



N° 2915

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 11 juin 2026.

RAPPORT

FAIT

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

PAR M. PHILIPPE VIGIER,
Rapporteur général,

ET

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{re} lecture : **1100, 1364** et T.A. **122**.
2^e lecture : **2401, 2453** et T.A. **243**.
Commission mixte paritaire : **2861**.
Nouvelle lecture : **2773**.

Sénat : 1^{re} lecture : **661** (2024-2025), **264, 265, 256** et T. **43** (2025-2026).
2^e lecture : **440, 586, 587** et T. **109** (2025-2026).
Commission mixte paritaire : **680** et **681** (2025-2026).

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	5
COMMENTAIRE DES ARTICLES	7
Chapitre I ^{er} – Définition	7
<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.....	7
<i>Articles 2 et 3</i> : Définition du droit à l'aide à mourir.....	10
Chapitre II – Conditions d'accès.....	18
<i>Article 4</i> : Conditions d'accès à l'aide à mourir	18
Chapitre III – Procédure	25
<i>Article 5</i> : Demande d'accès à l'aide à mourir	25
<i>Article 6</i> : Procédure d'examen de la demande d'aide à mourir jusqu'à la prescription de la substance létale	31
<i>Article 7</i> : Détermination de la date d'administration de la substance létale et droits de la personne.....	41
<i>Article 8</i> : Circuit de préparation et de délivrance de la substance létale.....	46
<i>Article 9</i> : Accompagnement de la personne pendant l'administration, modalités de cette administration et devenir de la substance létale non utilisée	49
<i>Article 10</i> : Arrêt des procédures	56
<i>Article 11</i> : Création d'un système d'information pour le suivi de la procédure.....	59
<i>Article 12</i> : Recours contre la décision d'aide à mourir	63
<i>Article 13</i> : Mesures réglementaires d'application	70
Chapitre IV – Clause de conscience	75
<i>Article 14</i> : Création d'une clause de conscience spécifique.....	75

Chapitre V – Contrôle et évaluation	80
<i>Article 15</i> : Création d’une commission de contrôle et d’évaluation.....	80
<i>Article 16</i> : Définition des substances létales autorisées.....	86
Chapitre VI – Dispositions pénales	89
<i>Article 17</i> : Délit d’entrave à l’aide à mourir.....	89
Chapitre VII – Dispositions diverses	93
<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	93
<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	96
<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.....	99
<i>Article 20</i> : Gage financier	101
<i>Titre</i> : Proposition de loi relative au droit à l’aide à mourir	102
TRAVAUX DE LA COMMISSION	103
1. Réunion du lundi 8 juin 2026 à 16 heures (article 1 ^{er} à article 4).....	103
2. Réunion du lundi 8 juin 2026 à 21 heures 30 (article 4 [suite] à article 5).....	161
3. Réunion du mardi 9 juin 2026 à 21 heures 30 (article 5)	192
4. Réunion du mercredi 10 juin 2026 à 9 heures 30 (article 6 et article 7).....	230
5. Réunion du mercredi 10 juin 2026 à 15 heures (article 8 à article 20 et titre).....	281

AVANT-PROPOS

Le Sénat a choisi de rejeter, en deuxième lecture, la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir, adoptée par l'Assemblée nationale et modifiée par la commission des affaires sociales de la chambre haute. Le Premier ministre a provoqué la réunion d'une commission mixte paritaire, qui, réunie le 19 mai 2026, n'est pas parvenue à élaborer de texte commun. La proposition de loi déposée par M. Olivier Falorni au mois de mars 2025, adoptée par l'Assemblée nationale en première puis en deuxième lecture, est par conséquent une fois de plus inscrite à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale, en nouvelle lecture.

Les rapporteurs constatent que la position sénatoriale a permis à l'Assemblée nationale d'examiner, à chacune des étapes de la procédure législative, le texte qu'elle avait adopté lors de la lecture précédente, qu'elle n'a eu de cesse de consolider. Sans tenir compte des amendements adoptés lors de l'examen, en 2024, du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, ce texte a été enrichi depuis la première lecture par plus de 270 amendements, adoptés à l'initiative de la quasi-totalité des groupes composant l'Assemblée nationale.

Au moment où l'examen de ce texte va débiter en séance publique, le rapporteur général Philippe Vigier estime que celui-ci a atteint un point d'équilibre, en reconnaissant aux malades un droit nouveau tout en garantissant aux professionnels la liberté d'y concourir ou non et en assurant à tous – malades, professionnels et proches – les indispensables garanties procédurales attachées à un tel acte.

Pourtant, certains disent soit par méconnaissance, soit par malveillance, que cette proposition de loi aurait été privée de ses garde-fous au fil de son examen. Tout au contraire, ce texte s'est vu, le plus souvent à l'initiative des rapporteurs, progressivement enrichi de nouveaux éléments de sécurisation. Le rapporteur général rappelle ainsi que l'Assemblée nationale a confirmé à l'article 4 qu'une souffrance psychologique seule ne peut permettre de bénéficier de l'aide à mourir. Plus généralement, l'ensemble de la procédure a été sécurisée, du dépôt de la demande d'aide à mourir dans les conditions prévues à l'article 5 jusqu'à l'administration de la substance létale, selon les modalités définies à l'article 9. Notamment, la décision du médecin instructeur de la demande, qui présente toutes les garanties d'impartialité, est désormais prise à l'issue d'une véritable procédure collégiale. En outre, les motifs d'arrêt de la procédure ont été complétés, les conséquences judiciaires d'éventuelles pressions ont été précisées et le contrôle *a posteriori* de la procédure a été conforté. À titre d'exemple, l'article 9 et l'article 10 ont été modifiés pour prévoir que le médecin ou l'infirmier qui accompagne la personne s'assure qu'elle ne subisse aucune pression le jour de l'administration de la substance létale et pour préciser les actions que ce professionnel devrait mettre en œuvre le cas échéant. La sécurisation de la procédure d'aide à mourir a également pris la forme de l'encadrement de l'accès aux informations médicales concernant la personne

demandant l'aide à mourir et du partage de ces données, qui ont fait l'objet d'amendements aux articles 6, 11 et 15. En somme, ce texte est tout entier centré autour du malade, puisque lui seul est en mesure de formuler sa demande et de réitérer sa volonté d'accéder à l'aide à mourir.

Tout en introduisant ces nouvelles garanties, les députés n'ont assoupli ni les critères d'accès à l'aide à mourir, ni les modalités de leur appréciation. S'ils ont certes adopté en première ou en deuxième lecture des modifications interprétées par certains comme des élargissements de l'accès au droit à l'aide à mourir, toutes les secondes délibérations demandées par la commission ou par le Gouvernement ont permis de rétablir le texte dans sa rédaction antérieure. En tout état de cause, elles ont permis aux députés de poursuivre des débats importants concernant en particulier les modalités d'administration de la substance létale.

Avec la conviction d'avoir abouti à un texte équilibré, sécurisé et juste, les rapporteurs forment le vœu, d'une part, que l'examen en séance publique permette aux députés d'effectuer les ultimes améliorations rédactionnelles ou procédurales qui se révéleraient nécessaires ; et, d'autre part, que l'Assemblée nationale délibère dans le même esprit que celui dans lequel les parlementaires ont abordé ces débats avec constance depuis 2024, qui ont permis à chacun d'exprimer aussi bien ses doutes que ses convictions, dans des conditions honorant la représentation nationale.

L'adoption de ce texte constituerait une réponse à la détresse immense de malades, dont le pronostic vital est engagé, et pour lesquels aucune thérapeutique ne peut apporter l'espoir d'une guérison. Ainsi, nul ne pourra dire que ce texte, qui constitue un droit en plus et non un droit en moins, n'est pas attendu par une majorité de Français. Dans l'hypothèse cumulative où le Sénat déciderait pour la troisième fois de n'adopter aucun texte et où le Gouvernement demanderait à l'Assemblée nationale de statuer définitivement, les députés pourraient adopter cette proposition de loi en étant convaincus qu'elle exprime la volonté générale.

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.

Première lecture

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).

Deuxième lecture

Sort à l'Assemblée nationale : adopté sans modification.

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 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 1^{er} du titre 1^{er} du livre 1^{er} 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⁾. Les rapporteurs du projet de loi de 2024 avaient finalement choisi de codifier ces dispositions dans une nouvelle section 2 *bis* du même chapitre, et non dans la section 2 mentionnée dans l'avis du Conseil d'État. Ce choix paraît 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 avait adopté cet article sans modification.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

- La commission des affaires sociales avait adopté cet article sans modification, mais non sans avoir formulé certaines réserves quant à l'emplacement retenu pour codifier les dispositions relatives à l'aide à mourir. Les rapporteurs avaient en effet estimé que celles-ci auraient pu figurer dans le chapitre préliminaire du même titre, relatif aux droits des personnes, ce qui aurait rapproché 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 soulignant l'importance compte tenu de l'emplacement de ce chapitre au sein du code ⁽²⁾.

- Le Sénat avait ensuite adopté cet article sans modification avant de rejeter l'ensemble de la proposition de loi.

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

La commission des affaires sociales puis l'Assemblée nationale ont adopté cet article sans modification.

(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.

(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, pp. 24-25.

V. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

La commission a adopté cet article sans modification mais non sans avoir réitéré ses observations concernant l'emplacement retenu pour codifier les dispositions relatives au droit à l'aide à mourir qui, d'après les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, auraient plus naturellement trouvé place dans le chapitre préliminaire du code de la santé publique.

Les rapporteurs ont toutefois estimé « *secondaire de modifier le texte sur ce point* » compte tenu aussi bien du nombre des coordinations qu'aurait appelées ce changement que de la priorité donnée à la modification des équilibres fondamentaux de la proposition de loi ⁽¹⁾.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE

Suivant l'avis de la commission mais contre celui du Gouvernement, le Sénat a adopté l'amendement n° 696 rectifié de M. Louis-Jean de Nicolaÿ et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains modifiant l'intitulé du chapitre I^{er} pour y faire référence non plus seulement à la fin de vie, mais à « *l'accompagnement de la fin de vie* » (« *Information des usagers du système de santé, expression de leur volonté et accompagnement de la fin de vie* »).

