision postérieurement à la date limite pour avorter. Sur des sujets comme l'IVG ou le droit à mourir, il peut arriver que des soignants, par conviction personnelle, cherchent, de manière un peu perfide, à faire en sorte que leur avis l'emporte sur la volonté du patient. On attend du médecin qu'il fasse preuve de la plus grande honnêteté dans l'évaluation du pronostic vital du patient. Voilà pourquoi cette précision me semble pertinente.

M. Patrick Hetzel (DR). Elle l'est, et c'est la raison pour laquelle il faut prévoir une clause de conscience.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Elle figure déjà dans le texte.

M. Patrick Hetzel (DR). Précisément : les médecins qui ne souhaitent pas aider un patient à mourir pourront exercer cette clause. Le problème que vous soulevez ne devrait donc plus se poser.

La commission rejette l'amendement.

*
* *

3. Réunion du mercredi 4 février 2025 à 21 heures (article 6 [suite] à article 8)

La commission poursuit l'examen, en deuxième lecture, de la proposition de loi, rejetée par le Sénat, relative au droit à l'aide à mourir (n° 2401) ⁽¹⁾.

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

(1) <https://assnat.fr/ve14P2>

Amendements AS312 de Mme Justine Gruet, AS392 de M. Eddy Casterman, amendements identiques AS165 de Mme Marie-France Lorho et AS323 M. Thierry Frappé, amendement AS487 de Mme Danielle Simonnet (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Aux termes de l'alinéa 13, le médecin se prononce « dans un délai de quinze jours » sur la demande. Cette formulation n'est pas sécurisante : cela peut aussi bien être dans la demi-heure ou dans la semaine. Nous proposons donc de préciser que ce délai est « incompressible » afin de laisser le temps nécessaire aux professionnels réunis collégialement d'évaluer les critères d'éligibilité.

M. Eddy Casterman (RN). Dans le même esprit, nous souhaitons ajouter que le délai « ne peut être ni inférieur à quinze jours ni supérieur à trente jours ». Ce ne serait pas un obstacle mais un garde-fou. Face à une décision aussi grave, nous avons le devoir collectif d'assurer que du temps soit donné pour la réflexion et la concertation. En favorisant l'échange entre les médecins et l'auxiliaire médical, ce délai renforce la dimension collégiale de la décision. Il protège le patient, les soignants et notre éthique collective.

Rappelons qu'en Belgique, un délai d'un mois est requis entre la demande écrite et l'acte d'euthanasie. Comment accepter qu'une décision puisse être prise le jour même de la demande ? Retenir un délai incompressible de quinze jours, c'est choisir la prudence, la responsabilité et la dignité.

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS165 est défendu.

M. Thierry Frappé (RN). Porter le délai de quinze à trente jours garantirait la qualité et la sérénité de la décision rendue. Il serait plus adapté à la complexité de l'évaluation médicale et collégiale requise pour une demande d'aide à mourir.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). L'amendement AS487 est défendu.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Nous sommes défavorables à ces amendements qui visent à modifier le délai, soit en l'augmentant, soit en le réduisant, voire à supprimer toute limite maximale, comme le propose Mme Gruet. La solution retenue dans le texte actuel est à même à garantir l'équilibre que nous recherchons. Elle permet de concilier plusieurs impératifs : d'une part, assurer la célérité de la procédure, l'état de santé de la personne pouvant impliquer une réponse rapide et l'attente être difficilement supportable ; d'autre part, tenir compte d'un principe de réalité, le médecin ayant besoin d'un temps minimum pour engager la procédure et recueillir les avis.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Dans ce délai, le médecin n'examine pas le bien-fondé de la demande mais sa conformité aux critères. Quinze jours semblent dès lors suffisants à l'équipe soignante pour se prononcer de manière collégiale.

Mme Justine Gruet (DR). J'entends que quinze jours peuvent paraître longs mais la rédaction actuelle n'est pas assez sécurisante car, en l'absence de précisions, le délai pourrait n'être que d'une demi-heure. En le rendant incompressible, nous éviterions toute précipitation s'agissant d'une décision éthique pour laquelle le médecin engage sa responsabilité. Nous laisserions le temps nécessaire pour des échanges collégiaux de qualité et des questionnements sur des critères qui laissent potentiellement place à la subjectivité. Cela ne veut pas dire que la réponse sera négative, loin de là.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS12 de M. Fabien Di Filippo

Mme Sylvie Bonnet (DR). Nous voulons supprimer la dernière phrase de l'alinéa 13, qui permet l'euthanasie d'une personne sous tutelle ou sous curatelle. Une telle disposition porterait fortement atteinte au principe de protection des plus faibles. Elle exposerait à de potentielles dérives les personnes en situation de vulnérabilité, dépendant d'une assistance pour leurs actes et décisions du quotidien.

M. Olivier Falorni, rapporteur général de la proposition de loi. Avis défavorable.

L'obligation d'information de la personne chargée de la mesure de protection est essentielle.

Mme Justine Gruet (DR). Gardons-nous de toute précipitation : discussion collégiale et interrogations sur la légalité des critères doivent pouvoir s'ancrer sur des bases qui ne portent pas à questionnement. Ne sont pas concernés les cas où le pronostic vital est engagé à court terme, comme dans le cadre de la loi *Claeys-Leonetti*. Il peut s'agir de durées plus longues d'espérance de vie.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). D'une part, cette disposition ne fait qu'assurer l'égalité des droits : une personne en situation de handicap ne saurait avoir des droits moindres. Ce n'est pas parce qu'une personne est sous tutelle qu'elle a perdu la conscience d'elle-même et la propriété de son corps. D'autre part, madame Gruet, il ne s'agit pas de décider dans la précipitation, mot que vous prononcez à chaque défense d'amendement ou presque, mais de prendre en compte des douleurs irréfragables de fin de vie. Quinze jours, c'est un délai énorme, et si on le dépasse, certaines personnes pourraient ne même plus pouvoir avoir accès à leurs droits.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS54 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). La personne qui assiste ou représente le patient qui souhaite mourir doit être dans tous les cas informée de la décision médicale. Il faut donc supprimer à l'alinéa 13 les termes : « le cas échéant ».

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Le médecin ne peut informer cette personne que si elle existe, d'où l'utilité des termes « le cas échéant ».

Avis défavorable.

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

Amendements AS200 et AS199 de Mme Annie Vidal (discussion commune)

M. Thibault Bazin (DR). Les amendements sont défendus.

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

Amendement AS566 de M. Julien Odoul

M. Christophe Bentz (RN). Le présent amendement vise à donner une portée réelle au principe de collégialité prévu par le texte, en évitant qu'il ne se réduise à une simple formalité consultative.

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

Amendement AS244 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). La motivation de la décision doit permettre un contrôle réel et effectif du respect des garanties, en particulier l'exigence fondamentale qu'est la volonté libre et éclairée. Or, faute d'exigence explicite, la motivation pourrait se limiter à une formulation générale, insuffisamment informative pour l'évaluation *a posteriori* ou pour prévenir les contestations.

La motivation doit comporter expressément les éléments ayant conduit à établir que la volonté de la personne est libre et éclairée. Cette précision contribue à l'harmonisation des pratiques, à la traçabilité de l'appréciation et à la sécurité juridique des décisions. Elle renforce également la confiance dans le dispositif, en montrant que l'évaluation du consentement relève, non pas d'une simple formalité, mais d'un examen substantiel.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Avis défavorable.

La loi ne hiérarchise pas les critères, qu'elle considère d'une importance égale. Le médecin précisera dans sa décision motivée que les critères cumulatifs ont été respectés dans leur ensemble. Il ne fera pas une place à part à la volonté libre et éclairée, critère auquel vous donnez la primauté.

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

Amendement AS79 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Afin de garantir la transparence de la décision, nous proposons qu'un compte rendu des débats du collège pluriprofessionnel soit communiqué à la personne demandant une aide à mourir et, le cas échéant, à la personne chargée de sa mesure de protection juridique. Son anonymisation laisserait toute liberté dans les débats.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Le fait que le médecin motive sa décision me paraît suffisant et plus utile qu'un compte rendu. L'article 11 prévoit que chaque acte mentionné au chapitre de la procédure est enregistré par les professionnels concernés dans un système d'information. Parmi les informations à retenir, que détaillait l'étude d'impact sur le projet de loi de 2024, figuraient la décision du médecin et les avis. Le décret prévu à l'article 13 devrait détailler ces éléments, à n'en pas douter.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS137 de Mme Karen Erodi

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). À travers cet amendement, nous soulevons une question de principe : la loi doit-elle être un outil d'humanité ou un instrument de torture bureaucratique ? L'émancipation face à la mort ne peut être contrainte par un calendrier administratif. Ce texte impose un délai de réflexion qui, pour ceux dont le pronostic est engagé à court terme, n'est pas une précaution mais une condamnation à une agonie accompagnée de douleurs réfractaires. C'est une violence infligée à des patients qui demandent la paix. Pourquoi exiger une patience héroïque quand chaque seconde est une offense à la dignité de la personne ? Nous refusons cette vision froide. Le patient n'est pas un dossier mais un être souverain dont la souffrance ici ne connaît pas de trêve. La loi n'a pas à faire du calendrier un bourreau. L'urgence de la douleur doit primer la rigidité dans l'application des règles. Revenons à la rédaction initiale du texte et permettons au médecin d'abrégier ce délai, s'il estime que cela est de nature à préserver la dignité de la personne telle qu'elle la conçoit.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Nous n'avons pas souhaité imposer un délai minimum au médecin pour rendre sa décision, de telle sorte que l'urgence pourra commander la tenue rapide de la réunion du collège puis une décision dans les meilleurs délais. Dans la mesure où il nous appartient de concilier temps nécessaire pour s'assurer de la confirmation de la volonté de la personne et célérité de la procédure au regard de certaines situations, la rédaction actuelle me semble équilibrée.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (DR). Une fois n'est pas coutume, monsieur le rapporteur général, nous sommes sur la même ligne. N'ouvrons pas la possibilité

d'abréger ce délai d'autant que certaines autres procédures nous paraissent expéditives, comme le délai de réflexion de deux jours laissé au patient.

Par ailleurs, je ne puis suivre Mme Erodi quand elle laisse entendre que le patient perdrait sa dignité. Pour moi, chaque personne, quelles que soient ses fragilités et ses vulnérabilités, conserve sa dignité, malgré tout ce qu'elle peut endurer.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS541 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). Nous proposons de compléter comme suite l'alinéa 13 : « À compter de la notification, rien ne doit venir interrompre la réflexion autonome de la personne. Il incombe à elle seule de signifier au médecin si elle souhaite poursuivre la procédure. ». En première lecture, vous aviez insisté, monsieur le rapporteur général, sur le fait que la demande devait être de l'initiative de la personne et d'elle seule. Personne ne doit interférer. Écrivons-le pour plus de clarté.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Votre amendement est satisfait : « la personne confirme au médecin qu'elle demande l'administration de la substance létale » est-il précisé à l'alinéa 14. C'est elle et personne d'autre.

M. Yannick Monnet (GDR). Monsieur Bazin, avec votre rédaction, quelqu'un qui souhaiterait dissuader la personne ne pourrait pas le faire.

M. Thibault Bazin (DR). Dans l'esprit du législateur que je m'efforce d'être, j'avais plutôt en tête le médecin, seule personne à être au courant, mais je vais réfléchir aux pressions extérieures que vous évoquez, monsieur Monnet.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS542 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). Il s'agit d'ouvrir la possibilité à la personne chargée de la mesure de protection de contester la décision du médecin devant le juge des tutelles mais sans imposer une procédure expéditive, comme le prévoit l'alinéa 3 de l'article 12 avec deux jours pour déposer le recours et deux jours laissés au juge pour se prononcer. Ces délais ne me semblent pas de nature à assurer l'effectivité du droit au recours.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je pense exactement l'inverse.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS250 de Mme Justine Gruet

Mme Josiane Corneloup (DR). Afin de renforcer l'accompagnement et la transparence, il s'agit de prévoir, sauf opposition expresse du patient, une notification à la personne de confiance, dont la mission est précisément d'accompagner la personne dans ses décisions médicales. Cela n'affecte pas l'autonomie du patient et favorise une meilleure compréhension et un soutien effectif.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Nous nous sommes déjà exprimés sur l'intervention de la personne de confiance dans la procédure. Toute personne ayant accès à l'aide à mourir aura fait l'objet d'une évaluation du caractère libre et éclairé de sa volonté. Elle pourra décider elle-même de communiquer ou non ces informations, comme c'est le cas pour toute information à caractère médical.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS292 de Mme Justine Gruet

Mme Josiane Corneloup (DR). Cet amendement vise à tirer toutes les conséquences juridiques de l'instauration d'un contrôle *a priori*, en affirmant clairement que le respect de ce contrôle constitue une condition essentielle d'appartenance au régime légal de l'assistance médicale à mourir. Rappelons que des contrôles *a priori* sont déjà prévus pour les dons d'organe, l'hospitalisation sans consentement ou la mise sous protection juridique.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Cet ajout est superfétatoire. L'article 2 énonce que le droit à l'aide à mourir, dans les conditions fixées par le présent texte, est autorisé par la loi. L'article 15 définit dans quelles conditions s'effectue le contrôle *a posteriori* qu'exerce une commission de contrôle et d'évaluation et prévoit des conséquences ordinales ou pénales. Enfin, l'utilisation, en dehors du cadre du droit à l'aide à mourir, de la substance létale serait d'ores et déjà couvert par le droit pénal, sans qu'il soit utile d'entrer dans le détail que vous proposez.

M. Patrick Hetzel (DR). L'objectif de cet amendement est de renforcer la sécurité juridique en revenant sur les ambiguïtés du texte. Nous prenons aussi en compte les conséquences qu'elles pourraient avoir sur les professionnels de santé amenés à prendre ces décisions et pensons à leur propre protection.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS385 de Mme Marie-France Lorho, amendements identiques AS13 de M. Fabien Di Filippo, AS427 de Mme Christine Loir et AS458 de Mme Sandrine Dogor-Such, amendement AS341 de M. Matthias Renault, amendements identiques AS405 de Mme Lisette Pollet et AS476 de M. Yannick Neuder, amendement AS207 de Mme Marine Hamelet (discussion commune)

M. Eddy Casterman (RN). Laisser un délai de seulement deux jours de réflexion à la personne avant un acte aussi irréversible que l'euthanasie pose un problème éthique majeur. Deux jours, c'est à peine le temps d'un week-end. Ce n'est pas le temps de l'apaisement, du recul, ni d'une décision pleinement mûrie. Partout où l'aide à mourir est encadrée, les législations reconnaissent une réalité simple : la demande de mort peut être liée à une détresse passagère, à une douleur mal contrôlée, à la peur, à la solitude. Or, ces états sont susceptibles d'évoluer rapidement avec un meilleur accompagnement médical, psychologique ou familial. Un délai trop court risque de transformer une vulnérabilité temporaire en décision définitive.

Allonger ce délai à trente jours, comme nous le demandons dans notre amendement AS385, ce n'est pas nier l'autonomie du patient, c'est au contraire la protéger, c'est garantir que la décision soit constante, réfléchie et non pas dictée par un moment de désespoir ou par des influences extérieures. C'est aussi laisser le temps d'explorer toutes les alternatives : soins palliatifs, prise en charge de la douleur, soutien mental. Quand l'issue est irréversible, la prudence n'est pas un obstacle à la liberté, elle en est la condition.

Mme Sylvie Bonnet (DR). Avec ce délai de deux jours, il sera plus rapide pour un patient d'avoir accès à un médecin pour demander une aide à mourir que pour être soigné. Cela traduit une méconnaissance de l'ambivalence du désir de mort et empêche d'identifier les facteurs traitables qui l'influencent. En Oregon, le délai de réflexion requis avant de procéder au suicide assisté est d'au moins quinze jours, durée que nous avons retenue dans notre amendement AS13. Il est même plus long en pratique et 40 % des patients ayant retiré la solution mortelle en pharmacie ne l'ingèrent finalement pas. Il est également important de souligner que les médicaments antidépresseurs ne sont généralement pas actifs avant trois semaines.

M. Christophe Bentz (RN). Nous considérons nous aussi que ce délai laissé à la personne pour confirmer une demande de mort provoquée est beaucoup trop réduit. Il doit être suffisamment long pour lui donner un véritable temps de réflexion et lui permettre éventuellement de revenir sur cette décision grave. Nous proposons donc de le porter à quinze jours dans notre amendement AS427.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Il faut pouvoir respecter le temps humain de la décision. Deux jours ne suffisent pas. Porter ce délai à quinze jours ne supprime aucun droit, cela garantit simplement que la décision est réfléchie, stable et libre. Prendre du temps n'est pas une entrave, c'est une protection. Les demandes formulées en fin de vie sont connues pour fluctuer, notamment en fonction des douleurs, des angoisses et du contexte.

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS341 est défendu.

M. Patrick Hetzel (DR). L'amendement AS476 est défendu.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Les conditions d'accès à l'aide à mourir définies à l'article 2 prévoient que la personne doit être en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable. Cela implique d'assurer une célérité dans la procédure. Le dépôt d'une demande d'aide à mourir comme les quinze jours d'instruction par le médecin sont d'ores et déjà des périodes propices à la réflexion. L'allongement de ce délai risquerait de porter sensiblement atteinte à l'effectivité du droit. Je suis également opposée à sa réduction, car il importe de préserver un moment de réflexion pour la personne. Nous nous situons une fois encore à un point d'équilibre que je tente de nous faire tenir.

Avis défavorable sur l'ensemble de ces amendements.

M. René Pilato (LFI-NFP). Revenons au texte. L'alinéa 14 prévoit un « un délai de réflexion d'au moins deux jours » : la personne pourra donc prendre plus que deux jours. Tous vos amendements sont satisfaits.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Revenons aussi à la situation des personnes. Avant de formuler une demande d'aide à mourir, ne pensez-vous pas que la personne y a mûrement réfléchi et qu'au moment même où elle en fait la demande, elle a déjà cheminé ? Elle n'agit pas sur un coup de tête.

Il y a ensuite le temps d'organiser la procédure collégiale, par laquelle est réuni un collège pluriprofessionnel qui lui-même prend le temps de rendre une décision. Une fois cette décision connue, le médecin dispose de quinze jours au maximum pour émettre un avis. Enfin, un délai de deux jours au moins est laissé à la personne pour confirmer sa demande. Elle peut ensuite revenir à tout moment sur sa décision et renoncer jusqu'au dernier instant. Cessons de dire qu'il y a précipitation. Ces délais me paraissent déjà bien longs au regard de la situation des personnes concernées. Leur détresse nécessite de la réactivité.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). J'irai dans le même sens. Replaçons-nous dans la situation d'une personne en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable : elle a déjà mûri sa réflexion, face à l'évolution de sa maladie qui l'expose à une mort précoce. La procédure est encadrée, il n'y a nulle précipitation. Nous ne pouvons pas perdre de temps alors que ces personnes n'en ont plus devant elles.

M. Patrick Hetzel (DR). Deux visions s'opposent : dans l'une, la temporalité est fixe ; dans l'autre, les choix peuvent fluctuer.

En Oregon, il a été décidé de laisser un délai de réflexion de quinze jours afin de prendre en considération les fluctuations de la demande. Je mets en garde contre la précipitation qui empêcherait d'entendre et d'accueillir avec bienveillance une demande.

M. Yannick Monnet (GDR). Vos amendements – qu'il faut bien qualifier de repli puisque vous êtes contre l'aide à mourir – n'ont aucun fondement

scientifique. Vous proposez un délai fixé au doigt mouillé – c’est inquiétant – tandis que celui du texte fait partie d’un processus intelligible, argumenté et sérieux.

La comparaison avec d’autres États n’a pas de sens puisqu’elle porte sur un élément pris isolément, sans considération de l’ensemble dans lequel il s’inscrit. En l’occurrence, le texte proposé est cohérent et équilibré.

M. Christophe Bentz (RN). Oui, deux jours, c’est beaucoup trop court pour une demande de suicide. Nous y voyons une certaine précipitation.

Non, cher collègue Pilato, nos amendements, qui visent à étendre de deux à trente jours le délai de réflexion, ne sont pas satisfaits par la rédaction actuelle indiquant « d’au moins deux jours ».

Vous mettez également en avant le droit d’interrompre la procédure à tout moment. Mais pour qu’il s’applique lors de la période de réflexion, le délai imparti doit être suffisant.

M. Thibault Bazin (DR). Dans toutes les décisions sur des actes médicaux qui présentent des risques importants, des délais de réflexion sont octroyés, qui peuvent parfois atteindre plusieurs mois.

Dans le cas de la fin de vie, la question de la fluctuation de la demande se pose avec une acuité particulière. Une étude a ainsi montré que parmi les personnes entrées en soins palliatifs, 3 % demandaient à mourir ; sept jours plus tard, elles n’étaient plus que 0,3 %.

La durée de deux jours est trop courte. Il n’est pas illégitime de s’interroger sur le délai tant la fluctuation de la demande est inhérente au processus de l’aide à mourir.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). La personne peut changer d’avis une fois qu’elle a fait la demande, et ce jusqu’au bout. C’est tout l’intérêt du texte.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS543 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). L’amendement est identique aux précédents – AS13, AS427 et AS458 –, si ce n’est que le délai est exprimé en semaines et non en jours.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Même réponse que précédemment.

M. Yannick Monnet (GDR). J’ai lu l’étude citée par M. Bazin et elle m’a bouleversé. Toutefois, la réponse aux questions qu’elle soulève ne se trouve pas dans

ce texte mais dans l'autre ; en effet, elle consiste moins à limiter l'accès à l'aide à mourir qu'à développer les soins palliatifs.

M. Yannick Neuder (DR). Pour apprécier la durée pertinente, il est important de lier le délai de rétractation au mode de décision. Nombre de décisions médicales complexes sont collégiales. Ainsi, pour l'installation d'une valve cardiaque sur un sujet âgé, trois avis sont nécessaires – cardiologue, anesthésiste, gériatre – et le délai de rétraction est de sept jours. N'y a-t-il pas un déséquilibre avec l'aide à mourir, qui requiert un seul avis et un délai de deux jours ? Soyons cohérents dans le message que nous adressons à la communauté médicale et paramédicale ainsi qu'aux patients.

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

Amendements identiques AS682 de Mme Audrey Abadie-Amiel et AS447 de Mme Christine Loir ; amendement AS450 de Mme Christine Loir (discussion commune)

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Il s'agit d'un amendement rédactionnel, adopté en commission par le Sénat, qui vise à lever toute ambiguïté sur le droit à renoncer dont jouit la personne à l'issue du délai de réflexion. L'emploi du présent de l'indicatif pouvait laisser entendre que la personne était contrainte de confirmer sa demande, ce qui n'est pas le cas.

La rédaction de l'amendement AS450 de Mme Loir n'est pas souhaitable.

M. Christophe Bentz (RN). Ce n'est toujours pas un amendement rédactionnel, madame la rapporteure. Néanmoins, pour la première fois, nous sommes d'accord. L'emploi du présent donne à la confirmation une portée impérative, qui nous dérange. En écrivant : « peut confirmer », on laisse la faculté à la personne de le faire ou pas.

*La commission **adopte** les amendements identiques.*

*En conséquence, l'amendement AS450 **tombe**.*

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement AS208 de Mme Marine Hamelet.*

Amendement AS459 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement a pour objet de restreindre le dispositif à la toute fin de vie. Le délai de trois mois avant une nouvelle évaluation par le médecin est incompatible avec la situation d'une personne en train de mourir. Il ouvre la possibilité d'un geste létal alors que l'état médical peut encore évoluer.

Il est donc proposé de ramener le délai à un mois afin de viser les seules situations de fin de vie imminente. Pour un acte aussi grave, le critère de la temporalité doit être exigeant et protecteur.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Le délai de trois mois est une bonne conciliation entre le délai de réflexion laissé au demandeur et les éventuelles évolutions de son état.

Par ailleurs, je m'étonne que vous souhaitiez réduire le délai de confirmation alors que vous souhaitiez étendre le délai de réflexion afin de laisser plus de temps à la personne.

En tout état de cause, en vertu de l'article 10, le médecin peut mettre fin à la procédure si les conditions prévues à l'article 2 « cessent d'être remplies » postérieurement à sa décision.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS160 de Mme Marie-France Lorho

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

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

Amendement AS544 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). L'amendement vise à préciser qu'en l'absence de confirmation à l'issue du délai de trois mois, il est mis fin à la procédure. En effet, les circonstances et les conditions peuvent ensuite changer – je pense notamment au caractère libre et éclairé du consentement.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Votre amendement me semble superflu. En effet, l'alinéa est très clair : il revient au médecin de réévaluer le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté quand la confirmation intervient après trois mois ; pour ce faire, il peut mettre une nouvelle fois en œuvre la procédure prévue à l'article 6. Par ailleurs, nous avons amélioré et clarifié l'alinéa au cours de la première lecture.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Votre amendement risque de produire l'effet inverse de celui que vous recherchez en précipitant le recours à l'aide à mourir.

S'il est mis fin à la procédure au terme des trois mois, la personne sera obligée de recommencer tout le processus. Le raccourcissement du délai pourrait pousser à agir plus vite que ce qu'elles auraient voulu les personnes qui avaient décidé de prendre leur temps et de recourir à l'aide à mourir au moment qu'elles jugeaient le plus opportun.

M. Thibault Bazin (DR). Je pensais qu’au terme des trois mois, le médecin devait reprendre la procédure en suivant les mêmes étapes. Cela ne semble pas être le cas. Il faut lever cette ambiguïté.

*La commission **rejette** l’amendement.*

*Puis, suivant l’avis de la rapporteure, elle **rejette** l’amendement AS642 de M. Christophe Bentz.*

Amendement AS428 de Mme Christine Loir

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). En l’état du texte, lorsque la demande n’est pas confirmée dans un délai de trois mois, la concertation interprofessionnelle préalable à la décision d’aide à mourir peut ne pas être renouvelée, sans que les critères guidant une telle décision soient clairement définis.

L’amendement ne remet pas en cause l’appréciation médicale. Il précise que la décision de ne pas réunir de nouveau le collège doit être fondée sur l’évolution, qui peut être significative, de la situation médicale de la personne concernée, et non sur des considérations de délai ou de convenance personnelle.

Cette précision prémunit contre les automatismes procéduraux et rappelle que l’évaluation doit reposer sur des faits médicaux actualisés. Pour un acte si grave et irréversible, on ne peut pas se contenter de décisions figées ou reconduites par défaut. La prudence exige une appréciation dynamique, au cas par cas.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Au-delà des éléments de réponse que j’ai déjà donnés, il est évident que les mots « si besoin » font référence à la situation médicale de la personne constatée par le médecin. Votre amendement me semble donc superflu.

*La commission **rejette** l’amendement.*

*L’amendement AS342 de M. Matthias Renault est **retiré**.*

Amendement AS247 Mme Justine Gruet

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

*Suivant l’avis du rapporteur général, la commission **rejette** l’amendement.*

Amendement AS248 Mme Justine Gruet

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

*Suivant l’avis du rapporteur général, la commission **rejette** l’amendement.*

*Puis, suivant l'avis du rapporteur général, elle **rejette** l'amendement AS643 de M. Christophe Bentz.*

Amendement AS343 de M. Matthias Renault

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

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

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS683 de Mme Audrey Abadie-Amiel.*

Amendement AS488 de Mme Danielle Simonnet

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). L'amendement ouvre la possibilité qu'un tiers administre la substance létale, à la place de la personne demandeuse de l'aide à mourir. Contrairement à la première lecture, il n'est pas question d'un proche mais d'un personnel médical.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. L'équilibre de la proposition de loi est fondé sur l'autonomie de la personne désirant mourir. L'auto-administration de la substance létale en est l'une des manifestations qu'il convient de préserver.

Il est important de rappeler aussi que quel que soit le mode d'administration retenu, le malade sera accompagné jusqu'au bout. Le patient ne sera jamais laissé seul jusqu'au geste ultime.

Il est nécessaire de conserver l'équilibre qui a été trouvé en première lecture.

Avis défavorable.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Je suis très déçue par votre avis. À ce moment-là, on peut avoir envie de faire d'autres gestes que de s'administrer la substance létale. Le fait de demander à un médecin de le faire à sa place, alors que toutes les étapes précédentes ont été franchies – la volonté notamment a été vérifiée de mille et une manières jusqu'au dernier moment – est aussi un moyen de rendre le départ plus léger. C'est important.

M. Nicolas Turquois (Dem). Indépendamment du fond, la forme pose problème. La rédaction proposée introduit une redondance susceptible de créer un doute.

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

Amendement AS429 de Mme Christine Loir

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement ne remet pas en cause la compétence ni l'engagement des infirmiers. Au contraire, il témoigne d'un profond respect pour leur métier.

Depuis des années, et plus encore depuis la crise du covid, les infirmiers voient leurs missions élargies et leurs responsabilités accrues, sans que les moyens ou la reconnaissance suivent toujours. Ils sont en première ligne du soin, de l'accompagnement, de la relation humaine.

En autorisant les infirmiers à administrer une substance létale, on leur fait porter une charge morale et psychologique considérable – cela n'a rien de comparable avec un acte de soins classique. On risque aussi de banaliser un geste qui ne doit jamais l'être et d'accentuer la crise des vocations dans une profession déjà fragilisée.

L'amendement vise donc à poser une limite claire, non pas par défiance, mais par souci de protéger les infirmiers et de préserver le sens de leur mission. Sinon on accepte de demander toujours plus à ceux qui tiennent déjà notre système de santé à bout de bras.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Les infirmiers comme les médecins bénéficieront d'une clause de conscience. Je ne vois pas pourquoi ceux qui le souhaitent seraient empêchés d'accomplir le geste nécessaire dans le cadre de l'aide à mourir.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS196 de Mme Annie Vidal et AS430 de Mme Christine Loir

Mme Annie Vidal (EPR). Il s'agit de remplacer le terme « accompagner » par celui d'« assister ». Dans la période de fin de vie, l'accompagnement renvoie davantage aux soins palliatifs. Il vise à offrir à la personne concernée un soutien social et humain complémentaire aux soins et traitements.

En revanche, le terme « assister » correspond davantage au rôle de l'infirmier dans la procédure prévue par cette proposition de loi : il se tient aux côtés du patient pour le seconder.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement AS430 est défendu.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Il n'est pas possible de réduire le rôle du médecin ou de l'infirmier à une assistance technique. En effet, il est chargé de vérifier que la personne confirme qu'elle veut procéder à l'administration ; il assure la surveillance de l'administration, la prépare ou l'administre le cas échéant.

L'emploi du verbe « accompagner » tout au long du texte me semble ainsi caractériser le rôle du médecin ou de l'infirmier, rôle qu'il peut aussi jouer auprès des proches.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS155 de Mme Marie-France Lorho

M. Christophe Bentz (RN). Nous sommes très opposés à tout recours à la téléconsultation tout au long de la procédure de l'aide à mourir. L'amendement vise donc à l'interdire.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. L'article 5 proscriit l'utilisation de la téléconsultation pour présenter ou confirmer une demande. De même, les sociétés de téléconsultation ne peuvent intervenir dans la procédure. Enfin, nous avons suffisamment encadré l'utilisation de la téléconsultation pour que votre amendement ne soit pas nécessaire.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS431 de Mme Christine Loir

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement tend à poser un principe simple mais fondamental : nul ne doit être contraint de prendre part à un acte qui heurte sa conscience.

La préparation de substances létales n'est pas un acte pharmaceutique ordinaire. Elle engage directement la responsabilité morale et éthique du pharmacien. Or, en l'état du texte, rien ne garantit le volontariat de ces professionnels. Ce flou est préoccupant car il risque de créer pour eux des obligations implicites, voire des pressions.

L'introduction de la notion de volontariat ne bloque pas le dispositif. Elle permet de consacrer la liberté de conscience de tous les professionnels de santé impliqués. Elle protège aussi le dispositif dans la mesure où la contrainte est un facteur de fragilité.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Le texte ne prévoit pas de clause de conscience pour les pharmaciens, considérant qu'ils n'interviennent pas directement dans l'aide à mourir, c'est-à-dire la conduite de la procédure et l'accompagnement de la personne.

Je rappelle que lors de son audition, l'Ordre des pharmaciens n'a pas réclamé de clause de conscience. Par ailleurs, je ne suis pas favorable au principe de volontariat pour les pharmaciens.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS684 de Mme Audrey Abadie-Amiel

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Afin d'éviter toute rupture dans la communication entre les acteurs, le médecin ou l'infirmier est informé de l'envoi de la prescription à la pharmacie mais également de l'établissement choisi.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). La rédaction laisse penser que le médecin en charge de la procédure va désigner un autre médecin que lui pour accompagner la personne. Je ne pense pas que telle soit votre intention.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Nous retirons l'amendement pour le retravailler.

L'amendement est retiré.

Amendement AS251 Mme Justine Gruet

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

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

Puis elle adopte l'article 6 modifié.

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

Amendements de suppression AS56 de M. Patrick Hetzel et AS320 de M. Thibault Bazin

M. Patrick Hetzel (DR). L'article 7 pose plusieurs problèmes. Le premier concerne les modalités de fixation d'une date pour l'administration de la substance létale.

Ensuite, l'alinéa 5 autorise la présence des proches lors du suicide assisté. Une étude menée en Suisse montre que c'est une source de traumatismes. Il faut donc être très prudent en la matière. L'article 7 mérite un travail plus approfondi.

M. Thibault Bazin (DR). Les alinéas 2, 4 et 5 appellent de ma part des questions.

S'agissant de la date, on sait que la demande peut fluctuer d'un jour à l'autre. Le fait de fixer une date ne peut-il pas priver la personne de la liberté de changer d'avis ?

En ce qui concerne le lieu, le choix est-il suffisamment encadré ? En première lecture, les voies et espaces publics ont été exclus, mais qu'en est-il pour certains lieux symboliques ?

Enfin, on doit s'interroger sur l'impact de l'acte pour les personnes qui y assistent sachant qu'elles continuent de vivre ensuite. Leur présence ne risque-t-elle pas de provoquer chez elles des dépressions et des stress post-traumatiques qu'il convient de prévenir ? Un décès est toujours traumatisant, même dans des circonstances normales.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. L'article 7 détermine les modalités selon lesquelles la personne ayant recours à l'aide à mourir choisit la date, le lieu et les personnes qui l'entoureront. Cet article est fondamental pour rendre effectif le droit à l'aide à mourir. On peut effectivement débattre de certains points que vous évoquez, mais il n'est pas envisageable de le supprimer.

Avis défavorable.

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

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** successivement les amendements AS460 de Mme Sandrine Dogor-Such et AS195 de Mme Annie Vidal.*

Amendement AS132 de Mme Karen Erodi

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). La souveraineté du patient sur son propre départ ne doit pas être soumise aux contraintes d'un planning administratif. Le texte actuel reste flou sur le moment précis du dernier souffle. En ne prévoyant que la date, on risque d'enfermer les patients dans une attente longue et angoissante, transformant leur ultime journée en un compte à rebours incertain. Une personne en fin de vie n'est pas un usager que l'on traite entre deux rendez-vous. Elle est une personne avec des droits, une dignité, et elle doit pouvoir organiser ses adieux en toute quiétude. Convenir de l'heure en concertation avec les soignants, c'est respecter le libre arbitre jusqu'au bout ; connaître l'instant, c'est permettre aux proches de se préparer, d'éviter que la mort soit une fatalité subie, un ultime au revoir manqué. Collègues, replaçons le choix souverain de l'être humain au cœur de cette loi.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Vous souhaitez déterminer en avance l'heure, en plus de la date. Il est évident que la personne et le professionnel de santé conviendront d'un moment précis, comme pour n'importe quel rendez-vous, sans qu'il soit nécessaire de le préciser dans la loi. Au contraire, la formulation « si elle le souhaite » laisse penser qu'il pourrait en être autrement. Ce n'est sans doute pas l'objectif visé.

Avis défavorable.

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

Amendement AS254 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement était censé assurer la coordination avec l'article 6 dans l'hypothèse où le contrôle *a priori* aurait été adopté. Son rejet témoigne de la teneur de nos débats. Depuis ce matin, nous ne sommes pas parvenus à engager une véritable réflexion éthique sur les enjeux de ce texte. Vous avez beau dire que c'est la troisième lecture, je répète qu'il n'y a pas de consensus, pas de quasi-unanimité, et que nous devons nous interroger vis-à-vis des professionnels de santé qui seront impliqués dans l'application de ce droit nouveau. Nous devons poser le cadre le plus sécurisant et le plus protecteur possible pour les personnes vulnérables. Nous ne comprenons pas qu'il n'y ait pas de contrôle *a priori* alors que celui-ci existe déjà pour d'autres démarches, comme l'hospitalisation sans consentement ou la mise sous protection juridique.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. L'amendement est satisfait par la procédure déterminée dans le texte. Le choix de la date par la personne ne peut être effectué qu'avec le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner. Or la désignation de ce médecin ou infirmier n'intervient qu'après qu'un premier médecin a validé la demande d'aide à mourir et après que la personne a confirmé sa volonté de recourir à la procédure. Les craintes que vous exprimez dans l'exposé sommaire sont donc infondées.

Mme Annie Vidal (EPR). J'entends vos arguments, monsieur le rapporteur, mais ce n'est pas parce qu'il y a des étapes dans la procédure qu'il y a un contrôle *a priori*, c'est-à-dire une validation de l'acte dans son ensemble. Cela me semble primordial pour sécuriser la procédure. Nous devrions avoir un débat de fond sur le contrôle *a priori*. Si nous ne pouvons pas l'avoir ici, j'espère que nous l'aurons en séance. En attendant, je soutiendrai l'amendement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS163 de Mme Marie-France Lorho

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

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

Amendement AS58 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Le code de la santé publique prévoit déjà un cas dans lequel l'avis d'un juge est requis avant l'intervention pour s'assurer que la décision de la personne est libre et éclairée : il s'agit du don d'organe de son vivant, plus particulièrement dans le cas d'un don intrafamilial. On peut donc envisager que le médecin, s'il a un doute sur le caractère libre et éclairé de la décision du patient, fasse un signalement au juge, lequel disposera d'un délai extrêmement court pour prendre sa décision, comme c'est le cas pour le don d'organes. Nous proposons, non pas de créer, mais de transposer une garantie qui existe déjà dans la loi pour protéger les personnes.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous avons déjà eu ce débat en première lecture. Je le répète, il s'agit ici d'une évaluation purement médicale, et non judiciaire, comme vous le souhaitez. Le texte est clair : « si la date retenue est postérieure de plus de trois mois à la notification de la décision [...], le médecin [...] évalue à nouveau, à l'approche de cette date, le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté de la personne » selon les modalités prévues au IV de l'article 6. En cas de doute, il recourra à la procédure collégiale définie au II du même article.

Avis défavorable.

M. Jean-François Rousset (EPR). Admettons que l'on accepte l'évaluation par un juge. Si celui-ci décide que la procédure n'a pas été respectée et s'oppose à la réalisation de l'acte alors que l'indication médicale humaine est reconnue, quelle situation va-t-on créer pour ce malade qui attend une solution médicale ? Le juge ne se prononcera jamais sur la décision médicale ni sur l'opportunité du geste. Nous risquons donc de nous retrouver avec un malade qui a besoin d'être assisté dans sa fin de vie et avec un juge qui, parce qu'il fait son métier, refuse que l'acte soit réalisé en raison d'un défaut de procédure.

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

Amendement AS568 de M. Julien Odoul

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

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

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS691 de M. Stéphane Delautrette.*

Amendement AS299 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement vise à limiter les lieux dans lesquels l'aide à mourir peut être pratiquée, non par volonté de restreindre l'accès à ce dispositif, mais pour interdire sa réalisation dans l'ensemble des établissements recevant du public, à l'exception des hôpitaux et des établissements médico-sociaux. La rédaction actuelle est particulièrement large. Elle est susceptible d'englober de nombreux établissements ouverts au public tels que les hôtels, les restaurants, les lieux culturels, les établissements scolaires, les commerces et les lieux de culte qui, à mon sens, ne sont ni adaptés ni légitimes pour accueillir un acte aussi grave et singulier. Cela constitue un risque d'atteinte à l'ordre public, de banalisation de l'acte et d'exposition involontaire à des tiers. Il est important de réserver ce droit nouveau à des lieux spécifiquement habilités à en garantir les conditions éthiques, médicales et humaines.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous sommes tous d'accord pour dire que tous les lieux ne se prêtent pas à l'aide à mourir et personne n'aurait l'idée de la pratiquer dans un restaurant scolaire, une salle de classe ou une cour d'école. Néanmoins, il faut être prudent : si nous faisons figurer une telle énumération dans le texte, nous risquons d'arriver à un niveau de précision qui n'aura plus de sens. C'est le rôle du médecin ou de l'infirmier qui accompagne la personne que de déterminer si le lieu qu'elle propose est adapté pour pratiquer l'acte. Je rappelle que nous parlons de personnes en fin de vie qui, pour la plupart, privilégieront le lieu où est délivré le soin ou leur domicile.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Ce que vous dites est ahurissant, monsieur le rapporteur. Vous donnez un rôle bien important au médecin en lui permettant de déterminer si le lieu est approprié ou non ! Je pense, moi, que c'est notre rôle de législateur que de poser un cadre. Je ne demande rien d'exceptionnel. Je souhaite seulement que l'acte ne puisse pas être réalisé dans les établissements recevant du public qui n'ont pas vocation à accompagner des patients, quels qu'ils soient. La rédaction actuelle est trop évasive et ne donne pas aux médecins les moyens de répondre aux demandes des patients tout en respectant les conditions de bonne mise en œuvre de ce nouveau droit.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS133 de M. Patrick Hetzel et AS376 de Mme Marie-France Lorho

M. Patrick Hetzel (DR). À travers cet amendement, je voudrais à nouveau aborder la question sensible de la liberté de conscience collective de certains établissements. Vous avez dit, monsieur le rapporteur général, que les murs n'avaient pas de conscience, mais la question peut tout de même se poser au regard du caractère propre de certains établissements, notamment pour les établissements confessionnels. Elle peut aussi se poser au regard de l'harmonie d'une communauté de résidents qui peuvent être attachés à une certaine bienveillance par rapport à la vie. Que va-t-il se passer pour ces établissements ? Certains d'entre eux nous ont dit très clairement que la loi était totalement antinomique avec leur vision et qu'ils souhaitaient continuer à pratiquer comme avant. La question est donc tout sauf anodine car le respect du caractère propre des établissements est reconnu aussi bien par les règles du droit européen que par celles du droit international.

M. Christophe Bentz (RN). Nous avons été saisis par plusieurs organisations qui s'inquiètent légitimement des conséquences du texte. De nombreux établissements privés, qu'ils soient confessionnels ou non, prennent en charge et accompagnent des patients. Si ces amendements n'étaient pas adoptés, concrètement, ces structures fermeront, et cela aggravera la situation problématique de l'accès aux soins.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Monsieur Bentz, vous êtes souvent rigoureux, mais l'argument selon lequel les établissements fermeraient en l'absence de clause de conscience collective ne tient pas une seconde. Les murs n'ont pas de conscience, mais chaque être humain en a une. En introduisant la notion de clause de conscience collective, vous changez la définition même de la clause de conscience, qui est individuelle. Le texte n'empêche en aucun cas un établissement dont tout le personnel aurait fait valoir sa clause de conscience individuelle de ne pas pratiquer l'aide à mourir. Dans un établissement où l'harmonie dont vous parlez existe de manière évidente, chaque membre du personnel de l'établissement fera valoir sa clause de conscience personnelle. Je m'oppose fondamentalement à l'idée d'une clause de conscience collective. Elle n'a pas de sens et je ne vois pas pourquoi son absence entraînerait la fermeture de l'établissement.

M. le président Frédéric Valletoux. On imagine la brèche que cela ouvrirait. Ce genre de débat peut aller très loin.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Comme l'a très bien dit M. le rapporteur général, la clause de conscience est absolument individuelle. Un établissement est une structure juridique et administrative qui, par essence, ne peut avoir de conscience. La clause de conscience collective ouvrirait une brèche dans notre droit qui risque de nous emmener dans des contrées bien trop dangereuses.

Mme Justine Gruet (DR). Les murs n'ont peut-être pas de conscience, mais on ne demande pas aux murs de soigner. Or la promesse de soin est construite en équipe. Le soin n'est pas un problème individuel ; chaque professionnel est impliqué, à son échelle, dans la prise en charge globale du patient. Vous dites que le problème ne se posera pas car chaque personne pourra faire valoir sa clause de conscience au sein de l'établissement, mais vous permettez dans le même temps l'intervention de personnes extérieures à l'établissement, y compris quand le projet global de celui-ci indique que l'euthanasie est contraire à l'éthique du travail en équipe et à son projet de soins. Le respect va dans les deux sens : si un établissement est opposé à l'euthanasie dans ses murs parce qu'elle est contraire au projet global de l'équipe, ceux qui feront le choix de cet établissement sauront qu'ils ne pourront pas y avoir recours.

Mme Annie Vidal (EPR). Certes, les murs n'ont pas de conscience, mais les établissements ont un projet d'établissement et un projet de soins infirmiers. Nous savons que certains actes peuvent heurter ces projets.

Au-delà de l'amendement, je remarque que de nombreuses questions se posent encore autour du texte. Cela interroge sa cohérence et sa solidité. Je remarque aussi qu'il n'est possible d'ouvrir aucun débat. On ne peut que le regretter. Si la rédaction était aussi cohérente, aussi solide et aussi sécurisée que vous le dites, monsieur le rapporteur général, nous ne tenterions pas d'ouvrir ces débats de fond qui me semblent nécessaires à l'équilibre du texte.

M. René Pilato (LFI-NFP). Notre collègue Hetzel parle de liberté de conscience collective. Ce concept est en totale contradiction avec la loi de 1905 qui garantit la liberté de conscience individuelle. Ce n'est pas une brèche que vous ouvrez, c'est un gouffre : en disant que les convictions collectives sont supérieures, vous remettez en cause le fait que chacun d'entre nous puisse avoir des convictions personnelles. C'est plus que dangereux ; il faut vous reprendre.

M. Christophe Bentz (RN). Chacun ici peut comprendre qu'un droit nouveau comme la pratique du suicide assisté ou délégué peut choquer un certain nombre de personnes qui travaillent pour des établissements de soins et heurter la sensibilité du personnel soignant, son éthique personnelle et collective. Ouvre-t-on une brèche ? Je ne le sais pas, mais nous assumons de vouloir limiter le nombre de lieux où sera pratiqué le suicide assisté ou délégué pour sanctuariser ces établissements dans le cas malheureux où cette loi serait votée.

M. Jean-François Rousset (EPR). Je suis assez âgé pour avoir connu l'époque où beaucoup d'établissements dans lesquels on pratiquait la chirurgie étaient tenus par des congrégations de religieuses. Ils pouvaient comporter aussi des services de gynécologie. Quand le problème des interruptions volontaires de grossesse (IVG) est apparu, les dirigeants de ces structures ont demandé aux chirurgiens s'ils voulaient pratiquer des IVG ; ceux qui ne le souhaitent pas ont fait jouer leur clause de conscience. Cela n'a posé aucune difficulté. La chirurgie gynécologique était parfois la spécialité phare de l'établissement, mais il y a eu des discussions qui ont mené à des accords. Il n'y a pas eu de révolution.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je trouve ces amendements particulièrement insidieux et malsains. Ils visent à remettre en question l'application de ce droit nouveau en faisant peser une pression collective sur les individus. Or, dans un collectif, ce sont les plus actifs qui s'imposent. Comme l'a dit notre collègue Pilato, cela heurte le droit à la conscience individuelle. J'y suis fortement opposé.

M. Aurélien Rousseau (SOC). L'exposé sommaire des amendements est assez spécieux en droit. La Cour européenne des droits de l'homme s'est déjà prononcée sur le sujet, notamment dans le cas des établissements d'enseignement en Italie. Si l'on pousse jusqu'au bout le parallèle avec l'enseignement, il faudrait des établissements de santé non conventionnés ; cela n'existe pas, cela ne fonctionnerait pas. En outre, par symétrie, les amendements impliquent que la dynamique collective pourrait peser sur la conscience individuelle de chacun des soignants dans un établissement public. C'est un renversement de la logique actuelle, dans laquelle la déontologie des professionnels de santé repose sur le choix et la conscience individuelle des personnes. La brèche est là. Quand on voit les dérives qui existent dans l'enseignement privé, je ne crois pas que l'on veuille d'un système de santé dans lequel les règles et les lignes seraient fixées par une conscience d'établissement. Heureusement que les établissements de santé sont ouverts sur l'extérieur et sur la conscience de la République !

M. Patrick Hetzel (DR). Il faut rester mesuré dans la comparaison avec l'enseignement. En France, il existe un enseignement public, un enseignement privé sous contrat et un enseignement privé hors contrat ; les établissements privés sous contrat doivent respecter des règles, mais on ne peut pas nier leur caractère propre. Je suis d'accord pour dire que le terme de liberté de conscience collective n'est pas approprié. Mais le projet de l'établissement relève de son caractère propre. Notre but est de protéger le caractère propre des établissements qui participent au service public hospitalier, notamment en contribuant à assurer les soins palliatifs.

M. Yannick Neuder (DR). Les établissements où l'aide active à mourir sera pratiquée devront-ils demander l'autorisation de l'agence régionale de santé (ARS), comme c'est le cas pour d'autres activités ? Si oui, ces établissements se verront-ils délivrer une certification ? Il me semble que le sujet n'a pas été abordé.

M. Eddy Casterman (RN). Il existe un fondement juridique à cette clause de conscience collective. Il se trouve à l'article L. 2212-8 du code de santé publique. M. Rousset a rappelé que la question s'était posée dans le cas des IVG. C'est cet article qui permet à un établissement de santé privé de refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux. Par souci de parallélisme juridique, l'amendement applique cette clause de conscience collective à l'euthanasie.

M. le président Frédéric Valletoux. Je remercie les orateurs qui se sont exprimés. Le sujet méritait qu'un débat ait lieu et que les arguments de chacun soient échangés.

La commission rejette les amendements.

Amendements AS391 et AS393 de M. Eddy Casterman

M. Eddy Casterman (RN). Le premier amendement pose une limite essentielle qui est à la fois éthique, médicale et symbolique. Les unités de soins palliatifs ont une mission claire, précieuse et profondément humaine, celle d'accompagner, de soulager et d'apaiser. Elles sont nées d'une conviction forte : on ne peut pas toujours guérir, mais on peut toujours prendre soin. Leur raison d'être est de combattre la douleur, la détresse, la solitude, jamais de provoquer délibérément la mort. Autoriser l'euthanasie ou le suicide assisté dans ces unités reviendrait à brouiller radicalement ces repères. Ce serait transformer un lieu identifié par les patients et leur famille comme un espace de protection, de réconfort et de confiance en un lieu où l'on pourrait aussi donner la mort. Cette confusion n'est pas théorique. Elle affecterait la relation de soin, la confiance envers les équipes et le sens même de l'engagement des soignants en soins palliatifs. Il s'agit de préserver la cohérence d'un modèle de soin fondé sur le soulagement sans intention de hâter la mort. Protéger les soins palliatifs, c'est protéger un refuge. Ne leur demandons pas autre chose que ce pour quoi ils existent, c'est-à-dire être un lieu pour vivre jusqu'au bout, accompagné et soulagé.

Le second amendement, lui, ne traite pas seulement d'un lieu, mais d'une limite que nous devons refuser de franchir, celle de la monétisation de la mort elle-même. Une chambre funéraire est un espace dédié à l'accueil d'un défunt, au soutien de ses proches et au temps du deuil. Y autoriser la pratique de l'euthanasie ou du suicide assisté n'est pas un simple ajustement logistique, c'est faire entrer l'acte de donner la mort dans une chaîne de prestations commerciales. Demain, que paiera-t-on dans une chambre funéraire ? Un lieu, un créneau, un accompagnement, une offre ? Le risque est évident : transformer un moment de gravité absolue en service intégré au parcours funéraire. Cette confusion entre soins, décision médicale et activité marchande est éthiquement dangereuse. Elle banalise l'acte et brouille les repères collectifs entre ce qui relève d'une part de l'accompagnement et d'autre part du commerce. Le législateur a aussi un rôle symbolique. Il doit dire que certains espaces ne peuvent pas devenir les supports d'une économie de la mort provoquée. La chambre funéraire doit rester un lieu de respect pour les personnes décédées, pas l'antichambre d'un acte facturé. Cet amendement protège une frontière essentielle, celle qui sépare la dignité du défunt de toute logique marchande liée à l'acte de mourir.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Par l'amendement AS391, vous souhaitez interdire l'administration de la substance létale dans les services de soins palliatifs. Pourtant, chaque jour, des personnes meurent dans ces services – plus de la moitié des décès en France surviennent en structure hospitalière.

Je ne vois donc aucune raison pour laquelle l'aide à mourir ne pourrait pas être pratiquée dans ces services, dès lors que les soignants ne font pas jouer leur clause de conscience et souhaitent accompagner une personne demandeuse.