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

VI. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN NOUVELLE LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté l'article 1^{er} sans modification.

*

* *

(1) Cf. le rapport n° 586 (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 en deuxième lecture, relative au droit à l'aide à mourir, enregistré à la Présidence du Sénat le 7 janvier 2026, p. 25.

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

Adoptés sans modification

Origine de l'article : proposition de loi.

Première lecture

Sort à l'Assemblée nationale : modifiés.

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

Deuxième lecture

Sort à l'Assemblée nationale : article 2 modifié et article 3 adopté sans modification.

Sort au Sénat : article 2 modifié et article 3 supprimé (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

(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.

respecté ses règles de mise en œuvre. La dépenalisation 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, dans leur rédaction résultant des articles 4 à 13 de cette proposition de loi.

● L'article 3 reprend les dispositions de l'article 4 *quater* 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

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES À L'ARTICLE 2

La commission des affaires sociales avait adopté des amendements supprimant la condition d'incapacité physique déterminant la possibilité d'administration de la substance létale par un tiers et modifiant la dénomination de l'aide à mourir en y associant la notion de droit (« *droit à l'aide à mourir* »). Le titre de la proposition de loi avait ensuite été modifié en conséquence ⁽¹⁾. Lors de l'examen en séance, l'Assemblée nationale était revenue sur la première de ces modifications en rétablissant la priorité donnée à l'auto-administration sur l'administration par un tiers.

B. 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.

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

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES À L'ARTICLE 2

- La commission des affaires sociales du Sénat avait adopté un amendement 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 prévoyait 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 disposait 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 avait 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.

- Le Sénat avait ensuite adopté un amendement de rédaction globale de l'article 2 insérant dans le code de la santé publique un article L. 1110-5-2-1 disposant que toute personne a droit au meilleur soulagement possible de sa souffrance ; affirmant 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 ; précisant les obligations incombant au médecin pour soulager des souffrances réfractaires ; et qualifiant d'opposable le droit qu'il définit.

Le Sénat avait finalement rejeté l'ensemble du texte.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES À L'ARTICLE 3

- La commission des affaires sociales avait adopté un amendement 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, cet amendement prévoyait qu'un médecin ne fût jamais tenu d'informer une personne de la possibilité de recourir à une substance létale dans le cadre de l'« *assistance médicale à mourir* », y compris lorsque son pronostic vital est engagé à court terme.

- Le Sénat avait ensuite rejeté cet article, puis l'ensemble de la proposition de loi.

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

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

- 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 rendait nécessaires des modifications rédactionnelles.

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 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.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

- Contre l'avis de la commission et du Gouvernement, l'Assemblée nationale a d'abord adopté les amendements n° 103 de Mme Océane Godard et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste et apparentés et n° 893 de Mme Stella Dupont (Non-inscrite) supprimant la condition d'incapacité physique pour que la substance létale soit administrée par un tiers et permettant à la personne de choisir entre les deux modes d'administration définis par cet article.

Ces amendements ayant été adoptés par une voix d'avance ⁽¹⁾ quelques instants après que l'Assemblée eut rejeté des amendements d'une portée analogue ⁽²⁾, et plusieurs députés ayant indiqué avoir voulu voter dans un sens différent ⁽³⁾, la commission a demandé une seconde délibération. À l'occasion de celle-ci, l'Assemblée nationale a adopté l'amendement n° 3 du président Frédéric Valletoux rétablissant la rédaction issue des travaux de la commission ⁽⁴⁾.

Aussi, l'Assemblée nationale a finalement adopté l'article 2 dans sa rédaction résultant des délibérations de la commission des affaires sociales.

- L'Assemblée nationale a adopté l'article 3 sans modification.

V. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

1. Les modifications apportées à l'article 2

- La commission a rétabli, moyennant plusieurs modifications, le dispositif d'assistance médicale à mourir élaboré en première lecture. À l'initiative des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, elle a adopté à cette fin :

- un amendement n° COM-52 remplaçant la notion de droit à l'aide à mourir par celle d'assistance médicale à mourir dans l'intitulé de la nouvelle section 2 *bis* du code de la santé publique ;

- un amendement n° COM-53 modifiant l'intitulé de la sous-section 1, relative à la définition de l'aide à mourir, de ladite section 2 *bis*, pour lui donner le titre de « *Situations dans lesquelles peut être pratiquée une assistance médicale à mourir* », cette modification étant motivée par le refus que cette sous-section définisse un nouveau droit ⁽⁵⁾ ;

(1) Par 71 voix contre 70 et deux abstentions. Cf. l'analyse du scrutin n° 5528 sur l'amendement n° 103 de Mme Océane Godard et l'amendement identique suivant à l'article 2 de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir (deuxième lecture).

(2) Notamment les amendements n° 101 et identiques, qui ont été mis aux voix à l'issue d'une discussion commune précédant l'appel des amendements n° 103 et identique. Ces amendements supprimaient la condition d'incapacité physique sans faire référence à la possibilité pour la personne de choisir l'un des deux modes d'administration.

(3) Cf. l'analyse du scrutin n° 5528 précité.

(4) Cet amendement a été adopté par 192 voix pour contre 103, sept députés s'étant abstenus. Cf. l'analyse du scrutin n° 5720 sur l'amendement n° 3 de M. Valletoux à l'article 2 de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir (seconde délibération ; deuxième lecture).

(5) « La sous-section 1 n'a pas vocation à définir un droit nouveau mais à préciser les situations dans lesquelles des professionnels de santé pourraient pratiquer une assistance médicale à mourir » (exposé sommaire de l'amendement n° COM-53).

— un amendement n° COM-54 rétablissant la définition de l'assistance médicale à mourir et de l'autorisation donnée aux professionnels de santé d'y concourir que la commission avait adoptée en première lecture, moyennant :

* d'une part, l'ajout d'une précision tenant au médecin ou à l'infirmier qui procèderait à l'administration de la substance létale dans le cas où la personne ne serait physiquement pas en mesure de se l'administrer elle-même. Ainsi, la commission a prévu que ce médecin ou cet infirmier devrait être volontaire et s'être déclaré à la commission de contrôle et de commission instituée par l'article 15. Si le volontariat des professionnels de santé pour procéder à cette administration se déduisait déjà des textes adoptés en première et en deuxième lecture par l'Assemblée nationale⁽¹⁾, la commission a fixé une nouvelle condition à la participation de ces professionnels à cette étape de la procédure en la subordonnant à leur déclaration préalable auprès de la commission de contrôle et d'évaluation. En effet, si le III de l'article L. 1111-12-12 du code de la santé publique créé par l'article 14 prévoit que les professionnels de santé disposés à participer à la mise en œuvre de la procédure d'aide à mourir se déclarent à cette commission, il n'érige pas cette inscription en condition de la participation desdits professionnels à cette procédure ;

* d'autre part, une reformulation de la rédaction du II du nouvel article L. 1111-12-1 du code de la santé publique définissant les conditions dans lesquelles les professionnels de santé concourant à la mise en œuvre d'une assistance médicale à mourir ne sont pas pénalement responsables au sens de l'article 122-4 du code pénal.

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 prévoyait 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 volontaire et déclaré auprès de la commission de contrôle et d'évaluation instituée par l'article 15. Son II disposait que les professionnels de santé agissant dans la procédure d'aide à mourir ne sont pas pénalement responsables au sens l'article 122-4 du code pénal.

Enfin, la commission a adopté l'amendement n° COM-55 des rapporteurs complétant l'article L. 1111-12-1 du code de la santé publique par un nouveau paragraphe III affirmant que l'assistance médicale à mourir ne relève pas du droit fondamental à la protection de la santé défini par l'article L. 1110-1 du même code.

(1) Ce volontariat découle en particulier de l'instauration, par l'article 14 de la proposition de loi, d'une clause de conscience spécifique couvrant l'ensemble des actes constituant la procédure d'aide à mourir – y compris, de toute évidence, l'administration de la substance létale.

Le droit fondamental à la protection de la santé au sens du code de la santé publique

« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels et les établissements de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes ou dispositifs participant à la prévention, aux soins ou à la coordination des soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les collectivités territoriales et leurs groupements, dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi, et avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. »

Source : article L. 1110-1 du code de la santé publique.

2. Les modifications apportées à l'article 3

- En adoptant l'amendement n° COM-56 des rapporteurs, la commission a rétabli, à l'article 3, la rédaction qu'elle avait adoptée en première lecture.

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, cet 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 l'« assistance médicale à mourir », y compris lorsque son pronostic vital est engagé à court terme. Cet ajout prenait la forme d'un nouvel article L. 1111-12-1-1 inséré dans le code de la santé publique après l'article définissant l'assistance médicale à mourir, suivant la terminologie retenue par la commission des affaires sociales du Sénat, ou le droit à l'aide à mourir, d'après la dénomination choisie par l'Assemblée nationale.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

1. Les modifications apportées à l'article 2

- Suivant l'avis de la commission mais contre celui du Gouvernement, le Sénat a adopté :

- un amendement n° 83 rect. de Mme Anne Chain-Larché et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains indiquant que le médecin qui instruit la demande d'aide à mourir « *est autorisé à* » prescrire une substance létale, et non qu'il « *peut* » prescrire cette substance ;

- un amendement n° 304 rect. *bis* de M. Dominique de Legge et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains remplaçant la référence aux modalités de mise en œuvre de l'assistance médicale à mourir « *prévues* » aux articles définissant les conditions d'accès et la procédure de mise en œuvre de cette assistance, par la mention des modalités « *strictement définies* » aux mêmes articles.

● Le Sénat a ensuite rejeté l'article 2 ⁽¹⁾, ce qui a motivé le dépôt, par les rapporteurs, d'amendements de suppression de chacun des articles suivants du texte (*cf. infra*).

2. Les modifications apportées à l'article 3

Contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a adopté l'amendement n° 458 rect. de M. David Margueritte et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains et l'amendement identique n° 733 de la commission de suppression de l'article 3. Le dépôt du second de ces amendements visait à tirer les conséquences du rejet de l'article 2 ⁽²⁾.