Plutôt que de nous concentrer sur les professionnels de santé, pensons à la personne qui satisferait les conditions restrictives fixées à l'article 2, serait hospitalisée en unité de soins palliatifs et demanderait l'aide à mourir. Lui demanderez-vous de quitter l'unité de soins palliatifs, alors qu'elle est en fin de vie et en souffrance ?

Avis défavorable.

Quant à l'amendement AS393, je peine à comprendre l'intention. Nous l'avons déjà précisé, la substance létale ne pourra pas être administrée sur les « voies et espaces publics ». Nous n'allons pas énumérer dans la loi l'ensemble des lieux où son administration sera interdite.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Monsieur le rapporteur, vous nous dites que puisque des personnes meurent tous les jours en soins palliatifs, on doit pouvoir y utiliser l'aide active à mourir. Pourtant, la différence est nette entre les soins palliatifs, qui sont des soins, et l'euthanasie, qui n'en est pas un – même si elle sera

intégrée au code de la santé publique. L'intentionnalité est différente, les produits injectés sont différents et l'engagement du pronostic vital est différent.

Oui, bien sûr, ceux qui ont la chance d'être accompagnés dans une unité de soins palliatifs y meurent, mais cela ne justifie pas d'autoriser l'aide à mourir dans ces espaces. Ils sont dédiés à un accompagnement qualitatif et à des soins dont la temporalité diffère de celle de l'aide à mourir.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Les soins palliatifs ne sont pas un cahier de recettes pour connaître une bonne mort, mais une philosophie, qui place la relation humaine et le regard de l'autre au cœur du soin. Les personnels ne seraient pas ravis que l'on puisse recourir à l'aide à mourir dans leur établissement.

Par ailleurs, vous savez bien que dans les pays où l'euthanasie ou le suicide assisté ont été légalisés, la Belgique, par exemple, des injections ont fini par avoir lieu dans des chambres funéraires. Il faut préciser que c'est interdit dans la loi, par mesure de sécurité.

M. René Pilato (LFI-NFP). On l'oublie, mais les soins palliatifs comme l'aide à mourir relèvent tous deux de la fin de vie, qui est une globalité. Imaginons qu'un patient qui bénéficierait de soins palliatifs mais subirait des effets secondaires insupportables demande en pleine conscience à bénéficier de l'aide à mourir. Nous n'allons pas le déménager ! Et le personnel des unités de soins palliatifs dispose de la liberté de conscience.

Je rappelle qu'au tout début de l'examen du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie en commission spéciale, en 2024, seuls 4 % du personnel soignant – des médecins, en particulier – étaient d'accord pour accomplir le geste létal. Désormais, parce que nous avons élaboré un texte équilibré, solide, ce taux est de 30 %. Les mentalités évoluent.

Mme Agnès Pannier-Runacher (EPR). Ce sont exactement les mêmes molécules qui sont utilisées pour la sédation profonde et pour l'aide active à mourir. Vous faites comme si c'étaient deux choses radicalement différentes, alors que la différence est la même qu'entre gris clair et gris foncé. Cette dichotomie est une hypocrisie.

C'est l'éléphant dans la pièce : nous savons tous que depuis des dizaines d'années, une forme d'aide active à mourir existe dans les services hospitaliers. Pendant plusieurs années, j'ai été membre de l'équipe de direction du plus grand hôpital français, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Certains patients peuvent déjà demander à mourir, uniquement parce qu'ils disposent d'un certain capital social et culturel – ils suggèrent par exemple élégamment au personnel soignant que « ce serait bien d'augmenter un peu la dose ». Les autres, qui n'ont pas cette aisance, n'osent pas, malgré leur souffrance. La situation actuelle est choquante, car elle prive

les plus précaires d'une aide qui existe déjà. Essayons donc de répondre à la réalité des besoins des Français.

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

Amendement AS300 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Le présent amendement vise à interdire « toute activité privée lucrative visant à organiser de manière régulière la pratique de l'aide à mourir dans un lieu déterminé ». Au Québec, par exemple, des entreprises du secteur funéraire ou des structures privées ont intégré des services d'aide à mourir dans leur offre et ce n'est pas une affabulation.

Nous devons nous en prémunir, pour protéger les personnes les plus vulnérables, préserver la dignité de la fin de vie et prévenir toute banalisation ou instrumentalisation économique de l'aide à mourir. Il faut l'affirmer clairement : l'aide à mourir ne saurait s'inscrire dans une logique marchande. Elle ne doit s'inscrire que dans un cadre de santé, sous responsabilité médicale, avec une exigence éthique.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Tel qu'il est rédigé, votre amendement exclurait les établissements de santé privés à but lucratif de la procédure d'aide à mourir. Cela risque de créer une inégalité dans l'accès aux services de santé.

Avis défavorable.

Mme Annie Vidal (EPR). Je ne suis pas d'accord. L'amendement ne vise à interdire la pratique de l'aide à mourir dans un cadre privé lucratif que si celle-ci est organisée « de manière régulière » – et à juste titre, car ce serait dommageable. Ainsi, il ne vise que les établissements qui feraient un business de l'aide à mourir, mais pas les établissements qui délivrent des soins, qu'ils soient privés, publics ou associatifs.

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

Amendement AS301 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Je suis surprise que vous ne définissiez pas mieux les lieux où l'euthanasie pourra être pratiquée, alors que cet acte demande l'intimité et le respect. Le présent amendement prévoit que la liste de ces lieux sera précisée par décret, afin de se prémunir des dérives.

Même si c'est la troisième fois que nous examinons ce texte, cette lecture est importante et les dangers que nous pointons ne me semblent pas irréalistes. Nous voulons simplement encadrer les choses.

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

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

L'amendement AS462 de Mme Sandrine Dogor-Such est retiré.

La commission adopte l'amendement rédactionnel AS692 de M. Stéphane Delautrette.

Amendement AS314 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Je propose que la présence d'un témoin neutre soit obligatoire lors de l'administration de la substance létale, car c'est une garantie essentielle de transparence et de sécurité juridique.

Ce témoin extérieur à la sphère familiale et sans intérêt personnel à l'acte permettra d'attester l'absence de pressions, le respect de la volonté du patient et le bon déroulement de la procédure. Sa présence protégera le patient concerné, mais aussi le professionnel de santé, tout en renforçant la confiance dans le dispositif et la traçabilité d'un acte d'une gravité exceptionnelle.

En outre, au cas où un patient souhaiterait interrompre la procédure, nous serions certains que son souhait est respecté, si un témoin était présent.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. En première lecture, nous avons déjà précisé à l'article 9 que le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne « veille à ce qu'elle ne subisse aucune pression » de la part de ses proches. La procédure est strictement délimitée, pour garantir à tout moment le respect des droits de la personne.

Votre position est assez incohérente : dans d'autres amendements, vous soulignez les risques psychologiques de la procédure pour les témoins. Pourquoi alors en multiplier le nombre ?

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Avec cet amendement, je ne vise pas les pressions familiales extérieures, mais les cas où un patient vulnérable souhaiterait renoncer à la procédure au dernier moment. Comment s'assurer que sa volonté est respectée ?

Par ailleurs, j'avais déposé un amendement, qui a été jugé irrecevable, afin qu'un suivi psychologique soit obligatoire pour les mineurs présents lors de l'injection. De fait, ceux qui assisteront à l'injection doivent faire l'objet d'une attention particulière.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Vous le savez, ces points seront examinés à l'article 8 – pardon, à l'article 10.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS14 de M. Fabien Di Filippo

Mme Sylvie Bonnet (DR). Nous proposons d'interdire aux proches de contribuer matériellement à l'administration de la substance létale. Aucun pays ne fait porter cette responsabilité aux proches ; les conséquences psychologiques d'un tel acte, notamment en matière de culpabilité, sont inconnues. Un accompagnement psychologique obligatoire devrait au moins être prévu pour ces situations, or ce n'est pas le cas ici.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Je vous invite à relire l'article 2, qui est très clair : seuls pourront administrer la substance létale le patient lui-même, ou, lorsqu'il n'est pas en mesure d'y procéder, le médecin ou l'infirmier qui l'accompagne. Ainsi, un proche ne pourra en aucun cas administrer la substance.

Votre amendement est satisfait ; demande de retrait. À défaut, avis défavorable.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). L'article 7 prévoit en outre que, « si nécessaire », le médecin ou l'infirmier orienteront les proches « vers les dispositifs d'accompagnement psychologique existants ». Au passage, l'amendement rédactionnel que nous venons d'adopter, qui supprimait ce mot d'« existants », aurait aussi dû remplacer « les » par « des ».

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Ce sera l'objet d'un autre amendement rédactionnel...

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS255 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Non, monsieur le rapporteur, la présence des proches du patient n'est pas évoquée à l'article 8. Celui-ci porte sur le circuit de préparation et de délivrance de la substance létale.

C'est bien le présent article qui dispose que « la personne peut être entourée par les personnes de son choix pendant l'administration de la substance létale ». Je suggère de le compléter ainsi : « le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne propose, sauf opposition expresse de celle-ci, un entretien d'information aux proches présents, portant sur le déroulement de l'administration de la substance létale et sur les dispositifs d'accompagnement existants ». Nous protégerons ainsi les proches concernés d'un choc post-traumatique, à l'issue de l'injection.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Comme je l'ai déjà indiqué, le texte prévoit que le médecin ou l'infirmier « informe les proches et les oriente, si nécessaire, vers les dispositifs d'accompagnement psychologique ».

Les choses se passeront comme pour toutes les maladies : le médecin répond aux questions du patient, mais aussi de ses proches, de son entourage familial et leur apporte une assistance, y compris psychologique. Vous savez bien ce qu'est la relation médicale !

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

L'amendement est retiré.

Amendement AS435 de Mme Christine Loir

M. Christophe Bentz (RN). En 2024, lors de la première lecture de ce qui était alors un projet de loi, nous avons auditionné des représentants des cultes – l'islam, le judaïsme, le christianisme, notamment. Tous étaient opposés à ce texte.

Le présent amendement tend à préciser que le patient pourra bénéficier d'un accompagnement spirituel, s'il le souhaite. Cette question risque d'être oubliée, alors qu'elle est essentielle, pour certains.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Rien ne s'oppose, dans le texte, à ce que la personne, si elle le souhaite, bénéficie d'un accompagnement spirituel pendant sa réflexion. Je ne comprends pas pourquoi vous voulez inscrire cette possibilité dans la loi.

De même, la personne pourra choisir les personnes qui l'entoureront au dernier moment. Rien ne l'empêche donc de demander la présence d'un religieux lors de l'administration de la substance.

En outre, le rôle de l'équipe médicale n'est pas de veiller à ce que la personne bénéficie d'un tel accompagnement. Ce n'est tout simplement pas sa responsabilité.

M. Christophe Bentz (RN). C'est vrai, rien, dans le texte, n'empêche cet accompagnement spirituel et ce qui n'est pas interdit est réputé être autorisé.

Mais pourquoi se priver d'une telle précision, qui garantirait le droit à un accompagnement spirituel des personnes en fin de vie ?

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 7 modifié.

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

Amendement AS59 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Tel qu'il est rédigé, l'article 8 traite les pharmaciens comme de simples prestataires de services, des exécutants, alors que,

aux termes du code de la santé publique, ils sont bien autre chose et devraient bénéficier d'une clause de conscience.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Avis défavorable.

La suppression de cet article créerait un vide juridique et fragiliserait le circuit du médicament. Cela irait contre votre intention.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS108 de M. Patrick Hetzel et AS334 de M. Thibault Bazin (discussion commune)

M. Patrick Hetzel (DR). Cet amendement de réécriture globale de l'article vise à clarifier le cadre relatif aux moyens thérapeutiques mobilisables dans l'accompagnement de la fin de vie. Il confierait aux ARS une responsabilité d'organisation territoriale.

En tout cas, il ne faut pas traiter les pharmaciens comme de simples exécutants.

M. Thibault Bazin (DR). Mon amendement tend également à réécrire l'article. Il ne remet pas en cause votre projet, mais vise simplement à sécuriser l'accès aux traitements et dispositifs nécessaires au soulagement de la douleur et de la souffrance, y compris lorsqu'ils sont susceptibles d'altérer la conscience, en précisant que ces traitements seront « mis en œuvre conformément aux données acquises de la science, aux recommandations de bonnes pratiques et aux référentiels nationaux ».

L'amendement tend ainsi à préciser les conditions de prescription, de préparation et d'administration de ces moyens, afin de garantir la qualité et la sécurité des soins, mais aussi la continuité de la prise en charge, dans le respect de la volonté de la personne.

Afin de réduire les inégalités d'accès aux soins palliatifs et aux dispositifs de soulagement de la douleur, les ARS assureraient une mission d'organisation territoriale. Ce point, que vous n'avez pas prévu, me semble essentiel. Pendant la crise de la covid, par exemple, les antalgiques n'étaient pas forcément accessibles. Nos politiques publiques doivent être améliorées en la matière.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Ces deux amendements visent en réalité à rétablir la rédaction adoptée par les sénateurs en commission, avant que le Sénat ne rejette la proposition de loi en séance publique – vous oubliez d'ailleurs de préciser cette origine.

Or cette rédaction supprime toute la procédure de l'aide à mourir, et introduit plusieurs dispositions dépourvues de caractère normatif, relatives aux soins palliatifs et à la sédation profonde et continue.

Ainsi, vos amendements supprimeraient le circuit de préparation et de délivrance de la substance létale, éliminant en pratique l'accès à l'aide à mourir.

Par ailleurs, l'amendement AS334 comporte une incohérence de rédaction, puisqu'il prévoit que seules les pharmacies à usage intérieur et les pharmacies d'officine volontaires pourront manipuler et délivrer la substance létale, tout en supprimant tout le circuit de préparation et de délivrance de cette substance.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (DR). Monsieur le rapporteur, vous vous êtes vous-même inspiré de certaines rédactions adoptées par la commission des affaires sociales du Sénat, parce qu'elles étaient meilleures que les nôtres. Il m'a semblé que pour cette rédaction de l'article 8, c'était également le cas, notamment parce qu'elle inclut les ARS.

Ne caricaturez donc pas nos amendements en prétendant qu'ils suppriment l'aide à mourir, alors qu'ils ne concernent que la préparation et la délivrance de la substance létale.

M. Yannick Monnet (GDR). À l'Assemblée, nous avons eu l'intelligence d'entrer dans le débat, de débattre. Les sénateurs, eux, ont eu peur de le faire et ont massacré le texte. Je ne suis donc pas sûr que leur version vaille d'être reprise.

La commission rejette successivement les deux amendements.

Amendement AS693 de M. Stéphane Delautrette

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. En l'état, le texte ne précise pas que la date d'administration létale devra être communiquée à la pharmacie à usage intérieur. Or il faut bien que le pharmacien de la pharmacie à usage intérieur connaisse cette date, pour que la substance létale soit préparée et transmise à la pharmacie d'officine dans les délais. Cet amendement vise à remédier au problème.

Mme Justine Gruet (DR). Je suis d'accord avec vous, cette précision est nécessaire.

Toutefois, je trouve votre capacité de discernement sélective. Vous avez refusé nos nombreux amendements visant à préciser le texte, au motif que ce qui n'est pas explicitement interdit est autorisé. On aurait envie de vous répondre la même chose sur cet amendement – après tout, en l'état, le texte n'interdit pas au médecin ou à l'infirmier de communiquer la date prévue de l'injection.

Votre avis sur l'opportunité d'apporter des précisions n'est pas forcément juste.

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

Amendements identiques AS186 de Mme Annie Vidal et AS436 de Mme Christine Loir

M. Thibault Bazin (DR). L'amendement AS186 est défendu.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). En l'état, l'article 8 mentionne « le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne », pour désigner le professionnel de santé chargé de la désignation de la pharmacie, de la réception de la préparation et de son administration dans les conditions prévues par la loi.

Dans un souci de cohérence et de rigueur juridique, l'amendement AS436 vise à substituer au mot « accompagner » celui d'« assister ». L'accompagnement renvoie à une prise en charge globale, continue, à une relation. Or ce dont il est question ici n'est pas un accompagnement au sens médical ou humain, mais une assistance, dont le cadre est strictement limité et qui a une valeur technique et procédurale.

Maintenir le mot « accompagner » reviendrait à brouiller les frontières entre le soin, l'accompagnement palliatif et un acte qui conduit à la mort, mais aussi à exposer les professionnels à des interprétations extensives de leurs obligations et de leurs responsabilités. Il faut clarifier les rôles.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Le rôle du professionnel de santé est bien plus large que celui que vous décrivez : il est chargé de vérifier que la personne confirme sa volonté de procéder à l'administration du produit ; il surveille l'administration après l'avoir préparée, le cas échéant ; il répond aux questions de la personne concernée.

Tout au long du texte, le terme « accompagner » semble bien caractériser le rôle du professionnel de santé, qui ne se limite pas à une assistance passive durant le processus.

Avis défavorable.

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

*Puis, suivant l'avis du rapporteur, elle **rejette** l'amendement AS80 de M. Patrick Hetzel*

Amendement AS551 de M. Julien Odoul

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

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

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS694 de M. Stéphane Delautrette.*

Amendement AS100 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement vise à se prémunir contre tout risque de conflit d'intérêts entre le médecin prescripteur et la pharmacie d'officine. En effet, un conflit d'intérêts peut survenir lors de la délivrance de la préparation magistrale par le pharmacien si celui-ci identifie un parent, un allié ou un conjoint grâce au nom figurant sur l'ordonnance.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. La pharmacie d'officine n'est pas désignée par le médecin prescripteur, mais par le médecin ou l'infirmier chargés d'accompagner la personne, en accord avec celle-ci. Par conséquent, je peine à comprendre l'intérêt de votre amendement.

Avis défavorable.

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

Amendement AS60 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). L'amendement vise à prévoir une clause de conscience pour les pharmaciens qui considèrent la délivrance d'une préparation létale comme contrevenant à leur éthique professionnelle.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous avons eu ce débat à plusieurs reprises. Il n'est pas prévu de clause de conscience pour les pharmaciens, qui n'interviennent pas directement dans l'aide à mourir, mais participent à la conduite de la procédure.

Je rappelle l'avis du Conseil d'État de 2024 : « *les missions de réalisation de la préparation magistrale létale et de délivrance de la substance létale, qui interviennent après la prise de décision et avant la mise en œuvre de l'administration de la substance létale, ne concourent pas de manière suffisamment directe à l'aide à mourir pour risquer de porter atteinte à la liberté de conscience des pharmaciens et des personnes qui travaillent auprès d'eux.* »

Pour toutes ces raisons, avis défavorable.

M. Patrick Hetzel (DR). Souffrez que l'on puisse avoir un point de vue divergent de celui du Conseil d'État.

J'ai discuté avec de nombreux pharmaciens et tous ne sont pas d'accord. Il serait judicieux de leur octroyer une plus grande liberté d'action. Si l'on veut rassurer certains professionnels, prévoir une clause de conscience a du sens.

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

*Puis elle **adopte** l'article 8 **modifié**.*

*

* *

4. Réunion du jeudi 5 février 2025 à 9 heures (article 9 à article 19)

La commission poursuit l'examen, en deuxième lecture, de la proposition de loi, rejetée par le Sénat, relative au droit à l'aide à mourir (n° 2401) ⁽¹⁾.

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

Amendements de suppression AS61 de M. Patrick Hetzel et AS434 de Mme Christine Loir

Mme Sylvie Bonnet (DR). Les pharmaciens peuvent estimer que la délivrance de produits létaux est contraire à leur éthique, position que l'on ne saurait écarter car elle relève de l'intime. Une clause de conscience devrait donc être inscrite dans la loi à cet égard.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement AS434 est défendu.

M. Olivier Falorni, rapporteur général de la proposition de loi. Comme l'ensemble du texte, cet article 9 est cohérent et équilibré – il prévoit notamment la confirmation de la volonté, le rôle du professionnel, le mode d'administration, le report de la date d'administration et la traçabilité des actes et a, en outre, été amélioré au cours de nos travaux en commission. Je suis évidemment défavorable à sa suppression.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Comme le rapporteur général, je voterai contre cet amendement, qui est une sorte de cheval de Troie. Un pharmacien ne peut pas interdire à une patiente ou à un patient de disposer de son propre corps – par exemple, il ne peut pas refuser de vendre des contraceptifs, des pilules du lendemain ou des pilules abortives. Établir une clause de conscience des pharmaciens pour les produits qu'ils délivrent ouvrirait la voie à la remise en cause de la délivrance de tous les produits permettant de disposer de soi, donc du droit opposable à la contraception classique ou d'urgence. En outre, cela n'a rien à voir avec l'alinéa 2.

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

Amendement AS109 de M. Patrick Hetzel

(1) <https://assnat.fr/0LNvPa>

Mme Sylvie Bonnet (DR). Cet amendement a pour objet de préciser et de sécuriser les modalités de l'accompagnement médical et soignant des personnes en fin de vie, en cohérence avec l'ensemble du dispositif relatif au soulagement de la souffrance et au soutien palliatif. Il affirme le principe d'un accompagnement continu jusqu'au décès, fondé sur le respect de la dignité, de la volonté et du projet thérapeutique du patient.

Lorsque les conditions prévues par la loi sont réunies, l'amendement encadre la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, en garantissant une surveillance médicale adaptée et une présence permanente de l'équipe soignante, afin d'assurer le soulagement effectif de la souffrance.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. La rédaction que vous proposez, qui est celle adoptée par le Sénat en séance, se borne à rappeler le droit existant en matière de fin de vie ou à développer des éléments peu normatifs. Elle ne prend donc pas en compte l'instauration d'un droit à l'aide à mourir ni la procédure qui en découle. J'y suis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS463 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS569 de M. Julien Odoul et AS176 de Mme Marie-France Lorho (discussion commune)

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Mon amendement vise à réserver clairement l'acte léthal aux seuls médecins. L'administration d'une substance entraînant le décès intervient au terme d'une évaluation médicale complexe, qui engage le diagnostic, le pronostic et l'appréciation du discernement. Cette responsabilité relève exclusivement de la compétence et de la responsabilité du médecin. Concentrer l'acte et la décision sur un seul professionnel garantit une traçabilité claire et renforce la sécurité juridique. Cette mesure protège également la profession infirmière, dont la mission repose sur le soin et l'accompagnement, et non sur l'administration directe de la mort. Pour des raisons de cohérence, de responsabilité et d'éthique, l'adoption de cet amendement est indispensable.

Mme Lisette Pollet (RN). Les amendements AS569 et AS176 sont défendus.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Le fait qu'un médecin puisse accompagner la personne fait partie de l'équilibre du texte. Cette possibilité paraît, du reste, essentielle pour assurer l'accès à l'aide à mourir dans tout le territoire. Par ailleurs, je suis en désaccord avec l'idée que l'aide à mourir serait contraire au serment d'Hippocrate. Celui-ci a plusieurs fois évolué au fil des siècles et, comme l'a rappelé le président du Conseil national de l'Ordre des médecins l'an dernier au cours des auditions auxquelles nous avons procédé, les médecins doivent être – et sont – à l'écoute de la société.

Quant aux infirmiers, au-delà de l'aide à mourir, tout le monde reconnaît leur rôle central dans l'accompagnement des personnes souffrantes, au même titre que celui des médecins. Ces professionnels administrent au quotidien des médicaments aux patients et ont toutes les compétences pour cela. Lors des auditions, certains infirmiers ont déclaré que, compte tenu du rôle qu'ils jouent déjà auprès des patients, ils ne jugeaient pas inopportun d'être intégrés au processus d'accompagnement. Cette intégration rendra plus effectif le droit à l'aide à mourir. Je suis défavorable à l'ensemble des amendements.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Les infirmières sont chargées des soins et de l'accompagnement en fin de vie. Elles assurent aussi un suivi à domicile. Elles bénéficient également d'une clause de conscience et il ne faut surtout pas les exclure du processus, car leur intervention fait partie de la prise en charge d'un patient de la naissance à la mort.

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

Amendement AS173 de Mme Marie-France Lorho

Mme Lisette Pollet (RN). L'amendement est défendu.

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

Amendement AS513 de M. Thibault Bazin, amendements identiques AS131 de Mme Sandrine Runel, AS138 de Mme Élise Leboucher et AS483 de Mme Sandrine Rousseau (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS513 vise à interroger et à encadrer plus strictement les conditions de mise en œuvre de l'aide à mourir, compte tenu des enjeux éthiques, médicaux et juridiques soulevés par l'article 9. Il vise à supprimer la possibilité pour un tiers de procéder à l'administration de la substance létale lorsque le patient n'est pas en capacité de le faire lui-même. Toute demande de report doit faire l'objet d'un réexamen de la demande initiale. Il s'agit à la fois d'apprécier la situation psychique du patient et de questionner la pertinence d'une poursuite de la procédure.

L'amendement renvoie par ailleurs à un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et du Comité consultatif national d'éthique (CCNE), les modalités d'intervention d'un professionnel de santé en cas de difficultés, afin de garantir un cadre clair et sécurisé.

Enfin, il précise que l'attestation établie à l'issue de l'acte ne peut l'être que par le professionnel ayant personnellement aidé au suicide assisté, afin de renforcer la responsabilité et la traçabilité de l'acte.

Mme Martine Froger (SOC). L'amendement AS131 vise à rétablir le choix entre l'auto-administration de la substance létale et son administration par un

infirmier ou un médecin. Le mode d'ingestion doit être choisi par le patient, pour plusieurs raisons. De fait, certains patients peuvent souhaiter partir, mais sans vouloir réaliser eux-mêmes le geste qui va les délivrer. Il faut respecter ce choix, donc demander à un médecin ou à un infirmier de les y aider.

L'argument avancé en séance par le Gouvernement selon lequel la primauté de l'auto-administration sur l'administration par un médecin ou par un infirmier serait une ultime vérification de la volonté libre et éclairée du patient ne tient pas, puisque cette volonté est évaluée au moment de l'administration.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'amendement AS138 vise à rétablir la version initiale du texte, qui consacre la liberté de choix de la personne concernée, qui peut décider de s'administrer elle-même la substance létale ou d'en recevoir l'administration, sans que cette décision soit subordonnée à une capacité physique. En effet, cette notion peut donner lieu à de longs débats et la capacité en question n'est pas seulement physique, mais aussi morale et émotionnelle. Il me semble légitime qu'une personne qui a fait tout ce chemin, qui souffre effroyablement et qui veut partir puisse consacrer son esprit exclusivement à ceux qui l'accompagnent dans ses dernières minutes, sans être obnubilée par l'angoisse du geste final. Un texte sur l'ultime liberté ne saurait créer un ultime fardeau.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Au moment de passer à l'acte, on peut avoir très envie de le faire et être très volontaire sans être pour autant dans les dispositions permettant de la faire soi-même. Le geste est en effet difficile, et l'on peut préférer tenir la main de la personne que l'on aime plutôt que de s'injecter le produit. Cela ne signifie pas que l'on renonce ou que l'on faiblit face à cette décision, mais que l'on ne veut pas avoir pour dernier geste celui d'appuyer sur une seringue. Mon amendement est un amendement d'humanité et d'humanisme.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Pour ce qui concerne l'amendement AS513, je rappelle, sur la forme, que nous avons adopté en séance un amendement de coordination précisant : « si elle n'est pas en capacité physique de le faire elle-même », à l'initiative de... M. Thibault Bazin ! Sur le fond, je suis en désaccord avec vous, car votre rédaction aurait pour conséquence d'entraver l'aide à mourir pour les personnes souffrant d'une incapacité physique, ce qui n'est pas acceptable.