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

VI. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN NOUVELLE LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté les articles 2 et 3 sans modification.

*

* *

(1) *Scrutin n° 265 sur l'article 2 de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir (deuxième lecture), séance du 11 mai 2026. L'article a été rejeté par 151 voix contre 118, 58 sénateurs s'étant abstenus tandis que 21 n'ont pas pris part au vote.*

(2) « Le Sénat a supprimé l'article 2, qui porte le principe même de l'assistance médicale à mourir. / Dès lors, le maintien des autres dispositions, privées de leur fondement juridique, conduirait à l'adoption d'un dispositif incomplet, incohérent et inopérant. Il est donc proposé, par coordination, de supprimer l'ensemble des autres articles de la proposition de loi » (*exposé sommaire de l'amendement n° 733*).

CHAPITRE II Conditions d'accès

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

Adopté sans modification

Origine de l'article : proposition de loi.

Première lecture

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

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

Deuxième lecture

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 insère un nouvel article L. 1111-12-2 dans le code de la santé publique.

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

- Le 1^o de l'article L. 1111-12-2 subordonne l'accès au dispositif à la condition d'être **âgé « d'au moins 18 ans »**. Sont 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 l'estime susceptible d'entraîner le décès de manière certaine.

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* ⁽¹⁾ ». Il convient, en outre, de relever que la notion de « *phase avancée ou terminale* » est bien établie en droit puisqu'elle est **retenue par la loi dite « Claeys-Leonetti »** ⁽²⁾ tant pour l'accès aux traitements antalgiques et sédatifs en cas de souffrances réfractaires susceptibles d'avoir pour effet secondaire d'abrèger la vie ⁽³⁾ que pour la hiérarchisation des modalités d'expression de la volonté du patient en fin de vie ⁽⁴⁾.

● Le 4° subordonne l'accès au dispositif à l'existence d'une « **souffrance physique ou psychologique** » **directement causée par l'affection dont est atteinte la personne**. Elle 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 disponibles, appropriés à la situation du patient, ont été proposés et, le cas échéant, mis en œuvre sans obtenir le soulagement attendu, ou qu'ils entraînent des effets indésirables jugés inacceptables, ou encore que leurs effets thérapeutiques ne soient pas susceptibles de produire un bénéfice dans un délai considéré acceptable par le patient ⁽⁵⁾.

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.

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

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

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

(4) Article L. 1111-12 du même code.

(5) 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.

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 ⁽¹⁾. Elle implique également que la volonté, qui doit être réitérée de manière libre et éclairée à chaque étape jusqu'au terme de la procédure ⁽²⁾, 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, cet article avait fait l'objet de plusieurs ajustements résultant de l'adoption de huit amendements.

● Le 3^o de l'article L. 1111-12-2 du code de la santé publique créé par cet article, relatif à la **caractérisation de l'affection** ouvrant droit à l'aide à mourir, avait été précisé en 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 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 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^o, relatif à la **définition de la souffrance** causée par l'affection, avait fait l'objet d'un renforcement selon deux axes distincts.

D'une part, un amendement de Mme Colin-Oesterlé avait introduit l'exigence selon laquelle **la souffrance devait être « constante »**, conduisant à **exclure du champ du dispositif les souffrances temporaires ou réversibles**. Cette précision ne paraissait toutefois pas opportune, en ce qu'elle entraînait 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 pourrait par nature être qualifiée de constante, dès lors qu'elle aurait été suspendue ou atténuée pendant la prise en charge thérapeutique avant de réapparaître à l'issue de son

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

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

interruption. En outre, il apparaissait **délicat de déterminer à partir de quel seuil une souffrance, physique ou psychologique, pouvait 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, avait 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 semble 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

Avant que les sénateurs rejettent le texte en séance publique, la commission des affaires sociales avait adopté neuf amendements :

- un amendement déposé par les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, définissant 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 »* ;

- deux amendements identiques déposés par les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon et par Mme Souyris supprimant la condition tenant à la nationalité française ou à la résidence stable et régulière en France ;

- deux amendements identiques déposés par les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon et par Mme Muller-Bronn restreignant les conditions relatives à la caractérisation de l'affection et à la souffrance de la personne par référence aux conditions prévues aux 1° et 2° de l'article L. 1110-5-2 du code de la santé publique en matière d'accès à la sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès. Aussi, l'accès à l'aide à mourir serait 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 ;

- quatre amendements rédactionnels et de coordination déposés par les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon.

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

A. EN COMMISSION

En deuxième lecture, la commission des affaires sociales a adopté trois amendements :

– deux amendements identiques déposés par Mme Godard et M. Clouet, qui ont reçu un avis favorable de la rapporteure Brigitte Liso et qui **suppriment la seconde phrase de l'alinéa 8, qui 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, 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 ;**

– un amendement rédactionnel de la rapporteure Brigitte Liso.

B. EN SÉANCE PUBLIQUE

L'Assemblée nationale a apporté deux modifications à cet article.

● L'Assemblée a adopté deux amendements identiques de Mme Godard et M. Pilato ayant reçu un avis favorable du Gouvernement et de la rapporteure Brigitte Liso à titre personnel, qui **suppriment à l'alinéa 8 le mot « constante » qualifiant la souffrance conditionnant l'accès à l'aide à mourir**. La rapporteure Brigitte Liso se félicite de la suppression de ce qualificatif qui nuisait à la cohérence de la proposition de loi et des conditions subordonnant l'accès à l'aide à mourir.

● Par ailleurs, l'Assemblée a adopté en seconde délibération deux amendements identiques du Gouvernement et de M. Peu, malgré l'avis défavorable du rapporteur général Olivier Falorni, qui **suppriment à l'alinéa 8 les mots « *physique ou psychologique* » et rétablissent la restriction selon laquelle « *une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir* »**. La rapporteure Brigitte Liso regrette que cette restriction ait été rétablie, conduisant à une hiérarchisation entre les souffrances physiques et psychologiques, et restreignant la capacité du collège pluriprofessionnel à exercer une appréciation globale de la situation de la personne demandant l'accès à l'aide à mourir.

V. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

La commission des affaires sociales a adopté sept amendements très similaires à ceux adoptés en première lecture.

- En premier lieu, elle a adopté un amendement n° COM-58 déposé par les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon qui **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* ». Comme indiqué par la rapporteure Brigitte Liso dans son rapport de deuxième lecture, cette définition est plus restrictive que celle de la Haute Autorité de santé dans son *Guide du parcours de soin* publié en février 2018. Au-delà de l'aide à mourir, une telle définition pourrait avoir des conséquences non anticipées sur l'accès des personnes aux traitements analgésiques et sédatifs prévus à l'article L. 1110-5-3 du code de la santé publique ou à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévue à l'article L. 1110-5-2 du même code.

- En second lieu, la commission a apporté deux modifications aux conditions d'accès à l'aide à mourir :

- d'une part, elle a adopté deux amendements identiques n° COM-61 des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon et COM-35 de Mme Souyris **supprimant la condition tenant à la nationalité française ou à la résidence stable et régulière en France**, prévue au 2° de l'article L. 1111-12-2 du code de la santé publique créé par cet article ;

- d'autre part, elle a adopté un amendement n° COM-62 des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon **restreignant les conditions relatives à la caractérisation de l'affection et à la souffrance de la personne** par référence aux conditions prévues aux 1° et 2° de l'article L. 1110-5-2 du code de la santé publique en matière d'accès à la sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès. Comme indiqué dans son rapport de deuxième lecture, la rapporteure Brigitte Liso rappelle que 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 liée à cette affection. 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 demeureraient, en conséquence, inchangés par rapport à ceux résultant de la loi dite « Claeys-Leonetti ».**

● Par ailleurs, la commission a adopté les amendements rédactionnels et de coordination n° COM-57, COM-59 et COM-60 déposés par les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon. Ils tirent les conséquences de la substitution de la notion d'« *assistance médicale à mourir* » à celle d'« *aide à mourir* » opérée à l'article 2.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

Faisant suite au rejet de l'article 2, le Sénat a adopté contre l'avis du Gouvernement les amendements de suppression n° 507 rect. *ter* de M. Capus, n° 564 rect. *bis* de Mme Bourcier et n° 734 des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon. La rapporteure Brigitte Liso déplore que le Sénat ait de nouveau rejeté cet article, qui constitue le cœur du dispositif en définissant les conditions d'accès à l'aide à mourir, ainsi que les modifications apportées par la commission qui conduisaient à rendre la proposition de loi inopérante.

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

VI. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN NOUVELLE LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté l'**article 4** sans modification.

*

* *

CHAPITRE III Procédure

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

Adopté avec modifications

Origine de l'article : proposition de loi.

Première lecture

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

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

Deuxième lecture

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 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 publique 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 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 de 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 grâce au registre prévu à l'article 427-1 du code civil.

● S’agissant des informations devant être délivrées 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 en 2025, la proposition de loi avait connu plusieurs modifications au travers de l’adoption de quatorze amendements.

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

– les conditions d’expression de la demande avaient été précisées à l’initiative du Gouvernement. Si l’écrit semblait privilégié, tout mode d’expression adapté aux capacités de la personne était désormais permis ;

– proscrite pour la présentation de la demande d’aide à mourir, la téléconsultation avait également été interdite pour la confirmation de la demande. Cependant, lorsque la personne était en incapacité physique de se déplacer, le médecin était tenu de se rendre à son domicile ou dans son lieu de prise en charge ;

– aussi, le médecin avait eu l’obligation de vérifier si la personne faisait l’objet d’une mesure de protection juridique au travers de la consultation du registre susmentionné. Dans cette hypothèse, le médecin devait lui délivrer une information loyale et adaptée à ses facultés de discernement ⁽¹⁾.

De même, la commission avait 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 eu lieu contre l’avis du rapporteur Laurent Panifous, la rapporteure Audrey Abadie-Amiel recommandait en deuxième lecture de le supprimer.

● Au **II**, à l’issue de l’examen de la proposition de loi, il demeurait cinq obligations d’information ou de proposition, qui avaient été simplifiées ou enrichies :

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

(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.

– le médecin était tenu de s’assurer que la personne ait accès de manière effective, si elle le souhaitait, à l’accompagnement et aux soins palliatifs, dont la dénomination avait été harmonisée avec la proposition de loi relative aux soins palliatifs et d’accompagnement. Par ailleurs, il s’agissait désormais d’une information simple et non plus d’une proposition ;

– il en allait de même s’agissant de l’orientation vers un psychologue ou un psychiatre : le cas échéant, le médecin devait s’assurer que la personne y ait un accès effectif. Les députés avaient 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

Avant que le Sénat rejette l’ensemble de la proposition de loi en séance publique, les sénateurs avaient modifié l’article 5.

- En commission, huit amendements, tous à l’initiative des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, avaient été adoptés pour substituer à l’aide à mourir une assistance médicale à mourir, définie à l’article 2 par les sénateurs.

- En séance publique, le Sénat avait adopté contre l’avis de la commission et du Gouvernement un amendement n° 74 rect. *ter* de rédaction globale, 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 publique, 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 modifiait profondément la rédaction de l’article 5. Au **I**, à la demande d’assistance médicale à mourir était substituée la possibilité d’un ou plusieurs entretiens portant sur le projet de soins, l’évolution prévisible de l’état de santé et les modalités d’accompagnement en fin de vie pour les personnes atteintes d’une affection grave et incurable. Au **II**, différentes obligations d’information et de proposition au cours de ces entretiens étaient fixées.

- En deuxième lecture, la rapporteure Audrey Abadie-Amiel avait estimé que l’article 5 revenait à empêcher la légalisation d’un droit à l’aide à mourir tel que voté 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.

Tout en regrettant le caractère peu normatif des dispositions adoptées en séance publique à cet article, elle indiquait que celles-ci n’apportaient 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.

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

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN 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 des affaires sociales du 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 autres membres du groupe Rassemblement National. Les amendements identiques ont apporté une amélioration rédactionnelle qu'avait adoptée le Sénat, supprimant 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.

- Le **II** a été modifié au travers de l'adoption de trois amendements rédactionnels AS675, AS673 et AS674. 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.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

En séance publique, l'Assemblée nationale n'a adopté qu'un amendement à l'article 5 à l'initiative du Gouvernement et avec l'avis favorable du rapporteur général Olivier Falorni, bien que ce dernier ait préalablement émis « *un vif regret* »¹ dans la mesure où le registre mentionné à l'article 427-1 du code civil ne pourrait être disponible au 31 décembre 2026.

En effet, l'amendement n° 2161 rectifié complète l'article par un **II**, qui décale l'entrée en vigueur de l'obligation de consultation de ce registre pour le médecin à une date fixée par décret et au plus tard au 31 décembre 2028, afin de permettre au Gouvernement de rendre ce registre opérationnel.

V. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA COMMISSION

Au stade de la commission, le Sénat a adopté sept amendements, dont six à l'initiative des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon. **Tous sont identiques ou similaires à ceux qu'avait adoptés le Sénat au stade de la commission en première lecture.**

- Au **I**, la commission a adopté deux amendements rédactionnels n° COM-63 et n° COM-64. 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.

Par ailleurs, la commission a adopté un amendement n° COM-65 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 lorsqu'il est fait usage de la clause de conscience, les médecins pouvant recevoir la demande en première intention sont par conséquent restreints.

En outre, par l'amendement n°COM-66, la commission a précisé que ce médecin devait examiner la personne et s'entretenir seul avec elle pendant tout ou partie de l'examen.

- Au **II**, outre des amendements rédactionnels n° COM-68 et n° COM-69, la commission a adopté un amendement n° COM-67, 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 ».

¹ Assemblée nationale, comptes rendus des débats en séance, deuxième séance du vendredi 20 février 2026.

De même, à l'initiative de M. Daniel Chasseing et plusieurs de ses collègues des groupes Les Indépendants - République et Territoires et Les Républicains, la commission a adopté un amendement n° COM-28 rect. pour que **le médecin propose à la personne de bénéficier de soins palliatifs**, au lieu de l'informer de cette possibilité.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

- Le Sénat a adopté trois amendements n° 502 rect. *bis*, n° 565 rect. *bis* et n° 735 de suppression de l'article 5 à l'initiative des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon mais également de Mme Corinne Bourcier et deux de ses collègues des groupes Union centriste et Les Républicains, ainsi que de M. Emmanuel Capus et plusieurs de ses collègues des groupes Les Indépendants - République et Territoires, Les Républicains et Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

À la différence des deux autres amendements de suppression, l'amendement des rapporteurs avait pour objectif de tirer les conséquences de la suppression de l'article 2 intervenue en séance publique.

- **Après avoir supprimé cet article, le Sénat a rejeté l'ensemble de la proposition de loi.**

VI. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN NOUVELLE LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté trois amendements à l'initiative de la rapporteure Audrey Abadie-Amiel et de ses collègues rapporteurs.

Outre deux amendements rédactionnels AS704 et AS707, l'amendement AS732 s'est inscrit dans le prolongement des modifications apportées en deuxième lecture s'agissant des informations transmises par le médecin au majeur protégé. En effet, estimant le médecin tenu de transmettre une « *information loyale sur (l')état* » de la personne, qu'elle bénéficie ou non d'une protection, les rapporteurs ont fait le choix de supprimer cette précision inutile.

*

* *

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.

Première lecture

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

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

Deuxième lecture

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

- Le **I** prévoit que le médecin recevant la demande procède à la vérification des conditions prévues à l'article 4. Lorsqu'une maladie altère gravement le discernement d'une personne, elle 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 pluriprofessionnelle, 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, la souffrance physique ou psychologique réfractaire aux traitements ou insupportable à la personne et 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 spécialiste peut 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.

(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.

En outre, la rédaction initiale 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 que pour apprécier la demande et se prononcer, oralement et par écrit, le médecin dispose d'un délai de quinze jours. 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. La rédaction initiale 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** disposait que le médecin l'informe des modalités d'administration et d'action de la substance létale, puis 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. 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

En première lecture, l'Assemblée nationale avait sensiblement modifié l'article 6 en adoptant quarante et un amendements.

- Outre des modifications d'ordre rédactionnel au **I**, les députés avaient précisé la définition de la volonté libre et éclairée. Alors que la personne dont le discernement était 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 avait 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 une meilleure 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, avaient été adoptés en séance publique, avec l'avis favorable du Gouvernement et de la commission. **Ils modifiaient sensiblement les modalités d'organisation de la procédure collégiale pluriprofessionnelle.**

Sur le modèle de la procédure collégiale organisée dans la mise en œuvre de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, elle avait été intitulée « *procédure collégiale* ». Elle ne reposait 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 devait se dérouler en la présence physique de tous mais pouvait, en cas d'impossibilité, se tenir par voie numérique. À l'initiative du rapporteur Laurent Panifous en commission puis en séance publique, la liste des professionnels pouvant être conviés à la réunion du collège pluriprofessionnel avait été modifiée : 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 avait 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, avait été ajoutée en commission puis maintenue en séance publique. Au **III**, le médecin demeurait seul à se prononcer à l'issue de la procédure collégiale ainsi modifiée.

Par ailleurs, au cours des débats en séance publique, un amendement de M. Christophe Marion (groupe Ensemble pour la République) avait été adopté afin que le médecin puisse notifier sa décision à la personne de confiance, si le demandeur n'était pas apte à la recevoir. Selon son exposé sommaire, l'amendement couvrirait 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. Pour cette raison, à la demande de la commission, une seconde délibération s'était tenue permettant au rapporteur général Olivier Falorni de proposer avec succès, avec l'avis favorable du Gouvernement, un amendement de suppression de cette mention.

Enfin, les députés avaient adopté, contre l'avis de la commission et du Gouvernement, un amendement précisant 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 avaient rendu ce délai incompressible, avec l'avis

favorable de la commission. En outre, deux amendements rédactionnels avaient été adoptés, dont l'un créant un **V bis**. Enfin, un amendement avait clarifié le rôle du médecin, qui doit évaluer à nouveau le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté lorsque la confirmation de la décision intervient plus de trois mois après la notification.

- Si le **VI**, qui prévoyait que le médecin prescrit la substance létale et adresse la prescription à l'une des pharmacies à usage intérieur habilitées, n'avait fait l'objet d'aucune modification, le **V** avait été amendé en commission comme en séance publique. Ainsi, une fois que la personne a confirmé sa volonté, le médecin lui délivre des informations. Si les députés avaient souhaité que cette information soit délivrée sous forme orale et écrite, ils avaient restreint son champ afin qu'elle 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 avait 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 entre auto-administration et administration par un médecin ou un infirmier, qu'avait adopté la commission à l'article 2. Si les députés étaient finalement revenus en séance publique 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 au **VI** avait été maintenue. Alors que le Gouvernement souhaitait revenir à la rédaction initiale contre l'avis de la commission, le rapporteur Laurent Panifous avait rappelé que la rédaction 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 »*, car 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 Laurent Panifous avait 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.

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

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

Avant que le Sénat rejette l'ensemble de la proposition de loi en séance publique, les sénateurs avaient modifié l'article 6.

- 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.

Outre des modifications rédactionnelles liées à la substitution d'une aide à mourir par une assistance médicale à mourir, les sénateurs avaient modifié l'article 6 pour rendre opérante cette assistance nouvelle. Ils n'avaient pas hésité à modifier la procédure, le cas échéant en l'assouplissant, pour qu'elle soit adaptée à l'assistance médicale à mourir dont la temporalité différerait de celle de l'aide à mourir.

- En séance publique, le Sénat avait adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement un amendement n° 86 rect. *bis* de rédaction globale, 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 aux articles précédents, cet amendement poursuivait la suppression de l'assistance médicale à mourir qu'avait introduite la commission. La nouvelle rédaction se bornait à prévoir diverses informations aux personnes atteintes d'une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale et à énoncer ou rappeler divers principes liés à leur prise en charge.

Dans son rapport de deuxième lecture, la rapporteure Audrey Abadie-Amiel émettait de vives réserves sur les modifications opérées à l'article 6 en regrettant le caractère peu normatif de ces dispositions.

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

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

La commission a adopté neuf amendements à l'article 6.