Avis très défavorable.

Pour ce qui est des amendements identiques, et sans revenir sur le fond, je vous invite, chers collègues, à un vote de responsabilité et de cohérence sur la forme. L'article 2, que nous avons voté, définit le droit à l'aide à mourir, qui consiste à autoriser et à accompagner une personne qui en exprime la demande à recourir à une substance létale, dans des conditions données, afin qu'elle se l'administre ou, si elle n'est pas en mesure d'y procéder, de se la faire administrer par un médecin ou un infirmier. Je vous invite donc à retirer ces amendements pour en débattre en séance

à partir d'un texte cohérent. Vous pourrez évidemment déposer des amendements à l'article 2 si vous souhaitez le modifier, mais j'insiste sur le fait que l'adoption des amendements identiques qui viennent d'être présentés rendrait incohérent le texte qui sortira de notre commission.

Mme Justine Gruet (DR). C'est en effet un point central de l'équilibre et de la cohérence du texte et, bien que vous invoquiez la cohérence de la forme, le désaccord porte en réalité sur le fond. À force de ne pas vouloir nommer les choses, nous nous trouvons devant deux actes différents, du point de vue tant de l'intentionnalité que du traumatisme lié au fait que l'injection de la substance létale puisse être auto-administrée ou administrée par un tiers.

Cela montre aussi que le texte ne permet pas de déterminer assez précisément l'incapacité physique. Il ressortait de nos travaux en première lecture que l'euthanasie était l'exception lorsque la personne n'était physiquement pas capable d'y procéder ; or votre argumentation est sous-tendue par l'idée qu'il s'agit d'un simple problème de cohérence de forme et l'euthanasie tend ainsi à devenir la règle, et non l'exception. C'est, je le répète, un désaccord de fond.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Madame Gruet, je ne fais que donner un avis sur des amendements très différents qui ont fait l'objet d'une discussion commune, qui portent tous sur le fond et qui sont tous légitimes. Je suis en désaccord avec vous sur le fond pour les raisons que j'ai déjà exprimées à plusieurs reprises, notamment en séance en première lecture.

À titre personnel, je suis plutôt favorable, sur le fond, aux amendements défendus par Mme Rousseau, M. Clouet et Mme Froger, mais le texte voté en première lecture est parvenu à un équilibre. Le débat est tout à fait légitime mais il se pose, je le répète, une question de cohérence de forme. Nous avons tous constaté que le texte produit par le Sénat n'avait aucune cohérence, alors que la force de notre travail en première lecture était que son résultat, qu'on soit ou non d'accord avec lui, avait un sens et une cohérence – à l'exception d'une phrase excluant que la souffrance psychologique seule soit un critère suffisant, que nous avons supprimée.

L'adoption de ces amendements rendrait le texte incohérent, en opposant l'article 2 et l'article 9. Le travail en commission étant par définition un travail préparatoire, leur retrait n'empêcherait nullement le débat en séance, et cela dès l'article 2, mais je voudrais que le texte issu de notre commission ait une cohérence de son premier article à son dernier.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Pouvoir faire ce geste ou le déléguer donne de l'humanité au texte. Il y va de la capacité à partir sereinement. J'entends la question de la cohérence avec l'article 2, mais je voudrais que nous puissions en discuter entre l'examen du texte en commission et le débat en séance publique. Comme vous l'avez dit, en effet, le texte a pu évoluer à propos de la souffrance psychologique et je souhaiterais que nous en discussions honnêtement pour pouvoir,

en séance, ouvrir aux patients bénéficiant de ce droit à mourir la possibilité de déléguer ce geste. Si vous garantisiez que nous pourrions avoir cette discussion, je suis prête à retirer l'amendement.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Avec l'esprit de compromis que vous me connaissez, je vais retirer l'amendement, que nous présenterons à nouveau en séance. Une autre voie aurait pu consister à l'adopter et à mettre l'article 2 en conformité en séance, mais prenons plutôt cette voie de l'apaisement.

Mme Martine Froger (SOC). Nous retirons l'amendement, mais le redéposerons en séance et irons jusqu'au vote.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Madame Rousseau, ma demande a bien pour objet cette mise en cohérence. Le travail préparatoire à la séance doit porter sur les amendements qui ont suscité le plus de débats, comme celui-ci – qui est peut-être même le principal à cet égard. Nous aurons des échanges avec vous et avec tous ceux qui auront défendu des amendements ce matin, ainsi qu'avec M. Delautrette et Mme Brigitte Liso, rapporteure pour l'article 2.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Je retire donc mon amendement.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Cette question, qui relève de l'accompagnement des personnes, est en effet un élément très important du texte, sur lequel nous avons travaillé dans la première mouture. Il faut que nous en rediscutions avant la séance pour faire évoluer l'article 2, que nous avons déjà modifié.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je prends note de l'intervention de Mme Dubré-Chirat, que nous associerons à nos échanges – ainsi que M. Vigier, qui manifeste également son souhait d'y participer.

*La commission **rejette** l'amendement AS513.*

*Les amendements AS131, AS138 et AS483 sont **retirés**.*

Amendement AS686 de M. Stéphane Delautrette

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Cet amendement rédactionnel vise à assurer l'harmonisation des termes avec ceux de l'article 2.

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

Amendement AS689 de M. Stéphane Delautrette

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. L'amendement vise à ajouter un 1 *bis*, qui reprend la mission consistant à veiller à l'absence de pressions, ajoutée en séance en première lecture, et précise la marche à suivre en pareil cas, et qui prévoit l'information immédiate du médecin ayant conduit la procédure d'aide à mourir.

Cet amendement améliore, sur le fond et la forme, celui de M. Pilato que nous avons adopté l'an dernier en séance. En effet, alors que la commission y était défavorable, M. Pilato nous avait convaincus de l'intérêt d'ajouter aux missions du professionnel celle qui consiste à veiller à ce qu'aucune pression ne soit exercée au moment de l'administration de la substance létale. Or le texte ne prévoit nulle part que, si le médecin constate une pression, l'information est bien transmise à celui qui a entériné l'éligibilité de la personne à la procédure.

L'amendement complète ce dispositif afin de s'assurer que cette information, une fois recueillie, n'est pas laissée sans suite, mais bien transmise à la personne *ad hoc* pour permettre d'interrompre la procédure si toutes les règles n'ont pas été respectées.

Un second amendement vous sera proposé à l'article 10 afin de parfaire la bonne information de l'ensemble de la chaîne de mise en œuvre de la procédure.

M. René Pilato (LFI-NFP). La rédaction de cet amendement pose problème. Vous écrivez en effet qu'il faut informer le médecin si la moindre pression intervient dans l'acte d'administration de la substance létale, mais on ne sait pas si cette information doit venir de l'infirmier ou du médecin – ce dernier n'ayant pas à s'informer lui-même ! La chronologie de la séquence n'est pas très cohérente. S'il y a pression, c'est parce que le médecin n'a pas fait le boulot, et s'il a fait le boulot, la personne est décédée. Je ne suis pas sûr que cet amendement apporte quelque chose au texte.

M. Christophe Bentz (RN). Paradoxalement, mais pour d'autres raisons, je suis d'accord avec M. Pilato. Nous sommes évidemment tous désireux d'éviter toute pression autour des personnes concernées et nous avons déposé de nombreux amendements en ce sens. Or, monsieur le rapporteur, vous allez plus loin que l'écriture actuelle et commencez à invoquer le délit d'entrave et le délit d'incitation, qui relèvent de l'article 17, sur lequel nous déposerons de nombreux amendements. Par prudence, il est donc prématuré d'adopter cet amendement sans avoir débattu de l'article 17.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Il faut donc mieux expliquer l'articulation entre l'article 9 et ce qui sera proposé à l'article 10. Dans sa rédaction actuelle, le texte indique seulement que le professionnel de santé accompagnant la personne « veille à ce qu'elle ne subisse de la part des personnes qui l'entourent aucune pression pour procéder ou renoncer à l'administration de la substance », mais aucunement comment il doit se comporter s'il constate que c'est le cas. Vous nous demandez à juste titre de la précision dans le bon déroulé de la procédure et il vous est justement proposé de remédier à ce flou du texte.

L'amendement vise à préciser, à l'alinéa 3, que « le cas échéant, il en informe immédiatement le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 », c'est-à-dire celui qui a donné son feu vert à l'éligibilité. Il vous sera également proposé de préciser, à

l'article 10, que le médecin notifie sa décision motivée par écrit « lorsqu'il est informé par le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne de pressions avérées pour procéder à l'administration de la substance létale ». Cela n'était en effet indiqué nulle part, or le médecin ou l'infirmier qui accompagne n'est pas forcément celui qui a autorisé le recours à l'aide à mourir et qui devra, au bout du compte, justifier de l'interruption du suivi.

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

*En conséquence, l'amendement AS685 de M. Stéphane Delautrette **tombe**.*

Amendements AS506 et AS507 de M. Michel Lauzzana (discussion commune)

M. Michel Lauzzana (EPR). L'objectif est de tenir compte des directives anticipées de la personne lorsqu'elle est en état de mort cérébrale et ne peut plus exprimer sa volonté ; à titre de repli, le second amendement prévoit, en outre, que la volonté puisse être formulée par la personne de confiance.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Vous avez déjà déposé des amendements similaires sur les articles précédents et je salue votre conviction. Toutefois, compte tenu des arguments développés précédemment et ne doutant pas de votre écoute, je vous invite à les retirer.

M. Michel Lauzzana (EPR). J'avais pourtant fait un effort en déposant un amendement de repli !

*Les amendements sont **retirés**.*

Amendements AS448 de Mme Christine Loir et AS81 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Nous partons d'un principe simple mais essentiel : pour qu'une décision aussi grave soit considérée comme prise librement, la personne ne doit subir aucune pression. Les pressions ne sont pas toujours explicites ; elles peuvent être diffuses ou insidieuses, résulter d'un sentiment de culpabilité, de l'impression d'être un poids pour sa famille, d'une dépendance affective ou matérielle ou d'une fatigue morale. En l'état actuel du texte, le signalement n'est prévu que lorsque la pression est établie de manière certaine. Or, dans la réalité, attendre une preuve formelle revient à intervenir trop tard.

Notre amendement permet donc aux professionnels de santé de signaler non seulement les pressions avérées mais aussi les éléments laissant présumer leur existence. Il protège ainsi le patient en déclenchant une vigilance collective – vous devriez nous rejoindre sur ce point, monsieur le rapporteur, puisque nous venons d'adopter votre amendement AS689 qui insère, après l'alinéa 3, la notion d'absence de pression.

Mme Justine Gruet (DR). Il nous semble important d'indiquer dans le texte la marche à suivre en cas de pressions détectées sur le patient, pour ne pas la laisser à la seule appréciation, subjective, du professionnel de santé. C'est pourquoi nous proposons par l'amendement AS81 qu'il en informe le procureur de la République, au titre de l'article 40 du code de procédure pénale, puisque ces faits sont susceptibles de faire l'objet d'une qualification pénale.

Dans l'hypothèse où le demandeur de l'aide à mourir serait placé sous le régime de la protection juridique, le professionnel de santé est tenu d'en informer également la personne responsable du malade.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Je suis heureux de constater, madame Dogor-Such, que l'amendement que nous venons d'adopter vous apporte des éléments de réponse, même si vous ne l'avez pas voté ! Nous avons toutefois un point de divergence puisque vous souhaitez que le professionnel de santé informe le procureur de la République en cas de pression, alors que mon amendement prévoit qu'il informe immédiatement le médecin, qui peut mettre fin à la procédure. Or, dans le cas d'espèce, l'intervention doit être immédiate : lorsque l'existence d'une pression est constatée, il n'est bien sûr plus question de procéder à l'acte.

Par ailleurs, l'article 40 du code de procédure pénale s'applique déjà aux personnes concernées par l'article, sans qu'il soit utile de le préciser. Les professionnels de santé, confrontés au quotidien à de multiples situations, peuvent engager cette procédure.

Outre que vos amendements sont en partie satisfaits, ils ne répondent pas à l'urgence de la situation. C'est pourquoi j'émet un avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Nous parlons de situations particulièrement graves dans lesquelles une personne commet un abus de faiblesse sur un patient vulnérable en fin de vie, dont le pronostic vital est engagé. Pourquoi se contenter de préciser que le professionnel de santé a le droit ou la possibilité d'informer de l'existence de pressions ? Il faudrait au contraire rendre obligatoire le signalement au procureur de la République. Mais je ne doute pas que vous donniez un avis favorable à mon amendement suivant, l'AS256, puisqu'il précise que la procédure doit être suspendue.

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

Amendement AS256 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Vous avez répondu que si le professionnel de santé détectait l'existence d'une pression extérieure, il la signalait au médecin. Toutefois, le texte ne précise pas que, dans ce cas, la procédure est suspendue – elle ne l'est que si la demande émane du patient. C'est pourquoi notre amendement vise

à suspendre la procédure dès lors qu'il existe un doute sérieux sur le caractère libre et éclairé de la volonté du patient.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. L'article 10 dispose, à l'alinéa 2, qu'il est mis fin à la procédure d'aide à mourir et il explicite le processus conduisant à cette interruption. Nous aurons ce débat ultérieurement et je vous présenterai un amendement qui précise les termes de la suspension, lorsque la personne fait l'objet de pressions avérées.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Cela manque de précision : si, à l'inverse, la personne fait l'objet de pressions visant à la dissuader de recourir à l'aide à mourir, la procédure est-elle également suspendue ? Il y a une forme d'incohérence.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Ce que vous évoquez est couvert par le délit d'entrave, que nous aborderons ultérieurement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS406 de Mme Lisette Pollet

Mme Lisette Pollet (RN). Notre amendement vise à limiter une nouvelle dérive de la mission médicale, puisque la vocation du médecin est de soigner, non de préparer la mort. Par conséquent, ceux qui acceptent d'administrer la substance létale ne peuvent pas être contraints d'en assurer la préparation matérielle.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. En supprimant l'alinéa 4, vous supprimez la préparation de la substance létale et, de fait, rendez le texte totalement inopérant.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS62 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). Tel qu'il est rédigé, l'alinéa 5 revient à créer un droit à l'euthanasie lorsque le patient, capable de s'administrer lui-même le produit létal, demande à un personnel de santé d'y procéder.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Par cet amendement, vous voulez supprimer la possibilité pour le professionnel de santé d'administrer la substance létale ; autrement dit, n'ouvrir l'aide à mourir que par l'autoadministration. Tel n'est pas l'esprit du texte.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS315 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'alinéa 5 prévoit que le professionnel de santé « assure la surveillance de l'administration de la substance létale par la personne ou l'administre ». Nous proposons d'ajouter la mention : « si celle-ci n'est pas en capacité physique de le faire ». Nous estimons en effet que la notion d'incapacité physique est insuffisamment abordée. Une personne qui est dans l'incapacité de s'injecter le produit peut potentiellement répondre au dispositif du texte Claeys-Leonetti. En outre, les évolutions technologiques permettent de s'administrer la substance, y compris lorsque les capacités physiques sont limitées, par des dispositifs à déclenchement visuel, par exemple. Nous pourrions ajouter une précision du type : « n'est pas en capacité physique de le faire, compte tenu des technologies disponibles ». Il faudra aborder ce débat en séance car, même si je respecte les positions de mes collègues sur le fond, je considère que, d'un point de vue éthique, l'intentionnalité est différente si l'euthanasie devient la règle et non plus l'exception – sachant que l'exception est déterminée par la capacité physique du patient.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Vous abordez déjà les modes d'administration, alors qu'il reviendra à la HAS de les définir, une fois le texte adopté. Elle prendra certainement en compte toutes les possibilités offertes par les évolutions technologiques. Le législateur n'est pas censé écrire dans la loi ce que la HAS devra déterminer pour apporter une réponse adaptée à la situation de chaque patient.

Ensuite, nous ne pouvons pas rappeler systématiquement, à chaque article et à chaque alinéa, ce qui est déjà mentionné ailleurs dans le texte.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Cela signifie que si je dépose un amendement en séance précisant que l'incapacité physique tient compte des progrès technologiques des modes d'administration, tels que fixés par décret après avis de la HAS, vous y serez favorable ?

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Ne me faites pas dire ce que je n'ai pas dit...

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS449 de Mme Christine Loir

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

L'amendement AS449 est retiré.

Amendements AS344 de M. Matthias Renault, AS171 de Mme Marie-France Lorho, AS316 de Mme Justine Gruet et AS512 de M. Thibault Bazin (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). La possibilité de renoncer, à tout moment, à la procédure de l'aide à mourir est l'un des principes majeurs de ce texte. Or l'alinéa 6 comporte un passage un peu sensible, puisqu'il est prévu que lorsque la personne confirme son intention de renoncer à l'administration d'une substance létale, on lui propose immédiatement de convenir d'une nouvelle date. Ce quasi-automatisme produit un effet incitatif, voire impératif, trop fort.

Nos amendements AS344 et AS171 visent donc à réaffirmer le principe du renoncement, à tout moment : le premier remplace la référence à une nouvelle date par la phrase « la procédure est regardée comme caduque » ; le deuxième par la mention « la validité est déclarée nulle ».

Mme Justine Gruet (DR). Je me souviens de nos débats en première lecture, au cours desquels nous avons ajouté, afin de sécuriser juridiquement le dispositif, la mention « à la demande du patient, convient d'une nouvelle date ». Je propose de supprimer la fin de l'alinéa 6, pour que la procédure soit suspendue sans être automatiquement reprogrammée, car je crains que cette reconduction implicite ne crée une pression psychologique et transforme la procédure en un processus contraignant.

L'amendement de mon collègue Thibault Bazin propose de substituer à la fin de l'alinéa la phrase suivante : « si le patient le demande, peut convenir d'une nouvelle date pour réexaminer sa demande initiale avec un psychologue ou un psychiatre. Les actes réalisés par ces médecins [pour la recevabilité] ne font l'objet d'aucune rémunération par la sécurité sociale ». Nous avons été surpris, lors de l'examen en première lecture, que la première chose demandée au patient qui souhaite interrompre la procédure d'aide à mourir était de fixer une nouvelle date pour procéder à l'injection. Cela revient à exercer une pression inconsciente sur une personne qui peut être en situation de vulnérabilité.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Il y a deux cas de figure différents : soit la personne souhaite renoncer à l'administration de la substance létale et ne formule aucune demande de report et, dans ce cas, la procédure est interrompue sans suite. Soit elle souhaite la reporter. À la suite de l'adoption d'un amendement de Mme Vidal, le texte précise que la demande ne peut venir que du patient. Ce n'est donc pas le professionnel de santé qui propose de convenir d'une nouvelle date, mais bien le patient qui en exprime la volonté : il peut en effet estimer que son état de santé lui permet de supporter la situation encore quelques semaines, dans le laps de temps défini par le texte, puis souhaiter reprogrammer l'injection.

M. Philippe Vigier (Dem). Il n'y a aucune automaticité ! Relisez le texte : ce n'est que si le patient en formule la demande qu'une nouvelle date est fixée. Le

respect de la personne est donc totalement assuré, contrairement à ce que vous dites – mais je sais que vous n’êtes pas mal intentionnés.

Mme Justine Gruet (DR). Pour sécuriser juridiquement le dispositif et traduire l’intention du législateur, nous pourrions préciser que le professionnel de santé suspend la procédure sans que cela annule sa demande – si c’est bien ce que vous craignez. En ce qui me concerne, la formule « convient d’une nouvelle date » me gêne : alors que le patient vient de renoncer, pour diverses raisons, à l’aide à mourir, on lui propose de fixer une autre date. C’est très intrusif.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle adopte l’amendement rédactionnel AS688 de M. Stéphane Delautrette.

Amendement AS192 de Mme Annie Vidal

Mme Annie Vidal (EPR). Il prévoit qu’avant de convenir d’une nouvelle date, le médecin propose à la personne de l’orienter vers un psychologue, dans un objectif à la fois de cohérence procédurale et de fond. En effet, une demande de report n’est jamais anodine. Elle peut traduire un doute, une évolution dans la volonté du patient, des fragilités nouvelles, des conflits familiaux ou encore une modification de son rapport à la mort. Il est essentiel que cette inflexion dans son parcours soit prise au sérieux et analysée. Proposer un soutien psychologique – que je ne rends pas obligatoire, c’est le patient qui décidera – à ce moment clef de son parcours permettra de garantir un accompagnement respectueux, éthique et protecteur, sans remettre en cause sa liberté de décision, dans une approche globale et humaine.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. La définition d’une date ou des suites à donner ne se fera pas sans qu’il y ait un échange entre le médecin, la personne et l’infirmier qui l’accompagne. Si, au cours de ce dialogue, le professionnel de santé estime que la personne a besoin de l’avis ou du soutien d’un psychologue, il le lui proposera en toute logique. Il n’est donc pas utile de l’inscrire dans la loi. D’ailleurs, pourquoi un psychologue et pas un spécialiste de traitement de la douleur ? Nous pourrions énumérer une longue liste de professionnels de santé.

Avis défavorable.

Mme Annie Vidal (EPR). Je ne comprends pas cette forme de raideur qui vous empêche de comprendre ce que nous essayons de dire : ne prenons pas le risque de passer à côté d’une évolution ou d’une fragilité, faute d’écouter et d’entendre la personne qui, dans ce parcours très difficile à l’approche de la mort, a des doutes au dernier moment et se pose des questions. Même si l’on peut effectivement présumer que le médecin l’orientera vers un psychologue, nous pouvons l’inscrire dans le texte ; cela n’enlèvera rien à la cohérence d’ensemble.

La commission rejette l’amendement.

Amendement rédactionnel AS687 de M. Stéphane Delautrette.

M. Christophe Bentz (RN). Nous voterons cet amendement rédactionnel qui va dans le bon sens. Néanmoins, nous avons déjà eu ce débat en première lecture : soit la présence du professionnel de santé est obligatoire et il est dans le champ de vision direct de la personne ; soit elle ne l'est plus et, à l'inverse, il peut ne pas être dans son champ de vision. Il y a là un paradoxe. Nous déposerons sûrement un amendement en séance sur ce point.

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

Amendement AS511 de M. Thibault Bazin

Mme Sylvie Bonnet (DR). Notre amendement vise à interroger et à encadrer plus strictement les conditions d'application de l'aide à mourir, compte tenu des enjeux éthiques, médicaux et juridiques soulevés par l'article 9. Il vise à supprimer la possibilité pour un tiers de procéder à l'administration de la substance létale lorsque le patient n'est pas en mesure de le faire lui-même. Toute demande de report doit faire l'objet d'un réexamen de la demande initiale avec un psychologue ou un psychiatre. L'objectif est double : apprécier la situation psychique du patient et questionner la pertinence d'une poursuite de la procédure. Ces actes ne feraient l'objet d'aucune prise en charge par l'assurance maladie. L'amendement renvoie par ailleurs à un décret en Conseil d'État, pris après avis de la HAS et du CCNE, la définition des modalités d'intervention d'un professionnel de santé en cas de difficulté, afin de garantir un cadre clair et sécurisé. Enfin, il précise que l'attestation établie à l'issue de l'acte ne peut l'être que par le professionnel ayant personnellement aidé au suicide assisté, afin de renforcer la responsabilité et la traçabilité de l'acte.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Votre amendement est satisfait en partie puisque la HAS sera amenée à émettre des recommandations sur les conditions d'utilisation de la substance létale, aux termes de l'article 16. Un décret en Conseil d'État sera pris pour préciser les conditions d'application du chapitre III « Procédure ». Enfin, l'alinéa 7 précise déjà : « pour pouvoir intervenir en cas de difficulté, conformément aux recommandations prévues » à l'article 16, c'est-à-dire celles émises par la HAS.

Je vous demande donc de retirer l'amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

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

Amendement AS319 de M. Thibault Bazin

Mme Sylvie Bonnet (DR). Il s'agit d'insérer à l'alinéa 8 les mots : « uniquement par le médecin ou l'infirmier qui a personnellement aidé au suicide assisté ».

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Vous souhaitez autoriser le seul médecin ou infirmier ayant accompagné la personne à établir le certificat de décès. Ce sera le cas, le plus souvent. Toutefois, la personne qui établit le certificat peut tout à fait être un autre professionnel : je pense, par exemple, à une aide à mourir pratiquée au sein d'un établissement sanitaire ou médico-social. En outre, la rédaction que vous proposez reviendrait à restreindre le nombre d'infirmiers habilités à accompagner une personne puisque, pour pouvoir délivrer un certificat de décès, il faut avoir suivi une formation spécifique.

Avis défavorable.

M. Christophe Bentz (RN). Le professionnel de santé est suffisamment près et dans le champ de vision direct de la personne pour pouvoir intervenir si besoin, notamment en cas d'échec de la substance létale sur le corps. Nous avons eu ce débat lors de la première lecture et nous avons demandé à la ministre, une bonne dizaine de fois, comment procéder dans cette hypothèse. Elle avait fini par répondre que si la personne agonise mais ne meurt pas et demande à être sauvée, alors le professionnel de santé peut intervenir. Cela veut dire que sa présence est obligatoire, ne serait-ce que pour sauver la personne en cas d'échec du produit administré. Or l'alinéa 7 précise que sa présence n'est plus obligatoire. Il y a donc bien un paradoxe.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS139 de M. René Pilato et AS489 de Mme Danielle Simonnet, amendement AS386 de Mme Marie-France Lorho (discussion commune)

M. René Pilato (LFI-NFP). Nous proposons que le décès intervenu après une aide à mourir soit considéré comme une mort naturelle et que le certificat de décès porte cette mention. Cela rassurera ceux qui ont des craintes vis-à-vis des assurances privées ou qui redoutent des problèmes d'héritage.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Nous souhaitons effectivement que le certificat de décès porte la mention : « Est réputée décédée de mort naturelle la personne dont la mort résulte d'une aide à mourir ». Rappelons qu'en cas de recours à l'aide à mourir, le décès est la conséquence directe 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 ». Il faut mesurer les conséquences pour les héritiers ou les ayants droit sur les engagements contractuels ou les actes de la vie courante si la cause du décès est considérée comme non naturelle ou comme un suicide. Il est important de protéger l'entourage.