- Au I de l'article L. 1111-12-4, elle 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 prévu au *a* du 1° du II. L'amendement AS677 supprime la possibilité, adoptée en première lecture, de solliciter le préfet pour vérifier la condition de résidence posée à l'article 4. En effet, la rapporteure a estimé la procédure actuelle suffisante, 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 étaient bien tenus d'intervenir dans le traitement de la personne.

Suivant l'avis favorable de la rapporteure Audrey Abadie-Amiel, la commission a 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 du 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 un amendement AS682 de la rapporteure Audrey Abadie-Amiel et de ses collègues rapporteurs, ainsi que par un amendement identique AS447 de 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, 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.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

- Les députés ont adopté huit amendements à l'article 6 modifiant les **II**, **V** et **VI**, tout en complétant l'article par un **VII**.

- Outre un amendement rédactionnel n° 1718 des rapporteurs, les députés ont adopté trois amendements au **II**. En premier lieu, l'amendement n° 1863 de M. Dominique Potier et plusieurs de ses collègues des groupes Socialistes et apparentés et Écologiste et Social a été adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement. Il permet à un proche aidant dûment désigné, et avec l'accord de la personne, de prendre part à la réunion du collège pluriprofessionnel. La rapporteure Audrey Abadie-Amiel maintient son opposition à un tel ajout, car le proche aidant ne saurait avoir sa place au sein d'un collège pluriprofessionnel.

En outre, à l'initiative du Gouvernement et avec l'avis favorable de la commission, les députés ont modifié la procédure applicable lorsque le majeur fait l'objet d'une protection juridique en adoptant l'amendement n° 2162. Si le médecin demeure tenu d'informer la personne chargée de la mesure de protection et de recueillir ses observations qu'il communique au cours de la réunion du collège, le médecin peut recueillir l'avis d'un confrère spécialiste des majeurs protégés.

Enfin, les députés ont adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, l'amendement n° 1719 des rapporteurs et l'amendement identique n° 1685 de Mme Christine Loir et plusieurs de ses collègues des groupes Rassemblement national et Union des droites pour la République. Ils suppriment l'alinéa qui concernait spécifiquement les personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative, considérant que ces maladies n'engendraient aucune différence suffisante pour que la loi leur accorde un traitement particulier.

- Au **V**, l'Assemblée a adopté avec l'avis favorable du Gouvernement l'amendement n° 1722 des rapporteurs. Il précise que le médecin détermine, en accord avec la personne, le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner « *lorsqu'il ne l'accompagne pas lui-même* ». En effet, si le médecin qui conduit la procédure a effectivement la possibilité d'accompagner la personne dans l'administration de la substance létale, il peut s'y opposer, au même titre que la personne elle-même, rendant la désignation d'un autre médecin ou d'un infirmier volontaire nécessaire.

- De même, avec l'avis favorable du Gouvernement, l'amendement n° 1725 des rapporteurs a complété le second alinéa du **VI** pour traiter de l'hypothèse où le médecin qui prescrit la substance létale ne serait pas celui qui accompagnerait la personne. En effet, la date d'administration devant être fixée avec le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne aux termes de l'article 7 et ce médecin ou cet infirmier devant en informer la pharmacie à usage intérieur aux termes de l'article 8, il convenait de prévoir sa bonne information par le médecin prescripteur pour assurer l'absence de rupture entre les différents professionnels concourant à la mise en œuvre de l'aide à mourir.

- Enfin, le texte adopté comprend un **VII**. Il résulte de l'adoption de l'amendement n° 2082 de Mme Danielle Simonnet et ses collègues du groupe Écologiste et Social. En cohérence avec les modifications initialement opérées à l'article 2, il visait à laisser le choix à la personne entre auto-administration et administration par un médecin ou un infirmier. Alors que les députés avaient initialement adopté cet amendement, la commission a demandé une seconde délibération, ce qui a permis d'adopter ultérieurement l'amendement n° 4 du président Frédéric Valletoux pour supprimer la possibilité d'un tel choix. Néanmoins, le **VII** ajouté par l'amendement n° 2082 de Mme Danielle Simonnet et ses collègues du groupe Écologiste et Social, aux fins de sa recevabilité financière au regard de l'article 40 de la Constitution, n'a pas été supprimé au cours de la seconde délibération. La rapporteure Audrey Abadie-Amiel indique que la nouvelle lecture permettra de supprimer en cohérence cet alinéa.

V. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA COMMISSION

La commission a adopté seize amendements. Tous l'ont été à l'initiative des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, à l'exception de l'un d'entre eux. **Nombre des modifications opérées ont été identiques ou similaires à celles réalisées en première lecture.**

En premier lieu, l'amendement n° COM-71 a substitué la notion d'assistance médicale à mourir à celle d'aide à mourir dans l'ensemble de l'article.

- Au **I**, au travers de l'amendement n° COM-70, la commission a explicitement exclu les personnes « *présentant, de manière permanente, des facultés intellectuelles ou cognitives significativement réduites* » de celles pouvant prétendre accéder à l'aide à mourir. Alors que la rapporteure Audrey Abadie-Amiel s'était déjà opposée à une telle exclusion en deuxième lecture, elle rappelle qu'une telle personne ne pourra avoir accès à l'aide à mourir si le médecin, après réunion du collège pluriprofessionnel, estime qu'elle n'est pas apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée, sans qu'une exclusion de principe se justifie.

- Outre un amendement n° COM-72 de coordination avec une modification opérée à un précédent article et un amendement rédactionnel n° COM-75, le **II** a été adopté sans modification majeure de la procédure collégiale pluriprofessionnelle. Comme au cours de la première lecture, la rapporteure Audrey Abadie-Amiel note l'intention réitérée de la commission des affaires sociales du Sénat qui, prenant acte du resserrement du champ de l'assistance médicale à mourir, a « *tenu la même ligne qu'en première lecture, en sécurisant la procédure sans la rallonger* »⁽¹⁾.

Dans cet esprit, les amendements identiques n°COM°74 des rapporteurs et n° COM-29 rect. *bis* de M. Daniel Chasseing et plusieurs de ses collègues des groupes Les Indépendants - République et Territoires et Les Républicains ont permis d'ajouter le médecin traitant aux professionnels pouvant être conviés au collège pluriprofessionnel, ce qui était déjà possible dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale. De même, l'amendement n° COM-73 a ajouté la possibilité de recueillir l'avis des proches de la personne, tout en supprimant la possibilité introduite par l'Assemblée nationale qu'un proche aidant prenne part à la réunion du collège pluriprofessionnel.

- En contradiction avec l'intention énoncée dans son rapport, la commission a adopté au **III** un amendement n° COM-78, qui supprime le délai de quinze jours fixé au médecin pour se prononcer et notifier sa décision, ce qui pourrait, par voie de

(1) Rapport n° 586 (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 en deuxième lecture, relative au droit à l'aide à mourir, 29 avril 2026, p. 100.

conséquence, entraver l'accès à l'assistance médicale à mourir, quand bien même sa temporalité serait différente de celle de l'aide à mourir. La commission a en outre précisé par un amendement n° COM-77 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-79 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. Enfin, la commission a adopté un amendement rédactionnel n° COM-76.

- Au **IV**, la commission a précisé par un amendement n° COM-80 que le délai de réflexion courait à compter de la notification orale de la décision, dans le cas où un décalage temporel interviendrait entre la notification orale et celle écrite prévues au III. Au même alinéa, l'amendement n° COM-81 a rétabli, dans une rédaction différente à celle que l'Assemblée nationale avait supprimée en première lecture, la possibilité d'abrégé 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 certes 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-82 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 opérée à l'article 2.

- Au **VI**, l'amendement n° COM-83 a effectué une modification rédactionnelle, de même que l'amendement n° COM-84 a supprimé le VII destiné à assurer la recevabilité financière d'un amendement adopté en deuxième lecture par l'Assemblée nationale mais dont le dispositif principal a été supprimé au cours d'une seconde délibération.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

- Le Sénat a adopté deux amendements n° 62 rect. et n° 736 de suppression de l'article 6 à l'initiative des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon et de Mme Laurence Muller-Bronn et certains de ses collègues du groupe Les Républicains.

À la différence du second amendement de suppression, l'amendement des rapporteurs a eu pour objectif de tirer les conséquences de la suppression de l'article 2.

- **Après avoir supprimé cet article, le Sénat a rejeté l'ensemble de la proposition de loi.**

VI. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN NOUVELLE LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

- Au stade de la commission, les députés ont adopté dix amendements, dont huit à l'initiative de la rapporteure Audrey Abadie-Amiel et de ses collègues rapporteurs.

- Les députés ont en premier lieu adopté des amendements à l'initiative des rapporteurs. Si les amendements AS709, AS710, AS714, AS715 et AS716 sont de nature rédactionnelle, trois autres amendements ont apporté des modifications plus substantielles :

- l'amendement AS708 a créé un **II bis** traitant exclusivement des informations médicales recueillies ou transmises par les professionnels de santé et les éventuels autres professionnels participant à la procédure. Alors que la rédaction antérieure de l'article 6 ne comprenait que deux références aux informations médicales de la personne dans deux rédactions différentes, les rapporteurs ont souhaité préciser à quelles informations médicales les professionnels concourant à la procédure avaient accès et comment y accéder, dans l'objectif de simplifier la mise en œuvre de la procédure pour ces professionnels, tout en les préservant de tout risque contentieux ;

- l'amendement AS711 a supprimé la participation, introduite en deuxième lecture, du proche aidant au collège pluriprofessionnel. S'agissant d'une réunion composée uniquement ou essentiellement de professionnels de santé, les rapporteurs ont estimé qu'un proche aidant ne pouvait raisonnablement y prendre part. En conséquence, dans le respect de l'intention de l'Assemblée nationale en deuxième lecture et au même titre que la personne de confiance, l'amendement permet de recueillir l'avis du proche aidant, qui sera communiqué lors de la réunion du collège ;

- enfin, dans le même esprit, l'amendement AS712 a précisé que le médecin instructeur de la demande pouvait non seulement recueillir l'avis d'un médecin inscrit sur la liste mentionnée à l'article 431 du code civil, qu'il communique lors de la réunion du collège, mais également le convier à participer à cette réunion.