M. Christophe Bentz (RN). Même si ces amendements font partie d'une discussion commune, celui déposé par notre collègue Lorho vise l'objectif exactement inverse à celui des deux précédents. Nous avons voté, en première

lecture, en faveur de la suppression de la mention de la mort naturelle dans le cas d'une aide à mourir et nous resterons sur cette position. Nous souhaitons aller plus loin et inscrire dans la loi que le certificat de décès « ne peut pas faire état d'une mort naturelle. »

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Effectivement, ce sont des amendements de nature bien différente.

Permettez-moi de lever les inquiétudes portant sur le volet assurantiel, puisque le sujet est réglé par l'article 19. La ministre Catherine Vautrin s'était engagée à faire évoluer le formulaire Cerfa qui, en l'état actuel, n'est pas adapté et à créer une case spécifique pour le décès résultant du recours à l'aide à mourir. Nous interpellons la nouvelle ministre sur ce point, afin de vérifier que l'engagement sera bien tenu. C'est pourquoi, à ce stade, je vous invite plutôt à retirer vos amendements et à les redéposer en séance ; nous verrons, en fonction de la réponse de la ministre, ce qu'il convient de faire.

Pour des raisons exactement inverses, j'émetts un avis défavorable sur l'amendement de Mme Lorho.

M. René Pilato (LFI-NFP). Compte tenu de l'instabilité gouvernementale et de la succession des ministres de la santé, nous ne pouvons pas nous permettre d'attendre la mise à jour administrative du Cerfa. Pour ou contre, il faut être cohérent et protéger les héritiers – et c'est quelqu'un qui est contre l'héritage qui vous le dit ! – et non se contenter de promesses. Nous maintenons donc notre amendement et vous invitons à l'adopter.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). La mort naturelle se caractérise, en droit comme en médecine, par l'absence de toute intervention volontaire destinée à provoquer le décès. L'aide à mourir, même strictement encadrée, est un acte intentionnel distinct du processus naturel de la fin de vie. La qualifier de « mort naturelle » serait donc une fiction juridique contraire aux principes de clarté et de sincérité de la loi. Si nous voulons nommer justement les choses, ce n'est pas pour les juger moralement, mais pour les sécuriser juridiquement. La mort naturelle décrit un fait biologique ; l'aide à mourir organise un acte juridique. Les confondre fragiliserait le droit.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). J'entends l'argument du rapporteur, mais la modification d'un formulaire Cerfa est une décision administrative concrète que l'exécutif prend à la suite d'une évolution législative : les parlementaires votent la loi et fixent les principes, puis les décrets et les mesures administratives suivent. Nous ne pouvons pas inverser le processus et nous décider en fonction des engagements d'une ministre, dont l'identité est en outre susceptible de changer d'un moment à l'autre. Nous incarnons la représentation nationale : inscrivons dans la loi les dispositions que nous souhaitons déployer ; il reviendra au Gouvernement de modifier les formulaires adéquats.

Mme Justine Gruet (DR). J'ai le sentiment que M. Pilato et Mme Simonnet cherchent à invisibiliser le geste qui consiste à injecter une substance létale et qu'ils demandent au médecin ou à l'infirmière de mentir sur la cause de la mort. L'administration d'une substance létale exclut de fait la qualification de mort naturelle.

Je les rejoins sur un point : le formulaire Cerfa actuel n'est pas adapté – ce qui est normal, puisque nous créons un nouveau droit. Il est sans doute de la responsabilité du législateur de créer une dénomination adaptée pour sécuriser les démarches administratives et éviter toute difficulté à l'avenir, mais ne laissons pas croire qu'un décès survenu dans ces circonstances est une mort naturelle.

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

Amendement AS151 de Mme Marie-France Lorho

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

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

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS690 de M. Stéphane Delautrette.*

Amendement AS317 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Nous souhaitons qu'il soit précisé que le compte rendu de la mise en œuvre de la procédure sera « adossé au dossier médical », afin, là encore, de sécuriser et de renforcer le suivi dans la perspective d'un éventuel contrôle *a posteriori*. Il importe de savoir où retrouver ces éléments. Cette demande ne me semble pas déraisonnable.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. S'il faut effectivement assurer la traçabilité des cas, ce n'est pas au dossier médical que le compte rendu devra être versé, car, à ce stade, la personne sera décédée. En revanche, l'article 11 dispose bien que l'ensemble des actes de la procédure seront enregistrés dans un système d'information spécifique. Si je comprends votre intention, j'émetts donc un avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Le certificat de décès figure-t-il dans le dossier médical du patient ? Où ces documents sont-ils versés et comment garantir la traçabilité de la procédure ? Après vous être opposé à l'institution d'un contrôle *a priori* – ce que je ne comprends pas, car cela permettrait de sécuriser le droit que vous voulez créer – voilà que vous refusez de faire figurer les conclusions de la procédure dans le dossier médical. Où seront conservés les éléments qui permettront d'effectuer un contrôle *a posteriori* ?

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Ils figureront tous dans le système d'information que nous créerons spécifiquement pour assurer le suivi et l'analyse des procédures. Je ne comprends pas votre demande.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Le certificat de décès est destiné à l'état civil et aux pompes funèbres, mais le décès est aussi notifié dans le dossier médical. Cessons de multiplier les précisions qui n'en sont pas et qui ne font que reprendre des éléments qui figurent déjà dans les dossiers. Tout est clair, ces informations existent, il n'est pas nécessaire de les ajouter dans le texte.

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

*Puis elle **adopte** l'article 9 **modifié**.*

Article 10 : Arrêt des procédures

Amendements AS101 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS257 et AS258 de Mme Justine Gruet et AS529 de M. Thomas Ménagé (discussion commune)

M. Théo Bernhardt (RN). L'amendement AS529 est défendu.

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

Amendement AS172 de Mme Marie-France Lorho

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

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

Amendement AS509 de M. Thibault Bazin, amendements identiques AS464 de Mme Sandrine Dogor-Such et AS570 de M. Julien Odoul (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS509 vise à garantir une meilleure prise en charge des demandes d'interruption de la procédure. D'après les professionnels de santé, il est très courant que les malades changent d'avis d'un jour – ou même d'une heure – à l'autre, selon leur humeur, leur état d'esprit, l'affection dont ils sont entourés ou le soin qu'on leur prodigue. Sur ce point, le texte manque de garde-fous et de clarté.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Je souhaite quant à moi éviter toute dilution de la responsabilité. Donner la mort n'est pas un acte de soin ordinaire : un tel geste suppose une appréciation médicale globale et une responsabilité juridique qui ne peut incomber qu'au médecin. En y associant les infirmiers, on entretient la confusion des rôles, on fragilise les équipes et on expose inutilement une profession dont la vocation est d'accompagner les patients. Cet amendement est indispensable si nous voulons garantir la clarté des responsabilités, la protection des soignants et la crédibilité du dispositif.

Mme Lisette Pollet (RN). L'amendement AS570 est défendu.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous avons déjà débattu de l'opportunité d'exclure les infirmiers de la procédure ; j'y suis défavorable.

L'amendement de M. Bazin prévoit qu'il soit mis fin à la procédure si la personne fait part de son renoncement à « tout professionnel de santé qui l'accompagne dans son parcours de soins ». Or il me semble légitime de s'assurer que le médecin auquel la personne a demandé d'engager la procédure et auprès de qui elle a confirmé sa volonté à plusieurs reprises soit averti de son renoncement : il y va de la continuité du suivi. En adoptant votre amendement, on laisserait de côté les professionnels de santé ayant accompagné la personne durant la procédure. J'émet donc là aussi un avis défavorable.

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

*Puis, suivant l'avis du rapporteur, elle **rejette** l'amendement AS191 de Mme Annie Vidal.*

Amendements AS259 de Mme Justine Gruet, AS552 de M. Julien Odoul et AS260 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS552 est défendu.

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

*Suivant l'avis du rapporteur, elle **rejette** ensuite l'amendement AS645 de M. Christophe Bentz.*

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS696 de M. Stéphane Delautrette.*

Amendement AS695 de M. Stéphane Delautrette

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Comme je l'indiquais tout à l'heure, il s'agit ici de préciser que la procédure sera interrompue si le médecin constate que les conditions ne sont plus remplies, « notamment lorsqu'il est informé par le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne de pressions avérées pour procéder à l'administration de la substance létale ».

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). À qui ces faits seraient-ils signalés, exactement ?

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Au médecin qui a déclaré la personne éligible à la procédure d'aide à mourir.

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

Amendement AS345 de M. Matthias Renault

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

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

Amendement AS508 de M. Thibault Bazin

Mme Justine Gruet (DR). Nous proposons de préciser que l'interruption ou la suspension de la procédure peut intervenir à n'importe quelle étape. Il importe de pouvoir vérifier de manière continue que les critères sont toujours remplis, notamment celui relatif à la manifestation libre et éclairée de la volonté du patient.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Le texte prévoit déjà que la personne pourra interrompre la procédure à tout moment : votre demande est satisfaite.

Avis défavorable.

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

Amendement AS387 de M. Thibault Bazin

Mme Justine Gruet (DR). Nous souhaitons préciser que la procédure s'interrompt si un recours est engagé contre la décision d'aide à mourir rendue par le médecin, si la commission nationale de contrôle en fait la demande ou si la personne émet un doute explicite à n'importe quelle étape de la procédure. Un tel ajout contribuerait à la consolidation du contrôle *a priori* que nous appelons de nos vœux. Que vous le vouliez ou non, le contrôle *a posteriori* permettra certes de mettre en évidence un éventuel non-respect du cadre législatif, mais, par définition, il n'interviendra qu'une fois la personne décédée. Le contrôle *a priori* est donc essentiel, notamment pour protéger les patients vulnérables.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Soyez rassurée : un contrôle *a priori* est bien prévu dans le texte – nous en avons déjà débattu.

Avis défavorable.

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

Amendement AS346 de M. Matthias Renault

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

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

Amendement AS407 de Mme Lisette Pollet

Mme Lisette Pollet (RN). Je propose de faire figurer, parmi les causes d'interruption de la procédure d'euthanasie, le prononcé d'un jugement attestant que les garde-fous n'ont pas été respectés.

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

Amendement AS646 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Je reviens sur la question de la marche à suivre en cas d'échec manifeste de l'action de la substance létale. J'ai déjà interrogé deux fois le rapporteur sur ce point, en vain. Peut-être la réflexion est-elle toujours en cours et une réponse nous sera-t-elle apportée en séance, mais ces cas, bien que peu nombreux, existent. Mon inquiétude est donc réelle : il faut définir un cadre, ne serait-ce que pour les soignants.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Je comprends votre inquiétude – chacun ici se préoccupe d'ailleurs de cette question. Je ne peux toutefois que vous redire que c'est la HAS qui formulera les recommandations relatives à l'élaboration et au mode d'administration de la substance et qui définira la conduite à adopter au moment de l'administration. C'est donc à elle qu'il reviendra de prévoir ces situations.

M. Christophe Bentz (RN). Merci pour votre réponse, mais, encore une fois, ce n'est pas ce qu'avait dit la ministre en première lecture : elle avait assuré que ces situations seraient encadrées, sans renvoyer vers la HAS. Force est de constater que ce cadre, pour l'heure, n'existe pas.

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

Amendement AS64 de M. Patrick Hetzel

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'article 10 prévoit trois hypothèses impliquant la fin de la procédure. Il convient d'en prévoir une quatrième : un signalement auprès du procureur de la République.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous accorderions ainsi un droit de veto à tout tiers qui aurait connaissance d'une procédure, ce qui favoriserait les signalements abusifs ou dilatoires, visant uniquement à retarder l'accès à l'aide à mourir.

Avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). On entend parfois dans cette salle des choses étonnantes, mais là, les bras m'en tombent : ce n'est pas l'amendement AS64 que nous examinons, c'est l'amendement Pie X ! Soyons clairs : vous proposez de créer un droit de veto dont pourrait se saisir n'importe quelle officine intégriste, n'importe où, sur n'importe quelle procédure d'aide à mourir. L'idée est aberrante :

il suffirait de signaler au procureur de la République qu'une démarche d'aide à mourir est en cours pour obtenir sa suspension. Deux intégristes qui magouilleraient dans leur coin – militants de l'Opus Dei, de Civitas ou de l'Alliance Vita, journalistes du *JDD*, que sais-je – pourraient ainsi suspendre le droit de toute personne à obtenir une aide à mourir ! Ce serait un véritable droit de veto sur les libertés.

Il est par ailleurs toujours surprenant d'entendre des parlementaires de droite, qui refusent que certains jugements s'appliquent, demander qu'un simple signalement au procureur suffise à suspendre une procédure.

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

*Puis, suivant l'avis du rapporteur, elle **rejette** l'amendement AS408 de Mme Lisette Pollet.*

Amendement AS499 de M. Théo Bernhardt

M. Théo Bernhardt (RN). Si, à l'issue d'une deuxième procédure d'aide active à mourir, la personne ne confirme pas sa demande, il nous semble qu'un délai de réflexion supplémentaire de trois mois devrait être observé avant qu'elle puisse formuler une troisième demande. Il s'agirait simplement de temporiser dans les cas où le malade n'est peut-être pas encore totalement sûr de ce qu'il veut faire.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. La procédure est suffisamment encadrée pour qu'il ne soit pas utile de fixer de condition supplémentaire à sa mise en œuvre.

Avis défavorable.

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

*Puis elle **adopte** l'article 10 **modifié**.*

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

Amendement AS261 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Je veux bien que vous nous traitiez d'intégristes si cela vous amuse, mais je regrette que vous tourniez ainsi nos propos en dérision. Je vous prie de respecter le travail de fond que nous menons sur ce sujet sensible.

M. le président Frédéric Valletoux. Personne ne vous a traitée d'intégriste, chère collègue : M. Clouet a évoqué « n'importe quelle officine intégriste ». Ne cherchons pas d'attaque personnelle là où il n'y en a pas.

Mme Justine Gruet (DR). Je demande en tout cas qu'il soit précisé que tout signalement de pressions, contraintes ou influences indues exercées au cours de la procédure sera enregistré dans le système d'information.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je rejoins le président : personne, dans cette salle, n'a jamais traité personne d'intégriste. Ne nous faisons pas de faux procès. Les débats sont respectueux et nous nous efforçons de répondre au mieux à vos remarques, qui sont d'ailleurs souvent justifiées, car cela fait partie du débat parlementaire.

Pour en venir à votre amendement, je ne crois pas qu'il soit opportun d'établir dans la loi la liste des informations ayant vocation à être enregistrées dans le système d'information, car il faudrait alors toutes les énumérer. Le système d'information sera géré par la commission de contrôle et d'évaluation instituée par l'article 15. Le décret en Conseil d'État qui en précisera les règles de fonctionnement devra dresser la liste des actes qui seront enregistrés dans ce système.

Sur le fond, le système d'information a vocation à recueillir des données relatives aux différentes étapes de la procédure, au cours desquelles les professionnels qui accompagneront la personne devront s'assurer du caractère libre et éclairé de la manifestation de sa volonté. Votre demande me semble donc satisfaite.

Je vous demande donc de retirer votre amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS702 de M. Stéphane Delautrette.

Amendement AS707 de M. Stéphane Delautrette

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Je propose de déplacer la référence à la classification des actes médicaux de l'article 11 à l'article 18.

Le futur système d'information aura vocation à garantir la traçabilité des actes réalisés dans le cadre de la procédure d'aide à mourir, afin notamment que la commission de contrôle et d'évaluation puisse s'assurer du respect des règles encadrant ladite procédure. En première lecture, la commission avait adopté un amendement prévoyant que les actes réalisés dans ce cadre feraient l'objet d'un codage spécifique. L'objectif était de tirer les enseignements de la mission d'évaluation de la loi Claeys-Leonetti conduite en 2023, qui avait mis en évidence le manque de traçabilité du recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès et l'avait attribué à l'absence de codage adéquat dans le programme de médicalisation des systèmes d'information hospitaliers.

Plusieurs éléments plaident toutefois pour qu'il ne soit pas fait référence à la nomenclature des actes médicaux à l'article 11.

D'abord, les actes qui ont vocation à être enregistrés dans le système d'information, et dont la liste figure dans l'étude d'impact du projet de loi de 2024, correspondent davantage à des informations et documents relatifs à la procédure d'aide à mourir qu'à des actes techniques susceptibles de recevoir une cotation spécifique.

Par ailleurs, la référence à « la classification des actes médicaux » ne semble pas adaptée, dans la mesure où elle impose le recours à une nomenclature propre aux actes réalisés par des médecins – la classification commune des actes médicaux –, alors même que d'autres professionnels de santé, notamment des infirmiers, sont susceptibles d'intervenir dans la procédure. Il paraît donc plus pertinent de mentionner la cotation à l'article 18.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Nous nous abstiendrons sur cet amendement. Il est certes nécessaire d'assurer le suivi des procédures d'aide à mourir, mais, dès lors que cette traçabilité n'est pas effective pour la sédation profonde et continue jusqu'au décès, qui est pourtant un acte médical en vigueur depuis 2016, comment espérer l'instaurer pour l'aide à mourir ?

M. Jean-François Rousset (EPR). La nomenclature des actes est un registre dans lequel sont colligés les actes réalisés – l'installation d'un cathéter permanent ou de perfusions, par exemple –, mais jamais leur motif.

Je rappelle par ailleurs que, lorsqu'il a été question d'encadrer les dépassements d'honoraires, nous avons été avertis du fait que nous n'avions pas, en tant que législateurs, à nous mêler de ce qui relevait de la convention médicale.

Mme Justine Gruet (DR). On ne peut pas mettre sur un même niveau la sédation profonde, qui est un soin et qui est cotée en tant que tel, et l'aide active à mourir, qui n'en est pas un – M. le rapporteur général l'a toujours dit. Avec cet amendement, qui est assez technique, l'aide active à mourir sera-t-elle néanmoins cotée comme un soin et un acte médical ?

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

*Elle **adopte** ensuite l'amendement rédactionnel AS703 de M. Stéphane Delautrette.*

*Puis elle **adopte** l'article 11 **modifié**.*

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

Amendement de suppression AS65 de M. Patrick Hetzel

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'article 12 dispose que la décision du médecin se prononçant sur une demande d'aide active à mourir ne peut être contestée « que par la personne ayant formé cette demande, devant la juridiction administrative, selon les dispositions de droit commun ». En outre, seul un refus peut faire l'objet d'un recours. Ainsi, les décisions accordant une aide active à mourir échapperont à tout recours, comme si la famille et les proches du patient ne pouvaient être intéressés à une telle procédure.

Pourtant, l'arrêt Mortier contre Belgique de la Cour européenne des droits de l'homme a pour origine une euthanasie pratiquée en Belgique à l'insu du fils et de la sœur d'une défunte. Les recours doivent donc être possibles aussi bien contre les refus que contre les autorisations d'aide à mourir. Il n'est en outre pas fondé d'accorder à la juridiction administrative un monopole pour statuer sur ces recours.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Vous souhaitez supprimer un article qui prévoit, d'une part, que seule la personne qui a demandé à bénéficier de l'aide à mourir peut former un recours contre la décision du médecin et, d'autre part, que ce contentieux est réservé aux juridictions administratives. Étant attaché à ces deux dispositions, mon avis est défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS102 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS154 de Mme Marie-France Lorho, AS267 et AS268 de Mme Justine Gruet et AS530 de M. Thomas Ménagé (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). Les amendements AS102 et AS154 sont défendus.

Mme Justine Gruet (DR). Je répète que, selon moi, on ne différencie pas assez le cas où la substance létale est ingérée par le patient lui-même de celui où elle est administrée par un tiers – procédures qui, sur le plan éthique, sont très différentes. Vous jugez que les mots « aide à mourir » sont suffisants, ce que je respecte, mais je persiste à souhaiter également distinguer les deux gestes sur le plan sémantique.

M. Théo Bernhardt (RN). L'amendement AS530 est défendu.

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

Amendement AS318 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Vous refusez le contrôle a priori de la légalité des critères d'éligibilité à l'aide à mourir, tandis que, chose incroyable, la contestation a posteriori ne peut provenir que de la personne concernée, qui est décédée. C'est pourquoi cet amendement essentiel vise à ce que la procédure puisse

être également contestée par toute personne susceptible d'émettre une réserve sur le respect des critères définis à l'article L. 1111-12-2 du code de la santé publique.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Vous souhaitez que toute personne, et non plus la seule demandeuse de l'aide à mourir, puisse former un recours contre la décision du médecin. Ce n'est pas du tout ainsi que le texte s'est construit ; avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Dans ce cas, comment pourrions-nous introduire la possibilité d'une contestation de la légalité des critères d'éligibilité par toute autre personne que celle ayant demandé l'aide à mourir ? En tant que législateur, nous devons respecter la volonté de la personne et la décision des professionnels de santé, mais aussi nous doter d'un contrôle *a posteriori* de la légalité de la procédure. Cela sécuriserait le nouveau droit que vous êtes en train de créer, dans l'intérêt des personnes les plus vulnérables.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Le Conseil d'État a rappelé qu'il était tout à fait envisageable de restreindre la possibilité de contester la décision du médecin à la seule personne ayant fait la demande. Quant aux tiers, l'institution a indiqué que les dispositions de la proposition de loi « ne font pas obstacle à ce qu'une personne intéressée saisisse le procureur d'une plainte si elle estime que des infractions sont commises du fait d'erreurs ou de fraudes affectant la décision du médecin ». Il n'est donc pas nécessaire d'ajouter cet amendement, particulièrement à cet article relatif à la décision de donner suite, ou non, à la demande d'aide à mourir.

La commission rejette l'amendement.

*Puis, suivant l'avis du rapporteur, elle **rejette** successivement les amendements AS262 et AS263 de Mme Justine Gruet.*

Amendement AS265 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement vise à préciser que, concernant les personnes faisant l'objet d'une mesure de protection, un recours suspensif contre la décision autorisant l'aide à mourir peut également être exercé en cas de suspicion de pression, de contrainte ou d'influence induite. Comme précédemment, l'idée est ici d'accorder une vigilance particulière au respect des critères d'éligibilité et de s'assurer de la volonté libre et éclairée du patient.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. À mon sens, la disposition que vous souhaitez ajouter relève pleinement du recours prévu à cet article 12, lequel permet au juge du contentieux de la protection de se prononcer sur le caractère libre et éclairé d'une demande d'aide à mourir formulée par une personne sous protection.

Avis défavorable.

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

Amendement AS264 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement tend à permettre à une personne de confiance désignée par un patient de contester la décision d'un médecin d'autoriser l'accès à l'aide à mourir. À compter de la notification du médecin et en cas d'élément grave et concordant laissant présumer que le patient n'était pas apte à manifester sa volonté de manière libre et éclairée, la personne de confiance disposerait de deux jours pour saisir le juge des contentieux de la protection. Cette saisine suspendrait la procédure, dans l'attente d'une décision du juge, qui statuerait également dans un délai de deux jours.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous avons déjà débattu à plusieurs reprises de cette proposition.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS66 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement vise à ce qu'une personne chargée d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation puisse contester devant le juge des tutelles la décision d'un médecin ayant accordé l'aide à mourir à la personne sous protection. L'amendement précédent défendait le même principe, mais appliqué aux personnes de confiance.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Cet amendement est satisfait par l'introduction, en première lecture, d'une voie de recours devant le tribunal judiciaire, statuant comme juge du contentieux de la protection.

Je vous demande le retrait de l'amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. René Pilato (LFI-NFP). Par tous les moyens, vous cherchez à empêcher une personne qui souffre, pour qui les soins palliatifs sont sans effet, qui sait qu'elle va mourir et qui n'a pas les moyens d'aller en Suisse ou en Belgique, d'emprunter le chemin que nous sommes en train d'ouvrir. Vous ignorez la souffrance de ces patients et tournez en rond pour restreindre de toutes les façons possibles l'accès au droit à l'aide à mourir. Je trouve cela scandaleux. Ne vous occupez pas du corps des autres : laissez-leur le choix.

Mme Justine Gruet (DR). Ne me faites pas de procès d'intention, monsieur Pilato. Vous parlez de souffrances qui ne répondent pas aux soins palliatifs, mais une vingtaine de territoires n'y ont justement pas accès. Or nous sommes en train de légiférer sur un nouveau droit, qui sera opposable partout en France dès la promulgation du texte.

Je respecterai toujours la liberté individuelle d'un patient d'arrêter un soin, mais il faut aussi que nous protégeons les personnes les plus vulnérables. Pardon de vous embêter depuis un jour et demi avec nos amendements, mais nous jouons notre rôle de législateur. Nous sommes constructifs et exprimons des arguments de fond ainsi que de véritables revendications éthiques pour les patients et les soignants, soit ce que la société attend de nous.

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

*Suivant l'avis du rapporteur, elle **rejette** ensuite l'amendement AS266 de Mme Justine Gruet.*

*Puis elle **adopte** l'article 12 **non modifié**.*

Article 13 : *Définition de mesures réglementaires d'application par un décret en Conseil d'État*

Amendement AS111 de M. Patrick Hetzel

Mme Sylvie Bonnet (DR). Afin d'assurer la cohérence et l'opérationnalité du dispositif d'accompagnement de la fin de vie, le présent amendement vise à adapter les dispositions réglementaires d'application, en précisant que le décret en Conseil d'État devra notamment porter sur l'organisation des soins palliatifs, sur les conditions de mise en œuvre de la sédation profonde, continue et maintenue jusqu'au décès, sur les modalités de la procédure collégiale, sur la médiation, sur la traçabilité des décisions médicales, ainsi que sur la continuité de l'accompagnement. En mentionnant explicitement ces éléments, nous garantirions une application homogène et sécurisée des dispositions, dans le respect des droits des personnes et des principes éthiques relatifs à la fin de vie.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Cet amendement aurait pour effet de ne plus renvoyer à un décret en Conseil d'État la définition des conditions d'application de la procédure d'aide à mourir. Cela me semble paradoxal venant de vous, qui souhaitez ajouter des garde-fous au dispositif.

En outre, l'amendement donnerait pour mission à la HAS d'émettre des recommandations relatives à l'accompagnement de la fin de vie, ce qu'elle fait déjà.

L'avis est défavorable pour ces deux raisons.