- En outre, avec l'avis favorable du rapporteur général Philippe Vigier, la commission a adopté un amendement AS555 de Mme Karine Lebon et M. Yannick Monnet (groupe Gauche démocrate et républicaine). À défaut de recueillir l'avis de la personne de confiance ou d'un proche aidant, le médecin instructeur de la demande d'aide à mourir pourra recueillir celui de « *l'un de ses proches* ». Par conséquent, il sera possible à ce médecin, en tout état de cause et à la demande de la personne, de recueillir l'avis de l'un de ses proches.

- Enfin, la commission a adopté, contre l'avis du rapporteur général Philippe Vigier et de la rapporteure Audrey Abadie-Amiel, un amendement AS524 présenté par Mme Danielle Simonnet et plusieurs de ses collègues du groupe Écologiste et

Social, dans l'objectif de laisser le libre choix à la personne entre auto-administration ou administration par un médecin ou un infirmier, sans que soit posée une condition d'incapacité physique. Regrettant cette adoption sur laquelle ils proposeront de revenir en séance publique, les rapporteurs rappellent qu'elle ne saurait avoir pour conséquence de lever tout encadrement en la matière. En effet, le principe selon lequel l'auto-administration est la règle et l'administration par un médecin ou infirmier l'exception est défini à l'article 2.

*

* *

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.

Première lecture

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

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

Deuxième lecture

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 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 dans le code de la santé publique un article L. 1111-12-5.

● 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 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 garantis à 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 avait modifié l'article 7 par l'adoption de quatre amendements distincts.

● Au I, l'Assemblée nationale avait 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 avait ramené 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. Il est aussi 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, prévu 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.

Si l'exposé sommaire de l'amendement soutenait 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 »*, le rapporteur Stéphane Delautrette estimait dans son rapport de deuxième lecture que le délai d'un an prévu initialement par la proposition de loi constituait une meilleure conciliation entre le délai suffisant laissé au demandeur de l'aide à mourir et les éventuelles évolutions de l'état de cette personne.

● Au **II**, l'Assemblée avait apporté plusieurs modifications aux droits de la personne bénéficiaire de l'aide à mourir :

– un amendement déposé par Mme Runel et plusieurs de ses collègues du groupe Socialistes et apparentés, ayant reçu l'avis favorable du rapporteur général et du Gouvernement, interdisait 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 ;

– un amendement rédactionnel du rapporteur Stéphane Delautrette prévoyait que la personne puisse 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 avait 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

Avant que le Sénat rejette le texte en séance publique, la commission des affaires sociales avait 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 avait adopté un amendement supprimant 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 était liée à la restriction du champ de l'aide à mourir. La commission avait également adopté un amendement rédactionnel.

● Au **II**, la commission avait adopté un amendement énumérant limitativement les lieux où la personne peut demander l'administration de la substance létale, en les restreignant au domicile de la personne, ou à un établissement de santé ou à un établissement ou service médico-social.

Par ailleurs, elle avait adopté un amendement octroyant des pouvoirs de police au directeur de l'établissement de santé ou de l'établissement ou service médico-social où est hébergée la personne afin de limiter le nombre de personnes présentes pendant l'administration de la substance létale.

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

En deuxième lecture, la commission des affaires sociales a adopté deux amendements rédactionnels du rapporteur Stéphane Delautrette.

L'article 7 a ensuite été adopté sans modification en séance publique.

V. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

La commission des affaires sociales a adopté quatre amendements déposés par les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, très similaires à ceux qu'elle avait adoptés en première lecture.

● Au **I** de l'article L. 1111-12-5 du code de la santé publique, la commission a adopté un amendement n° COM-86 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, renommée « *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 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-85 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 :

- d’une part, la commission a adopté un amendement n° COM-87 qui limite 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-88 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. Par ailleurs, cet amendement supprime 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.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

En séance publique, le Sénat a adopté contre l’avis du Gouvernement l’amendement de suppression n° 737 déposé par les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon. Comme précisé dans son rapport de deuxième lecture, le rapporteur Stéphane Delautrette regrette la suppression par le Sénat du droit à l’aide à mourir consacré par cette proposition de loi.

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

VI. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN NOUVELLE LECTURE PAR LA COMMISSION À L’ASSEMBLÉE NATIONALE

Outre deux amendements rédactionnels AS717 et AS719 du rapporteur Stéphane Delautrette, la commission a modifié l’article 7 en adoptant deux amendements :

- au **I** de l’article L. 1111-12-5 du code de la santé publique, un amendement AS718 du rapporteur Stéphane Delautrette prévoit que, lorsque la date d’administration de la substance létale est postérieure de plus de trois mois à la notification de la décision du médecin acceptant la demande d’aide à mourir, ce médecin doit prescrire à nouveau la substance létale selon les modalités prévues à l’article 6 ;

– au **II**, un amendement AS129 de Mme Nicole Dubré-Chirat et plusieurs de ses collègues du groupe Ensemble pour la République restreint les lieux où peut être administrée la substance létale, les limitant au domicile de la personne ou à un établissement de santé de son choix.

*

* *

Article 8

Circuit de préparation et de délivrance de la substance létale

Adopté avec modifications

Origine de l'article : proposition de loi.

Première lecture

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

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

Deuxième lecture

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 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.

(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.

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 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 avait 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 compliquer 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 visait 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

Avant que le Sénat rejette le texte en séance publique, la commission des affaires sociales avait adopté un amendement déposé par les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon réservant l'accès à la préparation magistrale létale dans les pharmacies d'officine aux seuls pharmaciens titulaires d'officine et aux pharmaciens adjoints.

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

En deuxième lecture, la commission des affaires sociales a adopté deux amendements du rapporteur Stéphane Delautrette :

– un amendement 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 de la réalisation de la préparation magistrale létale en temps utile ;

– un amendement rédactionnel.

En séance publique, cet article a été adopté sans modification.

V. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

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

– un amendement n° COM-89 qui réserve l'accès à la préparation magistrale létale dans les pharmacies d'officine aux seuls pharmaciens titulaires d'officine et aux pharmaciens adjoints ;

– un amendement rédactionnel n° COM-90 qui explicite l'hypothèse dans laquelle un service médico-social, et non seulement un établissement, est doté d'une pharmacie à usage intérieur.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

En séance publique, le Sénat a adopté contre l'avis du Gouvernement l'amendement de suppression n° 738 déposé par les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon. Le rapporteur Stéphane Delautrette déplore la suppression de cet article et le choix du Sénat de supprimer tout droit à l'aide à mourir.

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

VI. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN NOUVELLE LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté un amendement AS720 du rapporteur Stéphane Delautrette. Il ouvre la possibilité pour le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne de se voir délivrer la préparation magistrale létale directement par la pharmacie à usage intérieur chargée de la réaliser.

*

* *

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.

Première lecture

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

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

Deuxième lecture

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 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 publique 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 étaient initialement de trois ordres : la vérification de la volonté de la personne, la préparation de la substance létale si cela s’avérait nécessaire au regard de la forme qu’elle prendra, ainsi que la surveillance de l’administration par la personne.

- Il 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’était initialement pas requise, elle était nécessaire dans l’objectif de pouvoir intervenir en cas de difficulté.

- Après que le décès est intervenu, sont obligatoires :

- la réalisation d’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**) ;

- le retour de la substance létale qui n’aurait pas été utilisée en tout ou partie à la pharmacie d’officine l’ayant délivrée aux fins de sa destruction sécurisée (**V**) ;

- l’établissement d’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

L’Assemblée nationale a adopté en commission puis en séance publique 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 était revenue en séance publique 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'avaient pas souhaité rétablir la rédaction initiale. De manière analogue aux modifications précédemment commentées, intervenues à l'article 6 en commission puis maintenues en séance publique, le maintien de ces rédactions devait témoigner des deux modalités d'administration qui demeurent, la première étant la règle et la seconde l'exception. Dans cet esprit, l'Assemblée nationale avait adopté en séance publique, 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 avait 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 avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, l'Assemblée nationale avait précisé qu'en cas de demande de report de l'administration de la substance létale, le professionnel, qui suspend la procédure, pouvait 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'autre de M. Hadrien Clouet et ses collègues du groupe La France insoumise – Nouveau Front Populaire, avaient été adoptés en commission et en séance publique. Se voulant rédactionnel, l'amendement de M. Hadrien Clouet permettait 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 avait été précisée : suffisamment proche, il se tient en vision directe de la personne.

- Au **IV**, la commission avait adopté deux amendements identiques de Mmes Nicole Dubré-Chirat et plusieurs de ses collègues du groupe Ensemble pour la République, et 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 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 nationale avait adopté en séance publique dix amendements supprimant cet ajout.

- Outre deux amendements rédactionnels du rapporteur Stéphane Delautrette, le V n'avait pas été modifié.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

Avant que le Sénat rejette l'ensemble de la proposition de loi en séance publique, les sénateurs avaient modifié l'article 9.

- Au stade de la commission, à l'initiative des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, quatre amendements avaient été adoptés portant sur l'information du procureur de la République en cas de pression exercée sur la personne au I, sur la suppression de la possibilité d'un report de l'administration de la substance létale au II, sur la présence du professionnel aux côtés de la personne jusqu'au décès au III ainsi que sur celle d'un officier de police judiciaire au V, lequel devait en outre établir le compte rendu avec le professionnel de santé.

- En séance publique, le Sénat avait adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement un amendement n° 76 rect. *ter* de rédaction globale, présenté par Mme Anne Chain-Larché et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains, Union Centriste et Les Indépendants - République et Territoires. Dans la continuité des importantes modifications opérées aux articles précédents, cet amendement poursuivait la suppression de l'assistance médicale à mourir qu'avait introduite la commission. Il créait au sein du code de la santé publique un nouvel article, dont la rédaction avait été jugée par le rapporteur Stéphane Delautrette peu normative et sans réelle plus-value par rapport au droit existant.

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

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

- 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.