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

*Suivant l'avis du rapporteur, la commission **rejette** successivement les amendements AS269 de Mme Justine Gruet, AS103 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS270 de Mme Justine Gruet et AS649 de M. Christophe Bentz, en discussion commune.*

Amendement AS648 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). S'il faut évidemment que la personne qui demande l'aide à mourir dispose d'un maximum d'informations sur la procédure, compte tenu de la gravité de l'acte, nous souhaitons qu'il en aille de même pour les proches qui voudraient l'assister.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous avons déjà eu cette discussion hier et nous n'avons pas changé de point de vue depuis.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 13 non modifié.

CHAPITRE IV Clause de conscience

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

Amendements AS409 de Mme Lisette Pollet et AS278 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Lisette Pollet (RN). Mon amendement vise à consacrer une clause de conscience pleine et entière, alors que celle prévue par le texte est incomplète. En effet, elle ne protégerait que les professionnels directement impliqués, sans couvrir les autres soignants, ni certains établissements dont le projet de soins repose sur des principes éthiques clairement établis. Or la participation à l'administration d'une substance létale ne peut être assimilée à un acte de soin ordinaire : elle touche à la liberté de conscience, qui a une valeur constitutionnelle. La nouvelle rédaction que nous proposons sécuriserait cette liberté pour les personnes et les structures, tout en garantissant strictement l'accès du patient à la procédure. Information, orientation, transfert et continuité des soins seraient maintenus : il s'agit d'un amendement d'équilibre pour protéger les consciences sans entraver les droits.

Mme Justine Gruet (DR). Extrêmement important, mon amendement vise à réécrire l'article 14 en établissant un régime explicite et structurant de volontariat des professionnels de santé appelés à intervenir dans les procédures d'assistance à mourir.

En l'état actuel du droit, la clause de conscience repose sur un schéma juridique bien identifié, en l'occurrence une obligation de principe assortie d'un droit de retrait individuel. Ce mécanisme est adapté aux actes qui relèvent pleinement du champ médical, mais tel n'est pas le cas de l'assistance à mourir.

Le code de la santé publique définit les actes médicaux comme des actes de prévention, d'investigation, de traitement ou de soins. Or l'étude d'impact de la proposition de loi reconnaît que la prescription et l'administration d'une substance létale ne poursuivent aucun objectif thérapeutique ni préventif. Il s'agira d'un acte dérogatoire, strictement encadré par la loi.

Cette tension éthique majeure justifie que la participation à un tel dispositif ne soit jamais présumée, même implicitement. Ce faisant, nous placerions les professionnels de santé dans une position défensive, les obligeant à se retirer d'une procédure à laquelle ils seraient supposés participer par défaut et à rechercher, le cas échéant, des confrères aptes à prendre le relais. Je propose donc une logique inverse : un régime de volontariat reposant sur une démarche positive et claire. Nous le devons aux professionnels de santé.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Ces amendements modifieraient très sensiblement l'équilibre et la portée du texte.

D'abord, faire référence à la participation indirecte à la procédure étendrait le bénéfice de la clause de conscience aux personnels des pharmacies, ce à quoi nous ne sommes pas favorables. En effet, les professionnels détiendront le monopole légal de la délivrance de la substance létale. En outre, dans son avis sur le projet de loi de 2024, le Conseil d'État a considéré que les missions des pharmaciens ne concouraient pas « de manière suffisamment directe à l'aide à mourir pour risquer de porter atteinte à leur liberté de conscience ». Enfin, la présidente du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens a déclaré devant notre commission que ces derniers ne sauraient disposer d'une clause de conscience.

Ensuite, ces amendements permettraient à certains établissements de refuser que l'aide à mourir soit pratiquée dans leurs locaux. Sans revenir sur les débats relatifs à la clause de conscience collective, je rappelle la nécessaire égalité entre les malades, quel que soit leur lieu de résidence ou de prise en charge.

Enfin, l'amendement AS409 de Mme Pollet supprimerait la disposition prévoyant que les professionnels de santé disposés à participer à l'aide à mourir se déclarent à la commission de contrôle et d'évaluation, ce qui serait très problématique.

Pour ces trois raisons, mon avis est défavorable sur ces deux amendements.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Ces amendements visent à établir une clause de conscience collective, mais la question a été tranchée en 2001 par le Conseil constitutionnel, qui s'était prononcé contre cette éventualité. De fait, une clause de conscience collective reviendrait à brutaliser les soignants, dans la mesure où un chef ou une cheffe de service pourrait interdire à ses subordonnés de pratiquer certains actes même s'ils le souhaitent. À l'époque, le Conseil constitutionnel s'était prononcé au sujet de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et avait indiqué

qu'il appartenait « au chef de service philosophiquement hostile [...] de désigner, dans le cadre de la direction de son service, tel ou tel autre médecin » pour réaliser l'acte. En définitive, les libertés sont toujours individuelles : vous ne pouvez pas circonscrire l'activité des praticiennes et praticiens volontaires pour pratiquer un acte légal.

J'ajoute que cela reviendrait à instaurer une forme de tyrannie par effet d'escalier, car en interdisant à ses subordonnés de pratiquer un acte, un chef de service empêcherait de fait la prise en charge de certains patients.

Par ailleurs, vous cherchez à renverser le dispositif, en remplaçant la clause de conscience par une présomption d'hostilité, puisqu'il faudrait se déclarer volontaire pour participer à une aide à mourir. Outre le caractère peu opérationnel d'un tel fonctionnement – s'il fallait faire cela pour tous les actes, il faudrait un Cerfa de 400 pages ! –, nous voyons bien votre volonté sous-jacente de remettre en cause la clause de conscience relative à l'IVG. Car si nous instaurons deux logiques concurrentes, les gens de droite voudront un jour n'en conserver qu'une et choisiront la plus restrictive. En définitive, des millions de femmes et d'hommes seraient ainsi privés du droit à disposer de leur propre corps, qu'il s'agisse des contraceptifs, de l'IVG ou du droit à mourir dans la dignité.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). J'ai écouté vos arguments, monsieur le rapporteur général, mais il convient de distinguer les pharmaciens officinaux des pharmaciens hospitaliers. Je rappelle que c'est à ces derniers qu'il reviendra de préparer la potion létale adaptée à chaque patient ; ils seront donc très impliqués. En outre, le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens est dominé par les officinaux et ne retranscrit pas la parole des hospitaliers qui, eux, veulent disposer d'une clause de conscience.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS67 de M. Patrick Hetzel

Mme Sylvie Bonnet (DR). Reconnue comme fondamentale dans notre démocratie, la liberté de conscience permet à un praticien de refuser de pratiquer un acte contraire à sa conscience. De cette manière, chacun peut établir une harmonie entre sa conscience et sa pratique professionnelle. À cet égard, les personnes qui se prévalent de la clause de conscience doivent être exemptes de tout dommage légal, disciplinaire, économique ou professionnel.

Notons que cette clause de conscience spécifique ne saurait en aucun cas être confondue avec la clause de conscience générale, prévue par le code de déontologie médicale, cette dernière n'étant pas satisfaisante pour les professionnels de santé. Sa portée est plus restreinte, car elle ne s'applique pas aux cas d'urgence. Elle est de nature réglementaire et non législative. Et elle n'est pas valable pour tous les soignants. Il est donc indispensable d'établir une clause de conscience spécifique à

l'euthanasie ou au suicide assisté, qui s'appliquerait à tous les professionnels concernés.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Cet amendement est satisfait car le texte prévoit déjà que tous les professionnels de santé intervenant à chaque étape de la procédure, c'est-à-dire les médecins, les infirmiers, les aides-soignants et les auxiliaires médicaux, peuvent faire valoir une clause de conscience. Je note d'ailleurs que votre amendement propose une disposition moins précise.

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

Amendements AS475 de M. Yannick Neuder et AS416 de Mme Lisette Pollet (discussion commune)

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'amendement AS475 est défendu.

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

Amendements AS210 de Mme Marine Hamelet et AS104 de Mme Sandrine Dogor-Such (discussion commune)

Mme Marine Hamelet (RN). Mon amendement vise à étendre expressément la clause de conscience aux pharmaciens intervenant dans la procédure d'injection létale. En l'état actuel du texte, ils seraient les seuls professionnels impliqués à ne pas bénéficier de ce droit fondamental.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Par ces amendements, nous souhaitons rétablir une cohérence éthique et juridique. Les pharmaciens interviendront directement dans la préparation et la délivrance de la substance létale ; ils ne seront ni neutres, ni extérieurs. Or le code de la santé publique dispose que « le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie de la personne humaine ». Il est donc incompréhensible qu'il soit exclu de la clause de conscience prévue pour les autres professionnels de santé. Accorder ce droit à cette profession, même à celle exerçant en officine, ne bloquerait pas le dispositif : ce serait respecter l'égalité entre les professionnels et reconnaître la liberté de conscience comme un principe fondamental de notre droit.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous en avons déjà longuement débattu hier. Mon avis demeure défavorable.

M. Philippe Vigier (Dem). Le rapporteur général l'a rappelé : la présidente du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens n'a pas demandé que sa profession bénéficie de la clause de conscience. Je rappelle en outre que ces professionnels ne prescrivent pas : ils délivrent. De fait, les seuls médicaments qu'ils peuvent délivrer sans prescription médicale sont des médicaments d'accompagnement. S'ils

disposaient de la clause de conscience, nous entraverions les prescriptions, ce qui entraînerait une rupture de la chaîne de soins.

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

Amendement AS357 de M. Thibault Bazin

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement vise à préciser que toute personne susceptible de concourir, par ses fonctions, à la mise en œuvre des procédures d'aide à mourir est concernée par la clause de conscience.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Aux termes des articles 5 à 10 de la proposition de loi, les seules personnes appelées à concourir à l'aide à mourir sont les professionnels de santé, lesquels, à l'exception des pharmaciens, bénéficient de la clause de conscience.

L'amendement étant satisfait, je demande son retrait ; à défaut, mon avis sera défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Je connais la position du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, mais alors que vous parlez d'égalité d'accès à la substance létale, je rappelle qu'il y a une rupture d'égalité dans l'accès aux soins, notamment palliatifs.

Nous devons aborder dans l'hémicycle la question de l'extension de la clause de conscience aux pharmaciens, justement au nom des principes éthiques. Nous trouverons toujours une pharmacie à usage intérieur pour élaborer et délivrer la substance létale. Et nous ne pouvons pas dire que ces professionnels ne sont pas des participants à part entière, étant donné qu'ils confectionnent le produit.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). La clause de conscience générale n'étant pas spécifique à une pathologie ou à une prise en charge, avec un tel amendement, des pharmaciens antivax pourraient ne plus délivrer de vaccins, tandis que d'autres pourraient ne plus vendre de contraceptifs, de méthadone ou tout autre médicament, même prescrit. Je trouve qu'on marche sur la tête avec ce type de proposition.

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

Amendement AS346 de M. Matthias Renault

M. Eddy Casterman (RN). L'amendement est défendu.

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

Amendement AS105 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement vise à rendre la clause de conscience réellement applicable. En effet, dans de nombreux territoires, notamment ruraux, l'orientation d'un patient vers un autre professionnel peut s'avérer matériellement difficile, voire impossible. Autoriser l'orientation vers un établissement plutôt que vers un praticien identifié serait une mesure de réalisme, au service du parcours de soins. Cela protégerait à la fois la liberté de conscience du praticien et l'effectivité de la procédure d'aide à mourir. L'amendement ne constituerait pas un obstacle : au contraire, il sécuriserait l'application du dispositif dans les territoires.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Cette proposition n'est pas cohérente avec l'inscription des professionnels dans un registre. Pour assurer l'accès des patients au dispositif, il convient de les orienter directement vers les praticiens participant à la procédure plutôt que vers un établissement où il n'y aurait peut-être personne pour le faire.

Avis défavorable.

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

*Puis, suivant l'avis du rapporteur, elle **rejette** l'amendement AS650 de M. Christophe Bentz.*

Amendements AS75 de M. Michel Lauzzana, AS490 de Mme Danielle Simonnet et AS113 de Mme Sandrine Dogor-Such (discussion commune)

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Je propose de remplacer les mots « sans délai », qui me semblent très flous et sujets à interprétation, par les termes « dans un délai ne pouvant excéder quarante-huit heures ». De cette manière, nous donnerions un laps de temps défini aux médecins pour exercer leur clause de conscience et, le cas échéant, pour trouver un professionnel qui consente à accompagner le patient dans sa démarche. Cette précision garantirait l'accès à l'aide à mourir.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). En remplaçant les mots « sans délai » par les mots « au cours de la consultation », mon amendement tend à préserver la qualité du dialogue entre le soignant et le patient. Un refus fondé sur la clause de conscience serait ainsi expliqué clairement, de vive voix, et non de manière impersonnelle ou précipitée. Toute personne a le droit de comprendre pourquoi un professionnel de santé ne souhaite pas participer à une procédure aussi grave. La transparence est l'une des conditions de la confiance, non une contrainte. Dit autrement, cet amendement protégerait le patient en lui assurant une information loyale, mais aussi le soignant en donnant un cadre clair à l'expression de sa conscience.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Madame Simonnet, je crois que nous poursuivons le même objectif : ne pas allonger la procédure mais faire en sorte,

au contraire, que les choses se déroulent le plus rapidement possible. « Sans délai » est très précis : cela veut dire immédiatement. Votre amendement pourrait conduire à un délai de quarante-huit heures, ce qui est sans doute contraire à votre intention.

Demande de retrait ; sinon, avis défavorable.

M. Michel Lauzzana (EPR). « Sans délai » peut avoir deux sens différents. Or il ne faudrait pas qu'il y ait une ambiguïté. Je propose, pour ma part, un délai de soixante-douze heures, calculé en prenant en compte les jours ouvrés.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous ne voterons pas ces amendements. La mention « sans délai » fera l'objet d'une jurisprudence et nous sommes plutôt confiants dans l'adaptation du dispositif en fonction des établissements, des sites, des spécialités ou des conditions d'exercice. Néanmoins, nous comprenons très bien pourquoi des collègues voudraient une évolution du texte. Nous pourrions continuer à en discuter d'ici à la séance publique.

Si nous le pouvions, nous voterions en revanche avec les deux mains contre l'amendement de Mme Dogor-Such. Compte tenu du reste de l'alinéa, un médecin devrait en informer un autre au cours d'une consultation, ce qui est tout de même assez étonnant. Par ailleurs, nous craignons qu'il en résulte une sorte d'entrave. Lorsque vous passerez un coup de téléphone pour prendre un rendez-vous, un praticien ou une praticienne qui ne souhaitera pas donner suite fera jouer sa clause de conscience par le biais de son secrétariat médical. Allons-nous imposer une consultation pour que le praticien explique pourquoi il ne veut pas ? Ce n'est pas forcément ce dont on a besoin, d'un côté comme de l'autre.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. L'expression « sans délai » figure, par exemple, dans la loi relative à l'IVG. Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une IVG, mais il doit informer sans délai l'intéressée de son refus et lui communiquer le nom d'un autre praticien. « Sans délai » signifie « immédiatement ». C'est assez clair quand on ouvre un dictionnaire.

L'amendement AS75 est retiré.

La commission rejette successivement les amendements AS490 et AS113.

Successivement, elle adopte les amendements rédactionnels AS704 et AS705 de M. Stéphane Delautrette et rejette, suivant l'avis du rapporteur, l'amendement AS415 de Mme Lisette Pollet.

Amendements identiques AS15 de M. Fabien Di Filippo et AS271 de Mme Justine Gruet

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'article 14 exige que les euthanasies soient pratiquées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS), notamment ceux qui accueillent des personnes âgées, handicapées ou atteintes de

maladies chroniques invalidantes. Cette ouverture à l'euthanasie des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et de l'ensemble des lieux d'accueil des personnes dépendantes ou en situation de handicap est rejetée par toutes les associations de soignants. Le risque de confusion des rôles est réel, et celui de générer de l'anxiété ou une dépression chez certains résidents, face à l'euthanasie d'autres personnes qui se trouvent dans la même situation, l'est tout autant. L'amendement AS15 vise donc à supprimer les alinéas 6 à 8.

Mme Justine Gruet (DR). Nous demandons également la suppression de ces alinéas, qui imposent aux établissements de santé de permettre l'accès de tierces personnes pour la mise en œuvre de l'aide à mourir. En faire un principe général méconnaîtrait la liberté d'organisation des établissements : ces dispositions feraient peser sur eux une contrainte directe s'agissant de l'usage de leurs locaux et de l'organisation de leurs activités, sans prise en compte de leurs projets ni de leurs missions spécifiques. Par ailleurs, il en résulterait selon moi une rupture d'égalité entre les établissements et les professionnels de santé. Si la proposition de loi permet de faire jouer une clause de conscience individuelle, elle exclut la prise en compte de la dimension collective. La suppression de ces alinéas ne porterait pas atteinte au droit reconnu aux patients mais permettrait de respecter la diversité des structures et des projets de soins. Le respect, en effet, doit aller dans les deux sens. Il faut respecter non seulement la demande du patient et son souhait de venir dans un établissement, mais aussi l'établissement lui-même et l'organisation des professionnels au sein d'une équipe qui ferait valoir sa clause de conscience.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous n'allons pas rouvrir le débat sur la clause de conscience collective – nous avons tranché. Je rappelle néanmoins que le Conseil constitutionnel a considéré, dans une décision de 2001 concernant l'IVG, que les directeurs d'établissement devaient garantir l'égalité des usagers devant la loi et le service public. Autrement dit, s'agissant des Ehpad, des professionnels de santé pourront faire jouer leur clause de conscience mais un médecin ou un professionnel de santé disposé, pour sa part, à accompagner les patients devra être en mesure de répondre à la demande d'un résident. La proposition de loi permettra ainsi de pratiquer l'aide à mourir là où réside la personne.

Avis défavorable à ces amendements.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS112 de M. Patrick Hetzel et AS274 de Mme Justine Gruet, amendements AS272 de Mme Justine Gruet et AS510 de M. Hervé de Lépinay (discussion commune)

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'amendement AS112 est défendu.

Mme Justine Gruet (DR). J'entends l'idée qu'il ne saurait y avoir de clause collective mais il s'agit en l'occurrence d'équipes dont les membres feraient valoir

leur clause de conscience individuelle. Malgré cela, on ferait droit à la demande d'aide à mourir en permettant à une tierce personne d'accéder à l'établissement. Ce serait manquer de considération pour le travail d'équipe et le projet d'établissement. Le respect, je le redis, fonctionne dans les deux sens : il faut respecter la volonté du patient mais aussi celle de l'équipe qui se tient à ses côtés pour l'accompagner.

Comme notre objectif n'est pas de faire entrave à une demande, notre second amendement charge l'agence régionale de santé (ARS) d'orienter le patient vers un établissement susceptible de l'accueillir.

M. Christophe Bentz (RN). Nous considérons que ce texte porterait une atteinte grave et disproportionnée à la liberté de conscience, à la liberté religieuse et à la liberté d'organisation des établissements, qui sont garanties dans notre droit. D'où le dépôt de l'amendement AS510.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Ces amendements me posent un problème. Vous souhaitez permettre aux établissements de santé et aux ESMS de refuser de mettre en œuvre l'aide à mourir. Je ne reviens pas sur le débat relatif à la clause de conscience collective, sinon pour dire que je suis très attaché au caractère individuel de la clause de conscience. Sur le plan technique, il me semble matériellement compliqué, voire impossible compte tenu de l'état de santé des personnes, d'organiser leur transfert lorsqu'elles demandent l'aide à mourir. On peut raisonnablement penser que des personnes hospitalisées en raison d'une affection grave et incurable entraînant des souffrances réfractaires pourront difficilement se déplacer. D'un point de vue plus subjectif, imposer un tel transfert me paraît, pour rester gentil, contestable. Un Ehpad est un lieu de résidence. Si une personne ne peut pas y bénéficier de l'aide à mourir, il faudrait, selon vous, l'en faire sortir.

Avis très défavorable.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Un Ehpad n'est pas seulement un lieu de vie, c'est le dernier. Peu de gens en sortent autrement qu'après leur décès. Il faut, pour respecter ceux qui demandent l'aide à mourir dans leur lieu de vie, qu'ils puissent y accéder, dans les mêmes conditions que d'autres personnes. On respectera aussi les soignants, puisqu'ils bénéficieront d'une clause de conscience. Si aucun d'entre eux ne peut intervenir, des équipes mobiles de soins palliatifs pourront le faire. Il est assez étonnant que certains collègues parlent de respect mais n'en aient pas pour les demandes des patients.

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

Amendement AS348 de M. Matthias Renault

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

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

Amendements AS375 de Mme Marie-France Lorho et AS273 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Lisette Pollet (RN). L'amendement AS375 vise à préserver l'autonomie et la liberté éthique des établissements médico-sociaux. Le principe d'autonomie leur garantit le droit de fonctionner selon leurs convictions. Les établissements tenus par des congrégations religieuses ne doivent pas être contraints de pratiquer le suicide assisté ou délégué, qui serait contraire à leur éthique et pourrait les contraindre à fermer leurs portes. Dans un contexte de fragilité du système hospitalier, préserver ces établissements permettra de maintenir un accès aux soins efficace tout en respectant la liberté religieuse et d'association.

Mme Justine Gruet (DR). Notre amendement, qui vise à remplacer une obligation par une faculté, ne remet pas en cause le droit reconnu par la proposition de loi. Il ne s'agit pas d'interdire la mise en œuvre de l'aide à mourir au sein de certains établissements mais de leur laisser la responsabilité d'en apprécier les modalités. Nous contribuerons ainsi à une application du texte plus souple, plus sécurisée et plus respectueuse des réalités institutionnelles.

Les Ehpad sont, certes, des lieux de vie mais ils ne peuvent pas être assimilés à de simples domiciles privés. Ce sont des établissements médico-sociaux qui accueillent des personnes vulnérables dans un cadre collectif. Ils ont des règles, une éthique professionnelle, un projet d'établissement qui définit des valeurs et des objectifs de prise en charge, ainsi que des modalités d'accompagnement, bien souvent déterminées à l'admission en fonction du projet d'établissement et du projet de la personne.

Nous avons déjà parlé de la possibilité d'exclure le recours à l'aide à mourir dans les maisons d'accompagnement, et j'entends la difficulté technique que poserait un transfert. Nous devons néanmoins faire en sorte de respecter l'expression, dans sa globalité, des clauses de conscience individuelles.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Je ne vois pas en vertu de quoi la mise en œuvre de l'aide à mourir contribuerait à faire fermer les portes d'un établissement. Si je suis votre raisonnement, par ailleurs, des personnes accueillies dans ce type de structures, qui ne souhaiteraient pas pratiquer l'aide à mourir, seraient privées de la liberté de choix conférée par la loi.

Avis très défavorable. !

M. Philippe Vigier (Dem). La liberté des personnes est effectivement en jeu. J'aimerais savoir si nos collègues suivent le même raisonnement pour la sédation profonde et continue qui mène à la mort, dans le cadre de la loi Claeys-Leonetti. Le résultat est le même. Dès lors qu'on arrête les apports hydriques et les traitements, on arrête les fonctions vitales et il y a une intention de donner la mort.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS465 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Je poserai simplement une question. La situation des personnes en Ehpad est en soi assez dure. Le fait de savoir qu'on peut, en plus, y pratiquer l'euthanasie n'aura-t-il pas, dès leur arrivée, un impact ?

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Il faut arrêter de laisser penser qu'on pourrait contraindre quelqu'un à recourir à l'aide à mourir. C'est la personne elle-même qui engagera la procédure, si elle en prend la décision. Qu'un établissement soit contraint d'autoriser l'aide à mourir si des personnes la demandent, n'implique pas qu'on impose à qui que ce soit, à un moment de sa fin de vie, de recourir au dispositif.

Cet amendement contourne la question, mais il conduirait également à reconnaître une clause de conscience collective.

Avis défavorable.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Je suis profondément choquée. Des établissements pourraient ne pas respecter la loi, au nom de leur éthique et, généralement – nous l'avons vu à l'occasion d'autres amendements –, d'une vérité révélée. Ainsi, une liberté fondamentale, garantie par la loi, ne s'appliquerait pas. Je rappelle que la clause de conscience concerne des professionnels : un établissement ne peut pas bénéficier d'une clause de conscience collective, car ce serait totalement contraire aux principes républicains de laïcité et de séparation des Églises et de l'État. Il est très important que tous les établissements garantissent la liberté de chacune et de chacun de recourir à l'aide à mourir. Cela n'enlèvera rien à la clause de conscience que chacune et chacun des professionnels de l'établissement pourra invoquer individuellement.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Monsieur le rapporteur, je ne parlais pas d'une contrainte exercée une fois que la personne se trouve dans l'établissement, mais de ce qui se passera au moment de son admission. Il n'y aura peut-être pas d'incident, ce n'est pas ce que je veux dire, et je suis pour la liberté de choix, mais ne faudrait-il pas examiner la question que je pose ?

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS275 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Il s'agit, de nouveau, de préciser que l'ARS est chargée de garantir la continuité de l'accompagnement et le respect de la volonté de la personne.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous en avons déjà parlé.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS651 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Il ne faut pas s'offusquer que des sujets tels que la liberté religieuse et la liberté de conscience soient évoqués. Ces libertés sont garanties par la loi de 1905 et par notre Constitution. Notre débat doit être respectueux : il y a au sein des établissements des gens qui ont une éthique personnelle, laquelle est aussi collective.

La loi Claeys-Leonetti n'est pas la même chose que ce texte sur l'aide à mourir, c'est-à-dire le suicide assisté ou délégué. Dans un cas, il n'existe pas d'intention de provoquer la mort ; dans le second, si.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Avis défavorable.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). La liberté religieuse est respectée dans la limite des libertés individuelles. Or les murs n'ont pas de conscience, contrairement aux individus. Ces derniers pourront la faire valoir dans le cadre de la loi. C'est le cadre républicain et nous travaillons sur tous les textes de la même manière.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'État pourrait reconnaître demain la liberté de ceux qui choisissent la mort. Il faudrait que les collègues qui font du brouhaha pendant que nous nous exprimons respectent aussi la liberté de ceux qui choisissent la vie.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS394 de M. Eddy Casterman

M. Eddy Casterman (RN). Je reviens sur la liberté éthique des établissements de santé privés et confessionnels, qui ne sont pas des acteurs périphériques. Ils participent depuis des décennies, et même des siècles pour certains d'entre eux, à la prise en charge de centaines de milliers de patients, qui font souvent partie des plus vulnérables. Ces établissements, qui ont été des pionniers dans le développement des soins palliatifs, ont une approche du soin marquée par le refus non seulement de l'abandon mais aussi de l'acte de donner la mort.

Il est question, dans ce texte, d'actes qui touchent au cœur même des convictions éthiques, philosophiques et spirituelles de ces établissements et de ceux qui y exercent. Il serait profondément contradictoire de reconnaître aux soignants une clause de conscience individuelle tout en contraignant les structures qui les accueillent à organiser dans leurs murs des pratiques qu'elles réprouvent par principe. La clause de conscience dite d'établissement n'a d'ailleurs rien d'inédit, je l'ai rappelé hier. Elle existe pour l'IVG, dans le code de la santé publique. Ce

parallèle n'a rien d'idéologique ou d'accessoire : c'est une question de cohérence juridique.

Contraindre ces établissements à pratiquer l'euthanasie reviendrait à leur demander de renier leurs missions fondatrices. Cela affaiblirait des structures qui soutiennent l'hôpital public, assurent une présence sur le terrain et incarnent une médecine de l'accompagnement, de la solidarité et de la dignité jusqu'au bout. Le rôle du législateur dans une démocratie n'est pas d'uniformiser les consciences mais d'organiser la coexistence de convictions différentes. Reconnaître une clause de conscience institutionnelle ne mettrait pas un frein à l'exercice d'un droit, mais permettrait de préserver le pluralisme, qui est le socle de nos libertés publiques.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Il n'existe pas de clause de conscience collective en matière d'IVG, même si cette pratique peut être exclue dans certains locaux. Par ailleurs, comparaison n'est pas raison. Pour ce qui est de l'IVG, les personnes peuvent se déplacer d'un lieu à un autre. L'aide à mourir concerne des personnes en situation de fin de vie. On ne peut pas raisonner de la même manière compte tenu des difficultés de déplacement qui se posent.

Pour toutes ces raisons, dans le prolongement des débats antérieurs, l'avis est défavorable.

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

Amendement AS276 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS276 et le suivant, AS277, reviennent sur l'inversion de la norme qui fait qu'on part du principe que les professionnels sont favorables à l'aide à mourir en leur laissant, sinon, la possibilité de faire valoir une clause de conscience. Je défends au contraire, depuis le début de l'examen du texte, le principe du volontariat.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Pour les mêmes raisons que précédemment, l'avis est défavorable.

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

*Suivant l'avis du rapporteur, elle **rejette** ensuite l'amendement AS277 de Mme Justine Gruet.*

*Puis elle **adopte** l'article 14 **modifié**.*

CHAPITRE V Contrôle et évaluation

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

Amendement AS307 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Nous proposons de rendre le contrôle *a posteriori* systématique afin de garantir que chaque procédure d'aide à mourir fait l'objet d'une vérification exhaustive et uniforme. Cela exclura tout contrôle aléatoire ou facultatif et constituera un garde-fou essentiel compte tenu de la gravité des actes en cause. Un contrôle systématique renforcera la transparence, la traçabilité et la sécurité juridique du dispositif tout en protégeant les patients et les professionnels de santé.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Cet amendement est satisfait. La commission créée par le présent article sera chargée, selon l'alinéa 5, de réaliser un contrôle *a posteriori*, notamment à partir des données enregistrées, pour chaque procédure d'aide à mourir, c'est-à-dire d'une façon systématique.

Par conséquent, je demande le retrait de l'amendement.

L'amendement est retiré.

Amendements AS279 de Mme Justine Gruet, AS553 de M. Julien Odoul, AS114 de Mme Sandrine Dogor-Such et AS280 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Lisette Pollet (RN). L'amendement AS553 est défendu.

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

Amendement AS652 de M. Christophe Bentz

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

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

Amendement AS68 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). Nous proposons qu'une distinction soit faite, dans le cadre du suivi et de l'évaluation, entre auto-administration et administration par un tiers, pour savoir exactement quel est le partage entre les suicides assistés et les euthanasies.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Je ne crois pas qu'il soit opportun de détailler dans la loi le contenu des données qui seront exploitées. Il me semble assez clair que le mode d'administration de la substance létale fait partie des éléments que la future commission devra prendre en compte dans son contrôle de chaque procédure d'aide à mourir. Il ne me paraît donc pas utile de l'inscrire dans la loi.

Cet amendement étant satisfait, je vous demande de le retirer.

Mme Annie Vidal (EPR). Je soutiens l'amendement. Toutes les auditions et tous les rapports, qui devaient permettre de trouver la voie à suivre – nous l'avons à ce point élargie que c'est maintenant une autoroute –, ont fait apparaître la nécessité de bien faire la différence entre l'euthanasie et le suicide assisté. Or, en l'occurrence, ce n'est pas prévu.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Une différenciation aura lieu dans le dossier médical et le suivi du patient. La commission de contrôle et d'évaluation disposera de fait des éléments que vous demandez.

Mme Annie Vidal (EPR). Les rapports expliquaient bien que la différenciation entre les deux types d'actes – ils ne sont pas identiques – devait être prévue dans le texte. Il ne suffit pas de dire qu'on se référera au dossier médical.

M. Philippe Vigier (Dem). Je vais dans le même sens que la rapporteure. Il y aura un registre national, qui indiquera la procédure d'aide suivie dans chaque cas ; l'agrégation des données produira, de façon simple, des statistiques.

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

Amendement AS282 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Je reviens un peu en arrière : il est important de bien indiquer, dans la procédure, les modalités d'administration de la substance, mais il faudrait également être capable de savoir si le patient était dans l'incapacité physique de se l'autoadministrer. Je pense proposer en séance un amendement visant à faire en sorte qu'il puisse, autant que faire se peut, s'administrer lui-même la substance s'il en a la capacité physique ou que les technologies mises à sa disposition le permettent, au lieu que ce soit délégué à un tiers.

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

Amendement AS161 de Mme Marie-France Lorho

Mme Lisette Pollet (RN). L'amendement est défendu.

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

Amendement AS653 de M. Christophe Bentz

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

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

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS706 de Mme Élise Leboucher.*

Amendement AS82 de M. Patrick Hetzel

Mme Sylvie Bonnet (DR). Nous souhaitons préciser que la commission peut procéder à un contrôle approfondi de dossiers sélectionnés de manière aléatoire.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Un contrôle systématique – de toutes les demandes – est prévu. Il ne sera donc pas nécessaire d'examiner des dossiers pris au hasard.

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

Amendement AS654 de M. Christophe Bentz

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

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

Amendement AS283 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Je redéposerai en séance cet amendement qui aurait permis une coordination rédactionnelle si vous aviez, comme je le proposais, retenu le volontariat plutôt qu'une clause de conscience.

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

Amendements AS655 et AS656 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

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

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

Amendement AS69 de M. Patrick Hetzel

Mme Sylvie Bonnet (DR). Le secret médical ne cesse pas après la mort, sauf raisons de santé publique – maladie contagieuse –, procédure judiciaire, accord exprès donné par le défunt aux ayants droit, sous certaines conditions, ou application de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, notamment lorsque le partage d'informations est nécessaire pour permettre aux ayants droit de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Dès lors, le secret médical n'a pas à être opposé aux membres de la commission qui ne seraient pas médecins. Il est prévu, par ailleurs, qu'un décès intervenu dans le cadre de l'aide à mourir sera réputé être une « mort naturelle ». Il faudra donc respecter les conditions d'information qui s'appliquent dans ce cas.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Les membres de la commission compétente pourront accéder aux actes enregistrés dans le système d'information, de façon à s'assurer que la procédure a été respectée dans chaque cas. Il ne me semble

pas opportun, compte tenu des obligations liées au secret médical, que l'ensemble des membres de la commission puisse accéder à la totalité des informations concernant la personne décédée.

Avis défavorable.

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

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle **rejette** successivement les amendements AS284 et AS285 de Mme Justine Gruet, en discussion commune.*

Amendement AS484 de Mme Sandrine Rousseau

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Il s'agit de préciser qu'au moins la moitié des médecins qui seront nommés à la commission de contrôle et d'évaluation doivent être inscrits au registre des professionnels de santé disposés à accompagner les patients dans leur demande d'aide à mourir. Cette commission ne doit pas être une instance d'opposition à l'aide à mourir.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Je comprends votre intention mais il ne me semble pas opportun de lier l'appartenance à cette commission au fait de figurer sur un registre dont les professionnels de santé pourront se retirer à tout moment. Par ailleurs, un médecin peut tout à fait se déclarer favorable à l'aide à mourir et ne pas la mettre en œuvre. Il paraît au demeurant difficile de s'assurer de la véracité de sa conviction.

Je vous propose donc de retirer l'amendement. À défaut, avis défavorable.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Je tenais à mettre en garde contre le fait que la commission pourrait devenir un lieu de blocage.

*L'amendement est **retiré**.*

Amendements AS83 de M. Patrick Hetzel et AS365 de M. Thibault Bazin (discussion commune)

Mme Sylvie Bonnet (DR). Par l'amendement AS83, nous proposons que les médecins membres de la commission de contrôle et d'évaluation soient nommés sur proposition du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Mme Justine Gruet (DR). Je défends l'amendement AS365.

Même si je comprends l'intention de Mme Rousseau, je suis étonnée par son amendement, qui laisse entendre que, contrairement à ce que l'on nous a affirmé, il pourrait exister une liste de médecins disposés à pratiquer l'euthanasie. Par ailleurs, on peut très bien être prêt à pratiquer cet acte tout en refusant de le faire dans certaines circonstances et à n'importe quelles conditions.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Autant la présence de médecins dans cette commission paraît indispensable, autant il ne me semble pas nécessaire de préciser dans la loi leur mode de désignation. On pourrait imaginer que certains d'entre eux soient désignés par le Gouvernement ou les syndicats représentatifs. Ces précisions relèvent du décret en Conseil d'État qui sera pris pour l'application de cet article.

Sur le fond, je rappelle que la commission aura notamment pour fonction de saisir les instances ordinales compétentes en cas de manquement aux règles déontologiques. Serait-il judicieux que les médecins qui prendront part à la décision de saisir ces instances aient été choisies par ces dernières ?

Avis défavorable.

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

Amendement AS84 de M. Patrick Hetzel

Mme Sylvie Bonnet (DR). Il s'agit de préciser les conditions de désignation du président de la commission de contrôle et d'évaluation en prévoyant son audition par les commissions compétentes du Sénat et de l'Assemblée nationale.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Comme je viens de l'indiquer, je ne suis pas favorable à ce que l'on fixe dans la loi les modalités de nomination des membres de la commission. Sur le fond, il me paraît préférable que le président de la commission soit régulièrement entendu par le Parlement, c'est-à-dire par notre commission, notamment à l'occasion de la publication du rapport annuel.

Avis défavorable.

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

Amendement AS366 de M. Thibault Bazin

Mme Justine Gruet (DR). On peut militer contre mais aussi pour l'aide à mourir. Nous proposons donc que les membres de la commission ne puissent pas être liés par un engagement relatif à l'euthanasie ou au suicide assisté.

Par ailleurs, puisque tout contrôle *a priori* de la légalité des critères a été refusé, la commission interviendra forcément après le décès du patient. Elle ne saurait donc, en tout état de cause, faire obstacle à l'aide à mourir.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Sur le fond, la question n'est pas tant de savoir si une personne a un engagement associatif que de s'assurer qu'elle fait preuve d'impartialité dans l'exercice de ses fonctions. Or on peut être favorable ou défavorable à l'aide à mourir et analyser de manière objective chaque situation au regard des conditions légales de mise en œuvre de cette aide.

Par ailleurs, je le rappelle, l'alinéa 13 prévoit que « la composition et les règles de fonctionnement propres à garantir son indépendance et son impartialité ainsi que les modalités d'examen, pour chaque personne ayant demandé l'aide à mourir, du respect des conditions prévues » seront définies par un décret en Conseil d'État.

Avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Cet amendement pose deux problèmes qui justifient que nous nous y opposions.

Premièrement, la commission sera composée en partie de membres d'associations d'usagers du système de santé dont l'engagement associatif les lie nécessairement à la question du suicide assisté ou de l'euthanasie. Si l'amendement était adopté, il faudrait donc exclure d'une commission chargée de s'occuper de patients tout représentant d'une association du secteur de la santé...

Deuxièmement, sauf erreur, ce serait la première fois que les membres d'une commission de contrôle publique seraient désignés en fonction de leurs convictions. Au reste, qui s'occuperait de surveiller ces convictions ? Faudrait-il créer une police spéciale, un registre accessible à l'autorité judiciaire ? C'est un peu du maccarthysme ! Les membres d'une telle commission sont désignés en fonction de leur statut et non de leurs convictions ; il convient de maintenir cette distinction.

Mme Annie Vidal (EPR). Il me semble qu'il y a une confusion. L'amendement cible non pas les personnes qui ont des convictions – lesquelles n'empêchent pas d'analyser objectivement un dossier – mais celles qui ont un engagement associatif ou plutôt, disons-le clairement, les militants. Une commission comprendra toujours des personnes qui ont des opinions différentes ; le militantisme, c'est autre chose.

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

*Puis elle **adopte** l'article 15 **modifié**.*

Article 16 : Définition des substances létales autorisées

Amendement de suppression AS70 de M. Patrick Hetzel

Mme Sylvie Bonnet (DR). Maintenir l'article 16 reviendrait à accepter la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie tels que définis à l'article 2.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Nous ne souhaitons pas la suppression de l'article 16, qui est fondamental.

Défavorable.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Je souhaite revenir sur l'amendement AS706 à l'article 15, que la rapporteure a présenté comme rédactionnel. Cet amendement visait à substituer à l'adjectif « commis » l'adjectif « intervenus » pour qualifier des faits susceptibles d'engager la responsabilité des professionnels de santé. Or cette nouvelle rédaction permettrait de poursuivre un médecin sur le plan disciplinaire pour tout fait qui serait survenu au cours de la procédure et non plus uniquement pour ceux qu'il aurait lui-même commis.

M. le président Frédéric Valletoux. Décidément, les amendements rédactionnels nous jouent des tours ! Merci pour votre remarque. Nos rapporteurs y seront particulièrement vigilants en séance publique.

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

Amendements AS115 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS288 et AS289 de Mme Justine Gruet, AS556 de M. Julien Odoul et AS532 de M. Thomas Ménagé (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS556 est défendu.

M. Théo Bernhardt (RN). L'amendement AS532 est défendu.

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

Amendement AS170 de Mme Marie-France Lorho

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

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

Amendement AS287 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Nous proposons d'ajouter aux missions confiées à la HAS celle d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques relatives à la prévention, au repérage et à la traçabilité des pressions, contraintes ou influences indues dans le cadre de la procédure d'aide à mourir. Il s'agit de donner des outils aux professionnels de santé, d'harmoniser les pratiques et de renforcer la sécurité de la procédure, sans alourdir excessivement la loi. C'est un de mes points de vigilance.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Je rappelle que l'article 16 confie à la HAS la responsabilité d'élaborer des recommandations relatives aux substances létales et aux conditions de leur utilisation, en se fondant notamment sur les comptes rendus établis à l'issue de l'administration de ces substances. La mission supplémentaire que vous proposez de lui assigner ne me semble pas s'inscrire dans ses attributions, qui ont trait à l'évaluation des médicaments et des dispositifs médicaux ainsi qu'à celle des actes professionnels.

Le décret en Conseil d'État relatif au déroulement de la procédure pourra apporter des précisions sur les éléments que vous mentionnez, qui relèvent non seulement de l'action des professionnels de santé mais aussi de la compétence de l'autorité judiciaire. Par ailleurs, la commission de contrôle et d'évaluation pourra documenter d'éventuelles pressions qui seraient mentionnées par les professionnels de santé dans les documents enregistrés dans le système d'information.

Même si j'en comprends l'esprit, votre amendement ne me paraît donc pas parfaitement adapté à l'objectif que vous poursuivez.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). À quel endroit du texte serait-il opportun d'introduire cette disposition ? On nous renvoie souvent à la procédure ou au contrôle *a posteriori*, mais c'est dans le texte lui-même que l'on peut sécuriser la pratique des médecins au regard de l'évaluation des cinq critères retenus.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS142 de Mme Marie-France Lorho et AS557 de M. Julien Odoul (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). Les amendements sont défendus.

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

*Puis elle **adopte** l'article 16 **non modifié**.*

CHAPITRE VI Dispositions pénales

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

Amendements de suppression AS16 de M. Fabien Di Filippo, AS71 de M. Patrick Hetzel et AS410 de Mme Lisette Pollet

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'amendement AS16 est défendu.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS71 est défendu.

Mme Lisette Pollet (RN). Le prétendu délit d'entrave n'a d'autre but que d'empêcher le débat public. En démocratie, la liberté d'expression ne peut être criminalisée. En outre, aucun préjudice n'est causé puisque, précisément, la personne prétendument entravée continuerait à vivre. Or le droit ne peut que considérer la vie, aussi dure et douloureuse soit-elle, comme préférable à la mort. Je rappelle qu'aux termes de la loi dite « anti-Perruche » et de l'article L. 114-5 du code de l'action

sociale et des familles, nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance – et ce, même si l'on naît handicapé, car la vie n'est pas un préjudice.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Supprimer l'article 17, c'est refuser que soient réprimés par le juge pénal, c'est-à-dire par la société, la diffusion d'informations dont le seul but est d'induire en erreur sur l'aide à mourir, la perturbation de l'accès à des établissements dans lesquels les patients, leur entourage et les professionnels ont besoin de dignité et de sérénité et, enfin, l'exercice de pressions morales. Tels sont en effet les éléments qui constituent le délit d'entrave.

L'article 17 ne porte aucune atteinte à la liberté d'opinion. Sont simplement prévues les conciliations nécessaires pour qu'aucun de nos compatriotes ne soit empêché dans un choix toujours intime et souvent difficile pour lui et sa famille. Nul n'est tenu d'adhérer à un changement de la société, mais nul n'a le droit d'imposer sa vérité aux autres et de les empêcher d'être libres. Cet article ne contraint en rien ceux qui, par conviction, s'opposent à l'aide à mourir, si ce n'est en leur interdisant de faire aux autres ce qu'ils ne voudraient pas qu'on leur fasse : réduire leur propre liberté.

Vous vous inquiétez de ses effets sur la capacité à agir des associations de prévention du suicide et de la contradiction qui existerait entre cette disposition et la très belle obligation de porter assistance à une personne en danger, dont le non-respect est constitutif d'un délit. Mais ces associations n'ont aucun risque d'être inculpées. Elles ne troublent pas l'ordre public : elles sauvent des vies. Elles ne diffusent pas de fausses informations : elles sont des adjuvants de la puissance publique. Elles ne perturbent pas l'accès à des établissements : elles orientent des personnes en détresse. Elles ne dérangent pas des médecins ou des psychologues : elles travaillent avec eux. Elles n'exercent de pressions sur personne : elles soulagent.

Par ailleurs, vous soulignez combien il est important qu'au seuil de la mort, une personne malade soit entourée, conseillée, rassurée. Je suis parfaitement d'accord avec vous, mais quel est le lien avec le fait de troubler des familles par la diffusion de *fake news* ou des actions violentes ?

Vous écrivez qu'« *il ne peut être reproché à une personne de tenter, dans le respect de la dignité de chacun, d'accompagner quelqu'un par une réflexion approfondie sur son choix ou de l'encourager à envisager d'autres formes de soutien* ». Je signe volontiers cette phrase : l'article 17 ne s'oppose en rien à ce qu'elle décrit. Encore une fois, cette disposition ne vise absolument pas à réprimer une personne qui en aide une autre à réfléchir. Ce qui sera prohibé, ce n'est pas une conviction, une parole respectueuse du débat, le souci de nuancer ou le fait de souhaiter qu'une personne aimée reste en vie, mais le fait d'empêcher l'exercice du droit nouveau que nous souhaitons créer.

Quant à la présence de la locution « tenter d'empêcher », qui suscite curieusement l'étonnement de certains d'entre vous, elle est conforme au droit pénal, qui punit, au même titre que le délit, quel qu'il soit – vol, escroquerie... –, la tentative de le commettre.

Pour ces différentes raisons, je suis évidemment défavorable à ces amendements de suppression.

M. Christophe Bentz (RN). Cet article très grave signe en quelque sorte la proposition de loi. Son texte même est le meilleur détracteur du délit d'entrave. En effet, ce qui nous pose problème, ce n'est pas le fait de sanctionner des perturbations ou des pressions, c'est la rédaction de son alinéa 2 : « Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou » – j'insiste – « de s'informer sur l'aide à mourir par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne, notamment par la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales de l'aide à mourir. » Or quelle est la conséquence médicale de l'aide à mourir sinon la fin de la vie, l'extinction du corps ?

M. Philippe Vigier (Dem). On peut débattre de l'opportunité de créer un droit nouveau mais, une fois que la loi est adoptée par le législateur, on doit la respecter, faute de quoi on s'expose à des conséquences pénales – ce n'est pas à vous, qui avez fait du respect de la loi un élément de votre combat politique, que je vais le rappeler.

Par ailleurs, je suis heurté de lire dans l'un des exposés sommaires que « *les politiques de prévention du suicide pourraient être considérées comme représentant un délit d'entrave à l'euthanasie* ». Ne mélangez pas tout ! Quand on sait le drame que vivent les familles confrontées à de telles situations, on ne peut pas assimiler ainsi l'aide à mourir à la facilitation d'un suicide. Revenons à davantage de rationalité.

La commission rejette les amendements.

Amendements AS657 et AS658 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). Il s'agit de réduire les peines prévues pour la sanction du délit d'entrave.

Monsieur Vigier, comme je l'ai indiqué au début de nos débats, nous considérons que ce texte sur l'aide à mourir – que je préfère nommer « suicide assisté ou délégué à un soignant » – encadre, légalise le suicide, quelle que soit sa forme, et qu'il va donc percuter la politique de prévention du suicide.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. En proposant de fixer le montant de l'amende à 1 500 euros et de supprimer la peine d'emprisonnement, vous faites de l'entrave à l'aide à mourir non plus un délit mais une contravention. Compte tenu de la grave atteinte à la liberté que constitue cette entrave, une telle sanction paraît manifestement insuffisante.

Avis défavorable.

Mme Annie Vidal (EPR). L'article 17 comporte deux éléments qui me gênent. D'abord, la rédaction de l'alinéa 3, qui est un copier-coller de la définition du délit d'entrave concernant l'interruption volontaire de grossesse, vise les perturbations de « l'accès aux établissements où est pratiquée l'aide à mourir ou à tout lieu où elle peut régulièrement être pratiquée ». Or, si j'ai bien compris le texte, de tels lieux ne peuvent pas exister. Par ailleurs, l'aide à mourir peut également être pratiquée à domicile. Je ne vois donc pas très bien à quelle réalité renvoie cette description.

Ensuite, pour que le texte soit équilibré, comme le souhaite notre rapporteur général, il devrait créer un délit d'incitation à recourir à l'aide à mourir. Or la création d'un tel délit a été refusée, quelle que soit la forme sous laquelle celui-ci a été présenté. Il me semble donc que le délit d'entrave devrait être supprimé du texte.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Bien entendu, notre groupe votera contre cet amendement qui vise à créer la contravention d'entrave, puisque le groupe RN propose de punir cette entrave d'une amende de 1 500 euros. Ainsi, empêcher physiquement quelqu'un qui souffre horriblement d'accéder à l'aide à mourir serait puni de la même manière qu'un défaut d'assurance ou un défaut d'étiquetage sur une boîte de biscuits. Je crains que l'objectif caché de certains ne soit, à terme, d'étendre ensuite cette contraventionnalisation à l'entrave à l'IVG. Ce retour en arrière considérable priverait du droit de disposer de soi des millions de personnes.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS367 de M. Patrick Hetzel, AS659 de M. Christophe Bentz et AS411 de Mme Lisette Pollet (discussion commune)

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'amendement AS367 a pour objet de rééquilibrer l'article 17 en créant un délit d'incitation à l'aide à mourir pour mieux protéger les personnes les plus fragiles.

M. Christophe Bentz (RN). Mon amendement, qui est de repli, vise à préciser le champ de l'infraction. Ainsi, nous proposons de substituer aux mots : « empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur l'aide à mourir par tout moyen » les mots : « entraver volontairement et de manière directe la mise en œuvre matérielle de l'aide à mourir ».

Mme Lisette Pollet (RN). Mon amendement tend à garantir un débat libre sur un choix grave. Pour que le consentement d'une personne soit éclairé, il faut qu'elle puisse entendre des avis divergents. Criminaliser la parole, c'est fabriquer un consentement obtenu par la censure.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Pour que l'incitation à l'aide à mourir soit un délit analogue à celui de provocation au suicide, il faudrait, d'une part, que l'aide à mourir soit non pas un droit mais une action portant préjudice à un individu ou à la collectivité – ce qui n'est pas vérifié –, d'autre part, que la mort résultant de l'aide à mourir soit un suicide. Or, en l'espèce, elle ne résulte pas d'un acte violent mais d'un choix répété avec discernement.

Avis défavorable sur les trois amendements.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Actuellement, lorsqu'ils sont face à un patient qui exprime le souhait de mourir, qu'il soit en fin de vie ou non, les professionnels de santé tentent de l'empêcher de se suicider. Demain, auront-ils encore le droit de lui dire qu'il existe peut-être une autre solution et qu'ils sont là pour l'aider à faire un autre choix ? Cette disposition est très inquiétante pour les politiques de prise en charge et de prévention du suicide et pour les acteurs des soins palliatifs. Même lorsqu'elle arrive à son terme, la vie peut valoir la peine d'être vécue. De fait, le délit d'entrave porterait préjudice au délit de non-assistance à personne en danger.

Monsieur Clouet, lorsqu'une femme subit une IVG, sa vie est protégée alors que, dans le cas de l'aide à mourir, il s'agit d'accompagner le patient vers la mort.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Ce n'est pas parce que l'on punit la tentative d'entrave que l'on souhaite revenir sur la possibilité d'échanger avec la personne qui demande l'aide à mourir pour tenter de la convaincre d'y renoncer. Il ne faut pas confondre l'acception courante et l'acception juridique du mot « tentative ». Dans le second cas, il désigne le fait de vouloir commettre une infraction et d'en être empêché par des circonstances extérieures, ce qui doit être sanctionné de la même manière que si l'infraction avait été effectivement commise.

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

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle **rejette** successivement les amendements AS116 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS293 et AS294 de Mme Justine Gruet, en discussion commune, ainsi que l'amendement AS501 de M. Théo Bernhardt.*

Amendement AS147 de Mme Marie-France Lorho

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

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

Amendement AS290 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Il s'agit, ici, de respecter l'équilibre cher au rapporteur général. Le rôle du législateur est de protéger les personnes les plus vulnérables. Or l'absence de contrôle *a priori* ne le permet pas. Je ne comprends d'ailleurs pas pourquoi vous le refusez alors que, selon vous, les critères sont suffisamment objectifs pour être contrôlés avant la mise en œuvre de l'aide active à mourir.