- Les **II**, **III** et **V** ont ensuite respectivement été modifiés par les amendements rédactionnels AS688, AS687 et AS690.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

- Les députés ont adopté avec l’avis favorable du Gouvernement un unique amendement rédactionnel n° 1727 des rapporteurs.

- Néanmoins, de manière analogue aux articles 2 et 6, les députés avaient initialement adopté quatre amendements identiques présentés, s’agissant de l’amendement n° 110, par Mme Sandrine Runel et ses collègues du groupe Socialistes et apparentés, s’agissant de l’amendement n° 1183, par Mme Élise Leboucher et ses collègues du groupe La France insoumise – Nouveau Front populaire, s’agissant de l’amendement n° 1431, par Mme Sandrine Rousseau et ses collègues du groupe Écologiste et Social et, s’agissant de l’amendement n° 1457, par Mme Sophie Panonacle et plusieurs de ses collègues des groupes Ensemble pour la République et Horizons & Indépendants. Ces amendements avaient pour objectif de laisser à la personne le libre choix entre auto administration ou administration par le médecin ou l’infirmier. Au terme d’une seconde délibération demandée par la commission, les députés sont revenus sur ces amendements en adoptant l’amendement n° 5 présenté par le président Frédéric Valletoux.

V. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA COMMISSION

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

- Au **I**, la commission a souhaité renforcer les attributions du professionnel, que l’Assemblée nationale avait déjà elle-même complétées en deuxième lecture, en adoptant un amendement n° COM-91 lui faisant 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. Néanmoins, le rapporteur Stéphane Delautrette maintient que seul le médecin qui a pris la décision relative à l’aide à mourir est apte à caractériser ces éventuelles pressions et à en informer le procureur de la République comme l’article 10, tel que modifié en deuxième lecture par l’Assemblée nationale, lui en fait obligation.

- Par ailleurs, par un amendement n° COM-92, la commission a supprimé le **II**, qui prévoyait la possibilité du report de l’administration de la substance létale. 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-93 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 comme au sein de son rapport de deuxième lecture qu'en l'état, les sénateurs ont apporté de la confusion à la rédaction. 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 elle-même. 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-94, que l'officier de police judiciaire établit avec le professionnel de santé le compte rendu de la mise en œuvre des actes prévus aux I à III.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

- Tirant les conséquences de la suppression de l'article 2 et des articles suivants, le Sénat a adopté un unique amendement n° 739 de suppression, présenté par les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon.

- **Après avoir supprimé cet article, le Sénat a rejeté l'ensemble de la proposition de loi.**

VI. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN NOUVELLE LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Outre un amendement rédactionnel AS723 du rapporteur Stéphane Delautrette et de ses collègues rapporteurs, la commission a adopté trois amendements :

- comme ils l'avaient fait en deuxième lecture, les rapporteurs ont tiré les conséquences de l'obligation qu'avait faite l'Assemblée nationale en première lecture au médecin ou à l'infirmier accompagnant la personne de vérifier l'absence de pressions le jour de l'administration de la substance létale. Au travers de l'amendement AS721, en cas de pressions, le professionnel a l'obligation de suspendre la procédure dans l'attente d'informer le médecin ayant pris la décision,

quand il ne s'agit pas du même médecin, afin qu'une décision soit prise sur la poursuite ou l'arrêt de la procédure, tel que prévu à l'article 10. Dans le même esprit, l'amendement a aussi précisé les conditions dans lesquelles le médecin ou l'infirmier définit avec la personne une nouvelle date d'administration, quand la procédure peut se poursuivre et qu'une nouvelle programmation est nécessaire. En effet, il s'agit de couvrir l'hypothèse dans laquelle l'accomplissement de la procédure ne se ferait pas le jour même ;

– au travers de l'amendement AS722 du rapporteur Stéphane Delautrette et de ses collègues rapporteurs, la commission a clarifié la localisation du médecin ou de l'infirmier après l'administration de la substance létale. Alors qu'il est constant depuis la première lecture que le professionnel a l'obligation de se trouver aux côtés de la personne durant l'administration de la substance létale, la rédaction à laquelle la navette avait abouti semblait peu intelligible. Désormais, après que la substance létale aura été administrée, le professionnel de santé restera dans la même pièce que la personne, si celle-ci ne souhaitait pas qu'il demeure à ses côtés ;

– enfin, la commission a adopté, contre l'avis du rapporteur général Philippe Vigier et du rapporteur Stéphane Delautrette, un amendement AS165 de M. Hadrien Clouet et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire. Déjà adopté puis supprimé en première lecture, il prévoit que la mort résultant d'une aide à mourir soit considérée comme une mort naturelle. Rappelant qu'un tel ajout est superfétatoire tant sur le plan assurantiel qu'en termes opérationnels au regard des engagements pris par le Gouvernement au cours des lectures précédentes, le rapporteur Stéphane Delautrette proposera à l'Assemblée nationale de revenir sur cette rédaction en séance publique.

*

* *

Article 10 Arrêt des procédures

Adopté avec modifications

Origine de l'article : proposition de loi.

Première lecture

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

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

Deuxième lecture

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 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. Il 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 selon lequel la personne peut renoncer à tout moment à sa demande⁽¹⁾. Dans ce cas, elle 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 protection de la personne qui demande l'aide à mourir* » et de mieux « *circonscrire l'étendue de la responsabilité du médecin* »⁽²⁾.

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 ;

(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.

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

– 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 ⁽¹⁾.

Le II prévoit qu’en cas d’arrêt de la procédure, 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.

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

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

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

Avant que le Sénat rejette le texte en séance publique, la commission des affaires sociales du Sénat avait adopté deux amendements rédactionnels des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon.

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

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

En deuxième lecture, la commission des affaires sociales de l’Assemblée nationale a adopté deux amendements du rapporteur Stéphane Delautrette :

– un amendement de coordination avec les modifications apportées à l’article 9, précisant au 2° du I de l’article L. 1111-12-8 du code de la santé publique 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.

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

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du rapporteur Stéphane Delautrette précisant que lorsque le médecin ayant accepté la demande d'aide à mourir met fin à la procédure après avoir pris connaissance de pressions subies par la personne pour recourir à l'aide à mourir, il signale sans délai les faits au procureur de la République. Cette précision accompagne l'instauration à l'article 17 d'un délit d'exercice de pressions sur la personne pour recourir à l'aide à mourir.

V. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LE SÉNAT

La commission des affaires sociales a adopté trois amendements déposés par les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon :

- un amendement n° COM-95 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-96 ;

- un amendement n° COM-97 de coordination avec la modification opérée à l'article 9 imposant au médecin ou à l'infirmier chargé d'accompagner la personne le jour de l'administration de la substance létale d'informer le procureur de la République lorsqu'il constate des pressions des personnes entourant le demandeur de l'aide à mourir pour procéder ou pour renoncer à l'administration de la substance létale.

En séance publique, le Sénat a adopté contre l'avis du Gouvernement l'amendement de suppression n° 740 des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon.

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

VI. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN NOUVELLE LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté un amendement rédactionnel AS724 du rapporteur Stéphane Delautrette.

*

* *

Article 11

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

Adopté avec modifications

Origine de l'article : proposition de loi.

Première lecture

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

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

Deuxième lecture

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

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

• La commission des affaires sociales avait poursuivi l'entreprise de précision entamée par l'Assemblée nationale vis-à-vis de cet article. Elle s'était 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 avait-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 avait adopté des amendements :

— 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 ;

— 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

(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.

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⁾.

● Le Sénat avait ensuite adopté l'article 11 ainsi modifié avant de rejeter l'ensemble de la proposition de loi.

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

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

En deuxième lecture, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative du rapporteur Stéphane Delautrette :

– un amendement supprimant la précision selon laquelle les actes enregistrés dans le système d'information devront recevoir une cotation spécifique au sein de la classification des actes médicaux. Cette modification, inspirée par les remarques formulées par les rapporteurs de la commission des affaires sociales du Sénat dont la teneur est rappelée *supra*, a été suivie de la reprise des dispositions supprimées dans un nouveau II *bis* de l'article 18 de la proposition de loi, qui définit les modalités de tarification des actes accomplis dans le cadre de la procédure d'aide à mourir ;

– deux amendements rédactionnels.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE

En séance, l'Assemblée nationale a adopté l'article 11 dans sa rédaction issue des travaux de la commission.

V. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

En deuxième lecture, à l'initiative des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, la commission des affaires sociales a adopté l'amendement n° COM-98 afin de rétablir la modification introduite par elle en première lecture concernant les documents enregistrés dans le système d'information. Ainsi, ce dernier comprendrait non « *l'ensemble des actes* » accomplis dans le cadre de la procédure d'aide à mourir, mais des « *informations* » dont la liste serait définie par arrêté. L'enregistrement interviendrait 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.

(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.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

Le Sénat a adopté l'amendement n° 741 de suppression de l'article 11 déposé par la commission après le rejet de l'article 2, définissant l'aide à mourir ou l'assistance médicale à mourir.

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

VI. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN NOUVELLE LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

À l'initiative des rapporteurs, la commission a adopté un amendement AS725 étendant à de nouvelles catégories de données l'obligation d'enregistrement dans le système d'information prévu au présent article. Aussi, outre les « *actes* » accomplis dans le cadre de la procédure d'aide à mourir, seraient enregistrées « *les informations strictement nécessaires aux finalités* » du système d'information, définies au second alinéa du II de l'article L. 1111-12-13 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant de l'article 15.

Cette modification vise d'abord à tirer les conséquences de l'introduction, à l'article 15, de la précision selon laquelle la commission devra mettre en œuvre une « *approche sociologique et éthique* », qui suppose de recueillir, avec le consentement des intéressés, des données complémentaires concernant les personnes qui recourent à l'aide à mourir. Cet ajout permettrait d'enregistrer dans le système d'information les éventuels signalements effectués au cours de la procédure.

Par coordination, à l'article 15, la commission a précisé, également à l'initiative des rapporteurs ⁽¹⁾, les finalités du système d'information en renvoyant au décret en Conseil d'État chargé de définir les conditions de traitement des données de ce système la détermination des catégories d'informations susceptibles d'être enregistrées dans celui-ci.

*

* *

(1) Amendement AS727.