Le délit d'entrave présente deux risques. D'abord, il peut invisibiliser le discernement dont le professionnel de santé peut faire montre dans le cadre d'une discussion thérapeutique sur les opportunités qui s'offrent au patient en plaçant ce dernier dans une position de toute-puissance. Ensuite, il ne prévient pas suffisamment, sinon la promotion de l'aide à mourir, du moins la présentation inappropriée qui pourrait en être faite au patient dès lors que celui-ci ne remplirait pas les critères d'éligibilité.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Avec cet amendement, vous voulez créer un délit d'incitation à l'aide à mourir. J'y suis défavorable : s'il s'agit d'une provocation au suicide, elle est prise en compte par le code pénal ; s'il s'agit de l'aide à mourir, votre amendement est inopérant.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS466 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement vise à préserver la liberté de conscience et de pratique des hospitaliers.

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

Amendement AS157 de Mme Marie-France Lorho

M. Christophe Bentz (RN). Il s'agit d'un amendement de précision visant à remplacer, à l'alinéa 3, le mot « perturbant » par « empêchant », déjà utilisé dans l'alinéa précédent : en effet, on peut perturber sans empêcher l'accès.

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

Amendement AS149 de Mme Marie-France Lorho

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

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

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS663 de Mme Élise Leboucher.

Amendement AS17 de M. Fabien Di Filippo

Mme Sylvie Bonnet (DR). L'amendement vise à supprimer l'alinéa 4.

La notion de pression morale et psychologique est trop vague et risque de donner lieu à de nombreuses dérives. Il est essentiel de laisser à chacun la liberté de livrer son ressenti à un proche qui exprime son désir de mort. Une telle intrusion dans l'intimité des familles et une telle atteinte à la liberté de conscience et d'expression de chacun ne doivent pas être permises.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Vous estimez que cette notion est trop vague. À ce sujet, je fais confiance à la police judiciaire et aux juridictions pénales pour établir une jurisprudence respectueuse à la fois de l'intention du législateur et de la juste mesure des relations interpersonnelles.

Par ailleurs, je souscris à votre propos sur la liberté de chacun de livrer son ressenti à un proche exprimant son désir de mort. À cet égard, votre amendement est satisfait.

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

Amendement AS159 de Mme Marie-France Lorho

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

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

Amendement AS180 de Mme Marie-France Lorho

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

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

Amendements identiques AS412 de Mme Lisette Pollet et AS468 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Lisette Pollet (RN). Permettre à des associations d'exercer une action civile dans ce domaine revient à instaurer une police idéologique. Cet amendement vise à empêcher que le débat sur la fin de vie ne soit judiciairisé au profit d'un camp militant.

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

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle **rejette** l'amendement AS660 de M. Christophe Bentz.*

Amendement AS467 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L’amendement vise à éviter une rupture grave avec l’esprit du droit français en matière de fin de vie. Depuis les lois de 2005 et de 2016, le cadre de la fin de vie repose sur la collégialité, le dialogue, le doute et l’accompagnement.

Le délit d’entrave, tel qu’il est prévu, fait peser un risque réel de censure de la parole des proches, des soignants et des associations. Il ne peut être question d’assimiler le conseil, le soutien ou l’expression d’un désaccord à une entrave. Cet amendement ne fragilise pas le dispositif et permet le dialogue humain, indispensable pour prendre une décision aussi grave.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. L’article 17 ne risque pas de restreindre la liberté d’expression, de conseil ou de soutien des proches, des soignants et des associations. Il restreint seulement la diffusion ou la transmission d’allégations ou d’indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif.

Si vous ne proférez aucune *fake news*, que vous soyez le mari, l’infirmière, la présidente d’une association d’accompagnement aux soins palliatifs, l’ami, le rabbin, le pasteur ou la psychologue d’une personne malade, vous pourrez lui dire que vous êtes contre l’aide à mourir, lui suggérer d’y renoncer, l’inviter à bien y réfléchir, lui proposer la lecture d’un éditorial conservateur ou lui faire savoir que vous préféreriez rester plus longtemps auprès d’elle. Il ne sera pas interdit de dire ce que l’on pense.

Avis défavorable.

M. Philippe Vigier (Dem). Dans l’exposé sommaire de son amendement, Mme Dogor-Such donne quitus à la présente proposition de loi, qui prévoit bien l’accompagnement, la collégialité et le doute – le demandeur ayant la possibilité de renoncer. Ce texte s’inscrit donc bien dans la droite ligne des précédentes lois consacrées à la fin de vie.

*La commission **rejette** l’amendement.*

Amendement AS72 de M. Patrick Hetzel

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

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

Amendement AS413 de Mme Lisette Pollet

Mme Lisette Pollet (RN). Cet amendement a pour but de créer un délit d’entrave à la mise en œuvre de la clause de conscience, afin de protéger concrètement les soignants contre les pressions idéologiques, hiérarchiques ou économiques.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. La clause de conscience individuelle fait partie intégrante de notre droit et nul ne la remet en cause.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS291 de Mme Justine Gruet, AS709 de M. Frédéric Valletoux, AS377 de Mme Marie-France Lorho et AS615 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). La protection de la liberté de la volonté implique de prévenir le risque inverse, qui résulterait de l'action de personnes ou d'organisations cherchant à inciter, à pousser ou à orienter une personne vers l'aide à mourir, au moyen de pressions, de manœuvres, de menaces, ou d'informations volontairement trompeuses.

C'est pourquoi mon amendement vise à créer un délit d'incitation à recourir à l'aide à mourir. Vous ne pouvez la nier et continuer de vous opposer à l'intégration de cette réciprocité ; ce faisant, vous exposez les professionnels de santé au risque de se retrouver dans une situation délictuelle lorsqu'ils proposeront une solution alternative de soin et d'accompagnement.

Lorsque quelqu'un demande une information sur l'aide à mourir, lui proposer une solution alternative ne doit pas être perçu comme un délit d'entrave, mais comme une volonté de continuer de l'accompagner.

M. le président Frédéric Valletoux. L'amendement AS709 est le seul que j'ai déposé à l'occasion de cette deuxième lecture, en tenant compte de nos débats en première lecture. Il vise à préciser que fournir une information sur l'aide à mourir ne constitue pas une infraction.

Je suis devenu favorable à la création du droit à l'aide à mourir, mais je suis convaincu que la volonté de l'exercer doit être libre et éclairée ; c'est pourquoi la rédaction du texte doit être équilibrée.

Nous devons entendre les inquiétudes légitimes d'une partie non négligeable des soignants et de la société civile. Des personnes vulnérables pourraient subir des pressions de la part de leur entourage. Ce risque n'est ni massif ni systématique, mais il existe ; la rédaction du texte de loi doit en tenir compte, notamment en encadrant le droit à l'aide à mourir.

Plusieurs d'entre vous l'ont répété, le code pénal serait suffisant pour réprimer l'abus de faiblesse ; toutefois, les dispositions prévues en son article 223-15-2 pourraient ne pas s'appliquer parfaitement à l'aide à mourir. Le droit instauré par le vote de cette loi créerait une situation nouvelle, qui demanderait un dispositif spécifique.

Comme l'a écrit la Cour de cassation dans sa jurisprudence, le code pénal prévoit que « *l'acte obtenu de la victime doit être de nature à lui causer un grave préjudice* ». Autrement dit, si des pressions ne sont pas suivies d'effet et n'emportent pas d'action de la personne qui les subit, il n'y aurait pas lieu de condamner ; c'est évidemment inapplicable au droit que nous créons.

Cet amendement d'équilibre ne menace ni le droit à l'information ni le droit de demander l'aide à mourir. Il répond à une aspiration assez forte, visant à concilier le respect de la dignité individuelle et un encadrement rigoureux de la pratique de l'aide à mourir.

M. Christophe Bentz (RN). Nous regrettons que le délit d'entrave n'ait pas été supprimé. Il me paraît très important d'inscrire dans ce texte, par un effet miroir, la création d'un délit d'incitation à l'aide à mourir et au suicide.

Il est en effet très grave d'inciter, de faire pression, de manœuvrer et d'influencer quelqu'un pour qu'il se suicide. C'est sur ce point précis que ce texte vient percuter la politique nationale de prévention du suicide, menée depuis des décennies.

Cependant, dans une recherche d'efficacité, je retire les amendements AS377 et AS615 au profit de l'amendement AS709 du président Valletoux.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Votre amendement me donne l'occasion de vous remercier, monsieur le président, pour la façon dont, l'année dernière comme cette année, vous permettez à nos débats de se tenir sereinement, en dépit de nos divergences.

Par cet amendement, vous souhaitez créer un délit dont l'élément matériel serait l'exercice de pressions et l'élément intentionnel le souhait d'inciter au recours à l'aide à mourir.

Aucun des rapporteurs ni aucun des députés favorables au texte ne souhaite que de telles actions soient commises. C'est précisément pour cette raison que la proposition de loi prévoit déjà de nombreuses vérifications du caractère propre et libre de la demande : à l'article 2, la formulation « personne qui en a exprimé la demande » ; à l'article 4, « être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée » ; à l'article 5, « le médecin [...] indique à la personne qu'elle peut renoncer, à tout moment, à sa demande » ; à l'article 6 sont prévues de nouvelles étapes de « confirmation de la demande » et d'évaluation du « caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté » ; à l'article 9, la formulation « le médecin ou l'infirmier [...] veille à ce que la personne ne subisse aucune pression de la part des personnes qui l'accompagnent pour procéder ou renoncer à l'administration de la substance létale ».

De plus, vous prévoyez une aggravation des peines en cas d'abus de faiblesse. D'une part, je ne peux soutenir un renforcement des peines pour des faits délictuels dont je ne perçois pas la substance. D'autre part, qu'il s'agisse des sujets qui nous occupent comme de tous les aspects de la vie en société, l'abus d'une personne en raison de sa vulnérabilité est déjà réprimé par le code pénal.

Enfin, vous rappelez que fournir des informations sur les modalités d'exercice du droit à l'aide à mourir n'est pas une infraction. L'article 17 prévoit que l'information sincère, loyale, juste et nuancée n'est pas réprimée, qu'elle soit favorable ou défavorable à l'aide à mourir. Par conséquent, donner un renseignement sur la façon de recourir à ce nouveau droit ne saurait être en soi l'exercice d'une pression ; symétriquement, mobiliser des arguments défavorables ne sera jamais interdit.

Je m'oppose donc aux deux premiers alinéas proposés par votre amendement, monsieur le président, et je considère le dernier comme satisfait. Avis défavorable.

M. Patrick Hetzel (DR). Madame la rapporteure, vos propos posent un problème : le dispositif de contrôle prévu opère *a posteriori* et il n'existe aucun dispositif de contrôle *a priori*.

Ne nous voilons pas la face, les abus de faiblesse existent : chaque année, on dénombre entre 450 et 600 condamnations pour ce motif. Ce risque pèsera bien évidemment sur le nouveau droit que nous nous apprêtons à créer.

Ce texte ne présente pas l'équilibre nécessaire : les sanctions prévues pour le délit d'entrave sont très lourdes, alors qu'aucune n'est prévue en miroir. Rappelons en outre que la mesure que nous défendons est demandée par les professionnels de santé eux-mêmes.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Je suis défavorable à ces amendements visant à créer un délit d'incitation. Tout au long de la procédure, différents dispositifs permettent de prévenir tout risque de pression, notamment depuis l'adoption d'un amendement du rapporteur Stéphane Delautrette.

Le code pénal prévoit une infraction d'incitation, mais uniquement l'incitation à commettre des crimes et délits répertoriés. De plus, l'infraction d'abus de faiblesse permet déjà de couvrir les cas de figure qui pourraient advenir.

L'incitation à recourir à l'aide à mourir ne doit pas intégrer notre code et il n'y a pas lieu d'appliquer un effet miroir ou de trouver un équilibre. Il ne s'agit pas de faire plaisir à ceux qui rejettent le délit d'entrave, qui existe déjà pour l'IVG.

M. le président Frédéric Valletoux. La tentative de commettre un délit ne peut être sanctionnée que si la loi le prévoit – c'est le cas pour la tentative de vol, par exemple. Or, si le délit d'abus de faiblesse existe, il n'en va pas de même pour la

tentative d'abus de faiblesse. Il s'agit donc, par effet miroir, de l'intégrer à l'article 17. Je défends ce texte en cherchant à trouver l'équilibre qui permettra de le rendre acceptable par la société.

*Les amendements AS377 et AS615 ayant été **retirés**, la commission **rejette** successivement les amendements AS291 et AS709.*

*Puis elle **adopte** l'article 17 **modifié**.*

CHAPITRE VII Dispositions diverses

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

Amendement de suppression AS388 de M. Thibault Bazin

Mme Justine Gruet (DR). L'article 18 prévoit de rembourser les frais afférents à l'euthanasie et au suicide assisté. Cependant, considérant que ce ne sont pas des soins, peuvent-ils par principe faire partie du panier de soins remboursés par l'assurance maladie ?

Par ailleurs, cette disposition ne dépasse-t-elle pas le champ de la liberté individuelle ?

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Il est important que ne soient exigés aucune avance de frais ni aucun reste à charge pour les affiliés à la sécurité sociale.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Existe-t-il des exemples d'actes pris en charge par la sécurité sociale alors que ce ne sont pas des soins ?

M. le président Frédéric Valletoux. Certains aliments sont pris en charge ; pour ma part, j'aimerais que le sport sur ordonnance le soit – il l'est déjà, mais de façon marginale.

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

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS664 de Mme Élise Leboucher.*

Amendement AS85 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). L'amendement vise à supprimer les alinéas 4 à 9. Tels qu'ils sont rédigés, le nouveau régime de financement dérogatoire concernant l'euthanasie et le suicide assisté serait plus favorable que celui s'appliquant aux soins palliatifs.

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

Amendement AS469 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'article 4 exclut explicitement les mineurs du dispositif ; maintenir leur mention à l'article 18 crée une incohérence rédactionnelle inutile et source de confusion. Supprimer les termes « les mineurs » permet de sécuriser la lisibilité du texte. Sur un sujet aussi sensible, la cohérence interne de la loi est une exigence minimale.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. J'avais préparé une longue argumentation, mais je vous ai déjà expliqué l'an dernier pourquoi cet amendement est inopérant.

Avis défavorable.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Il s'agit d'un amendement de cohérence, tout simplement !

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

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS665 de Mme Élise Leboucher.*

Amendement AS708 de Mme Élise Leboucher

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). L'amendement vise à préciser que les actes réalisés par les professionnels de santé concourant à la mise en œuvre d'une aide à mourir sont enregistrés sur la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. Le rapporteur Stéphane Delautrette avait évoqué ce point lors de l'examen de l'article 11.

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

Amendements AS295 et AS296 de Mme Justine Gruet, amendement AS533 de M. Thomas Ménagé (discussion commune)

M. Théo Bernhardt (RN). L'amendement AS533 est défendu.

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

*Puis elle **adopte** l'article 18 **modifié**.*

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

Amendement AS563 de M. Julien Odoul

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

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

Amendements rédactionnels AS666 de Mme Élise Leboucher et AS150 de Mme Marie-France Lorho (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS150 est défendu.

*La commission **adopte** l'amendement AS666.*

*En conséquence, l'amendement AS150 **tombe**.*

Amendements AS211 et AS297 de Mme Justine Gruet, AS118 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS559 de M. Julien Odoul et AS534 de M. Thomas Ménagé (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS559 est défendu.

M. Théo Bernhardt (RN). L'amendement AS534 est défendu.

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

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle **rejette** l'amendement AS414 de Mme Lisette Pollet.*

Amendement AS560 de M. Julien Odoul

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

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

Amendement AS148 de Mme Marie-France Lorho

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

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

*Puis elle **adopte** l'article 19 **modifié**.*

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

*La commission **adopte** l'article 19 bis **non modifié**.*

Article 20 : *Gage financier*

La commission confirme la suppression de l'article 20.

Titre

Amendements AS370 de M. Thibault Bazin, AS212 et AS213 de Mme Justine Gruet, AS335 de M. Matthias Renault, AS661 et AS662 de M. Christophe Bentz, AS1 de M. Fabien Di Filippo (discussion commune)

M. Patrick Hetzel (DR). Nous revenons sur une question que nous avons évoquée à l'ouverture de nos travaux. Le terme « droit à l'aide à mourir » est une euphémisation : il faut nommer les choses. C'est pourquoi, avec Thibault Bazin et plusieurs autres collègues, nous proposons, par l'amendement AS370, de substituer aux mots « droit à l'aide à mourir », les mots « à la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie ».

Mme Justine Gruet (DR). Il faut en effet porter attention à la sémantique et différencier l'auto-administration et l'administration par un tiers. Que vous le vouliez ou non, ce ne sont pas les mêmes gestes. Il est essentiel qu'on les distingue, tant pour le patient que pour les professionnels de santé, les proches et la société. Tel est l'objet de l'amendement AS212. L'amendement précédent me paraît également intéressant, en ce qu'il établit une différenciation entre un droit nouveau et la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie.

Nous avons dénoncé, en amont des débats, la précipitation avec laquelle ce texte a été réinscrit à l'ordre du jour de l'Assemblée. On nous avait accordé trois jours de débat : nous avons examiné la proposition de loi en un jour et demi, avec une minute pour présenter chaque amendement. (*Exclamations.*) Finalement, vous démontrez, par votre attitude, que vous rejetez toute idée nouvelle, tout débat de fond.

L'éthique nous plonge dans l'incertitude, suscite des questionnements : que l'on soit en troisième lecture n'y change rien. Je déplore que vous n'ayez pas voulu entendre certains arguments. Je ne me suis pas livrée à une obstruction sur la forme mais me suis opposée, sur le fond, à certaines dispositions, en invoquant des éléments qui me paraissaient essentiels. J'espère que nous pourrions revenir, en séance, sur certains points au sujet desquels nous continuons à nous interroger. La considération que nous devons porter aux patients, aux professionnels de santé et à la société nous impose d'avoir ce débat de fond, ce débat relatif à l'éthique, dans l'hémicycle – un peu plus, en tout cas, que cela n'a été le cas en commission. J'éprouve, en cet instant, un sentiment d'inachevé.

M. Matthias Renault (RN). Le titre de ce texte – « proposition de loi relative à l'aide à mourir » – relève d'une novlangue militante que nous regrettons. Les termes de « suicide assisté » et d'« euthanasie » devraient y figurer. On aurait également pu parler d'un service public de l'euthanasie et du suicide assisté. Dire que l'on crée, par cette loi, un service public n'est pas une provocation, c'est un constat. L'application de la loi, jusqu'à l'acte entraînant la mort, impliquera des

agents publics dans des établissements publics de soins. Or certains de nos voisins suivent d'autres modèles. En Suisse, par exemple, le suicide assisté est géré par le milieu associatif ; le geste n'est pas pratiqué par des personnels de soins. En Autriche, l'apport de l'État se limite à autoriser l'accès à une substance létale ; après un délai de réflexion de trois mois, la personne va chercher cette substance en pharmacie puis se débrouille avec, pour ainsi dire. Il s'agit d'un modèle fondé sur la responsabilité individuelle, alors que la présente loi crée bien – n'ayons pas peur des mots – un service public de l'euthanasie et du suicide assisté.

M. Christophe Bentz (RN). Les mots « droit à l'aide à mourir » sont euphémisés, impropres ou inadaptés. À notre sens, il ne peut pas y avoir de droit à mourir : il n'y a qu'un devoir de soigner. Le droit à l'aide à mourir n'est pas une aide car ce n'est pas un soin. Il est une seule chose essentielle : le devoir de la société de respecter la vie humaine jusqu'à sa fin.

Mme Sylvie Bonnet (DR). Cette proposition de loi vise à légaliser le suicide assisté et l'euthanasie. Même si, comme l'a souligné la présidente de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, « *le geste est peut-être trop difficile pour pouvoir être nommé et assumé politiquement* », il est essentiel d'indiquer clairement les objectifs de ce texte. L'amendement AS1 vise à ce que l'on fasse preuve d'honnêteté et à ce que l'on ne dissimule pas la réalité des actes qui seront accomplis afin de provoquer la fin de vie, à savoir l'administration par un praticien d'un médicament qui entraîne le décès du malade ou la remise par un praticien d'un médicament que le malade peut s'auto-administrer pour mourir.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Avis défavorable sur ces amendements.

M. Philippe Vigier (Dem). Je voudrais vous remercier, monsieur le président, pour la qualité de nos débats. Le texte que nous examinons n'est pas n'importe quel texte. Nous pouvons être fiers, en un moment comme celui-ci, d'être législateur, quelles que soient nos divergences et nos différences. Je voudrais également remercier, au nom du groupe Les Démocrates, Olivier Falorni, qui a accompli un travail formidable (*Applaudissements*), ainsi que les rapporteurs qui l'ont efficacement épaulé, dans leur diversité politique.

Madame Gruet, pour ma part, je n'éprouve pas un sentiment d'inachevé, bien au contraire. J'aurai toujours en mémoire cette nuit d'avril 2021 au cours de laquelle Olivier Falorni s'exprimait à la tribune pour défendre, avec nous, une proposition de loi relative à la fin de vie sur laquelle plusieurs milliers d'amendements avaient été déposés. Ce procédé avait donné une bien mauvaise image de l'Assemblée nationale. Quelles que soient nos divergences, accompagnons ce nouveau droit, en accord avec notre éthique, dans le respect. Pensons avant tout aux patients et aux soignants, à qui nous devons dire merci tous les jours.

La commission rejette successivement les amendements.

M. le président Frédéric Valletoux. Comme je l'avais fait au terme de nos travaux en commission au printemps dernier, je voudrais remercier l'ensemble d'entre vous pour la qualité de nos échanges, votre écoute et le sérieux avec lequel nous avons débattu.

Je n'éprouve pas du tout, moi non plus, un sentiment d'inachevé. C'est la troisième fois que notre commission se saisit du sujet. Les débats ont été plus courts qu'ils ne l'avaient été au printemps et lors du premier examen du texte, car les choses se précisent au fil des discussions. On ne refait pas entièrement le match à chaque fois. Il y a lieu de penser que, lors de l'examen en séance, nos débats ne porteront pas sur l'ensemble des dispositions du texte, comme cela a été le cas lors des lectures précédentes, mais se focaliseront sur quelques points.

Je me félicite de la bonne image que nous avons donnée collectivement et tiens à remercier à mon tour le rapporteur général et l'ensemble des rapporteurs, ainsi que les services. (*Applaudissements.*)

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je veux à mon tour vous remercier car la tenue, la qualité d'un débat au sein d'une assemblée dépend, pour une bonne part, de celui ou de celle qui la préside. Comme cela avait été le cas lors de la lecture précédente, monsieur le président, vous avez su le faire avec pondération et sens de l'équilibre – qualités indispensables lorsqu'on traite d'un sujet comme celui-ci. Je tiens également à remercier l'équipe des rapporteurs qui a travaillé avec moi : Brigitte Liso, Audrey Abadie-Amiel, qui nous a rejoints récemment et s'est parfaitement intégrée à l'équipe, Stéphane Delautrette et Élise Leboucher.

Quels que soient les positions de chacun et le vote qui interviendra dans quelques instants, nous pouvons vraiment être fiers du débat que nous venons d'avoir. Chaque fois que l'on aborde un sujet de société de cette importance, on est en proie à certaines interrogations. Nous sommes quelques députés, un peu plus anciens, à avoir participé à d'autres débats de société qui, il faut le reconnaître, n'étaient pas du même niveau, même s'ils ont laissé des traces dans les mémoires et, pour certains d'entre eux, sont à présent quasi unanimement salués.

J'ai le sentiment que, pour notre part, nous avons su élever le débat. Dans une période où l'Assemblée nationale est régulièrement critiquée, parfois à tort, souvent à raison, pour son incapacité à légiférer sereinement et de façon constructive, nous avons réussi à atteindre cet objectif. Nous pouvons nourrir des désaccords ; nous pouvons être, qui favorable, qui opposé au texte, mais, au terme de nos échanges, j'éprouve une certaine fierté pour le travail accompli. Nous n'avons pas bâclé l'ouvrage ; nous avons apporté une réponse à tous les amendements, en essayant de le faire avec sincérité, en exprimant nos convictions. Si vous votiez ce texte, comme je vous y invite, vous renforceriez sa solidité, sa cohérence et son caractère équilibré, ce qui nous permettrait d'aborder dans les meilleures conditions son examen en séance dans quelques jours.

Je remercie l'ensemble des députés ici présents. Je tiens notamment à saluer ceux qui sont animés par des convictions différentes, voire diamétralement opposées aux miennes et qui ont, tout au long du débat, su faire preuve de respect à mon égard – ce qui, je dois vous l'avouer, n'est pas forcément le cas ailleurs, en particulier sur les réseaux sociaux – comme à l'égard des autres députés. (*Applaudissements.*)

*La commission **adopte** l'ensemble de la proposition de loi **modifiée**. (Applaudissements.)*

*

* *

*En conséquence, la commission des affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'**adopter** la présente proposition de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport.*

– Texte adopté par la commission : <https://assnat.fr/jCJRTE>

– Texte comparatif : <https://assnat.fr/MYRpBg>

ANNEXE :
TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À
L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI

Proposition de loi	Dispositions en vigueur modifiées	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
2	Code de la santé publique	L. 1111-12-1 <i>[nouveau]</i>
3	Code de la santé publique	L. 1110-5
4	Code de la santé publique	L. 1111-12-2 <i>[nouveau]</i>
5	Code de la santé publique	L. 1111-12-3 <i>[nouveau]</i>
6	Code de la santé publique	L. 1111-12-4 <i>[nouveau]</i>
7	Code de la santé publique	L. 1111-12-5 <i>[nouveau]</i>
8	Code de la santé publique	L. 1111-12-6 <i>[nouveau]</i>
9	Code de la santé publique	L. 1111-12-7 <i>[nouveau]</i>
10	Code de la santé publique	L. 1111-12-8 <i>[nouveau]</i>
11	Code de la santé publique	L. 1111-12-9 <i>[nouveau]</i>
12	Code de la santé publique	L. 1111-12-10 <i>[nouveau]</i>
13	Code de la santé publique	L. 1111-12-11 <i>[nouveau]</i>
14	Code de la santé publique	L. 1111-12-12 <i>[nouveau]</i>
15	Code de la santé publique	L. 1111-12-13 <i>[nouveau]</i>
16	Code de la sécurité sociale	L. 161-37
	Code de la santé publique	L. 5121-1, L. 5121-14-3, L. 5126-6 et L. 5311-1
17	Code de la santé publique	L. 1115-4 <i>[nouveau]</i>

18	Code de la sécurité sociale	L. 160-8, L. 160-14 et L. 160-15
19	Code des assurances	L. 132-7
	Code de la mutualité	L. 223-9