Article 12

Recours contre la décision d'aide à mourir

Adopté avec modifications

Origine de l'article : proposition de loi.

Première lecture

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

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

Deuxième lecture

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

Cet article 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 insère un nouvel article L. 1111-12-10 au sein du code de la santé publique prévoyant que cette décision ne peut 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⁾.

(1) *Si la rédaction initiale de l'article 15 susmentionné ne prévoyait pas explicitement cette possibilité, le Conseil d'Etat 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).*

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

L'article 12 a été modifié par l'Assemblée nationale sur plusieurs points :

- À l'initiative du rapporteur Stéphane Delautrette, la commission des affaires sociales avait adopté un amendement précisant que la décision du médecin de 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. 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, l'Assemblée nationale avait 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.

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 (groupe Gauche Démocrate et Républicaine) 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 ⁽¹⁾.

(1) 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

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⁾. En second lieu, 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 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.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

● Outre un amendement de coordination sémantique tirant les conséquences du changement de la dénomination de l'aide à mourir, la commission avait adopté un amendement des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon prévoyant que l'audience devant le juge des tutelles puisse se tenir par tout moyen. 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* » ⁽⁵⁾.

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 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) *Exposé sommaire de l'amendement n° COM-169*.

● Le Sénat avait ensuite adopté un amendement de rédaction globale de l'article 12, qui ne reprenait aucune des dispositions de la rédaction résultant des travaux de la commission, et prévoyait, 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.

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

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

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

En deuxième lecture, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté l'article 12 sans modification.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

En séance, l'Assemblée nationale a adopté un amendement n° 1869 de M. Dominique Potier et plusieurs de ses collègues des groupes Socialistes et apparentés et Écologiste et Social précisant que la décision du médecin se prononçant sur la demande d'aide à mourir ou mettant fin à la procédure peut être contestée devant la juridiction administrative « *par la voie du référé-liberté* ».

Ce recours est prévu à l'article L. 521-2 du code de la justice administrative, qui dispose que le juge des référés, saisi d'une demande justifiée par l'urgence, peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public aurait porté, dans l'exercice d'un de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale. Le même article prévoit que le juge des référés se prononce dans un délai de quarante-huit heures.

L'Assemblée nationale a ensuite adopté l'article 12 ainsi modifié.

V. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

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

– un amendement n° COM-100 supprimant la mention, ajoutée en deuxième lecture à l'Assemblée nationale, de la possibilité de former un recours par la voie du

référé-liberté contre la décision prise par le médecin concernant l'accès à l'aide à mourir ou l'arrêt de la procédure. Comme le rapporteur Stéphane Delautrette lors de l'examen en deuxième lecture à l'Assemblée nationale ⁽¹⁾, les rapporteurs de la commission des affaires sociales du Sénat ont jugé cet ajout « *superfétatoire dès lors que l'article vise déjà les dispositions de droit commun encadrant le recours devant le juge administratif* » ⁽²⁾, dispositions au nombre desquelles figure l'article L. 521-2 du code de justice administrative qui prévoit ce recours. Par ailleurs, la commission a estimé qu'en conservant cette modification, le législateur se prononcerait à la place du juge administratif sur la question de savoir si la décision prise par un médecin concernant la mise en œuvre de l'aide à mourir est susceptible de porter une atteinte grave et manifestement illégale à l'exercice d'une liberté fondamentale ⁽³⁾. Quant à ce dernier argument, le rapporteur Stéphane Delautrette note que, s'il incombe au juge des référés de déterminer quelles libertés peuvent donner lieu à un tel recours, il paraît certain, tant au vu des implications de toute décision concernant l'aide à mourir que de l'importance accordée par le législateur à la possibilité de recourir à celle-ci ⁽⁴⁾, que le juge administratif admettrait la recevabilité d'un tel recours, comme il l'a fait dans le cas des contestations portant sur les procédures de limitation ou d'arrêt de traitements ⁽⁵⁾ ;

– un amendement n° COM-101 rétablissant la précision, introduite par la commission des affaires sociales lors de l'examen en première lecture au Sénat, selon laquelle l'audience devant le juge des contentieux de la protection se tient par tout moyen ;

– un amendement n° COM-99 de coordination sémantique.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

Le Sénat a adopté, contre l'avis du Gouvernement, l'amendement n° 742 de suppression de l'article 12 déposé par la commission après le rejet de l'article 2, définissant l'aide à mourir ou l'assistance médicale à mourir.

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

(1) *En formulant l'avis de la commission concernant cet amendement, le rapporteur soulignait que « le choix de la juridiction administrative garantit justement la possibilité d'un recours et d'une réponse rapides – c'est ce qui le justifie ; en revanche, s'il convient d'indiquer dans ce texte quel ordre juridique est compétent, la loi n'a pas à préciser la modalité du recours en question » (compte rendu de la deuxième séance du 23 février 2026).*

(2) *Exposé sommaire de l'amendement n° COM-100.*

(3) *Cf. l'exposé sommaire du même amendement.*

(4) *L'Assemblée nationale, tant en première lecture qu'en deuxième lecture, a expressément attaché la qualité de droit à l'accès à l'aide à mourir, tout en définissant les conditions d'exercice de ce nouveau droit. Elle a aussi fait de l'accès à l'aide à mourir l'une des modalités d'exercice du droit à une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance.*

(5) *Sur ce sujet, cf. Cécile Castaing, « Le juge administratif, nouveau passeur vers le royaume des morts ? », Actualité juridique – Droit administratif, n° 38-2025 du 3 novembre 2025, pp. 1949-1956.*

VI. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN NOUVELLE LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Outre un amendement rédactionnel AS733, la commission a adopté, à l'initiative des rapporteurs, un amendement AS726 attribuant à la juridiction administrative le contentieux afférent à la contestation, par la personne chargée de la mesure de protection, de l'autorisation de recourir à l'aide à mourir accordée à une personne faisant l'objet d'une mesure de protection avec assistance ou représentation. Ainsi, cette autorisation pourrait être contestée devant la juridiction administrative, dans un délai de deux jours à compter de la notification de la décision du médecin à la personne chargée de la mesure de protection ⁽¹⁾, selon les dispositions de droit commun.

Si l'amendement des rapporteurs a maintenu les conditions tenant au délai de formation du recours, il a supprimé la mention de son effet suspensif et celle du délai dans lequel le juge devrait se prononcer – fixé à deux jours en première lecture. En effet, les procédures d'urgence devant le juge administratif présentent des garanties équivalentes, tant en ce qui concerne la célérité du jugement ⁽²⁾ que la suspension des décisions médicales contestées ⁽³⁾.

Sans remettre en cause l'existence d'une voie de recours propres aux majeurs protégés, cette modification visait à attirer dans le champ de compétence du juge administratif l'ensemble des litiges se rapportant à l'accès à l'aide à mourir et, ainsi, de restaurer le monopole de juridiction prévu par la rédaction initiale de l'article 12.

*

* *

(1) Aux termes de la dernière phrase du III de l'article L. 1111-12-4 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant du I de l'article 6, le médecin qui se prononce sur la demande d'aide à mourir notifie sa décision motivée par écrit à la personne chargée de la mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne. Cette précision résulte de l'amendement AS714 des rapporteurs, qui a remplacé la référence à « l'information » de la personne chargée de la mesure de protection quant au sens de la décision rendue par le médecin par la mention de la « notification » de cette décision.

(2) Aux termes de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, le juge se prononce, dans le cas d'un référé-liberté, dans un délai de quarante-huit heures.

(3) Comme le Conseil d'État l'a souligné à plusieurs reprises, il appartient au juge des référés d'exercer ses pouvoirs de manière particulière lorsqu'il est saisi d'un référé-liberté portant sur l'arrêt ou la limitation de traitements au titre du refus de l'obstination déraisonnable. Ainsi, le juge des référés doit, dans cette hypothèse, « prendre les mesures de sauvegarde nécessaires pour faire obstacle à [l'exécution d'une décision de limitation ou d'arrêt des traitements] lorsque cette décision pourrait ne pas relever des hypothèses prévues par la loi, en procédant à la conciliation des libertés fondamentales en cause, qui sont le droit au respect de la vie et le droit du patient de consentir à un traitement médical et de ne pas subir un traitement qui serait le résultat d'une obstination déraisonnable » (pour une illustration récente, cf. Conseil d'État, 7 juillet 2025, n° 505353, point 3). Cette conception de l'office du juge des référés paraît transposable, toutes choses égales par ailleurs, à la contestation des décisions médicales relatives à l'accès à l'aide à mourir.

Article 13

Mesures réglementaires d'application

Adopté avec modifications

Origine de l'article : proposition de loi.

Première lecture

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

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

Deuxième lecture

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 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, il introduit 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 recueil 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 avait adopté en séance 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 prévue 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

Outre une modification sémantique tirant les conséquences du changement de dénomination de l'aide à mourir, la commission des affaires sociales avait adopté des amendements prévoyant :

- que le décret en Conseil d'État précité soit pris après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) ;

- que le même décret précise les conditions de préparation, de livraison, de traçabilité, de délivrance et de retour de la substance létale ;

- et que cet acte réglementaire définisse la forme et le contenu de la confirmation par la personne de sa volonté de recourir à l'aide à mourir le jour de l'administration de la substance létale, et non seulement ceux de la demande initiale de la personne et de sa confirmation.

Le Sénat avait adopté en séance un amendement de rédaction globale de l'article 13 complétant 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 1 du chapitre I^{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. Cet amendement prévoyait que fassent l'objet de recommandations de bonnes pratiques de la HAS 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 avait ensuite rejeté l'ensemble de la proposition de loi.

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

En deuxième lecture, contre l'avis de la commission et du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté huit amendements identiques prévoyant que le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) rende un avis sur le projet de décret en Conseil d'État qui précisera le déroulement de la procédure d'aide à mourir ⁽¹⁾. Le rapporteur Stéphane Delautrette s'y était opposé au double motif que les aspects procéduraux entrant dans le champ de cet acte réglementaire ne relevaient pas directement de la compétence du Cnom – qui a trait au premier chef à la déontologie médicale et au cadre d'exercice de la médecine – et qu'il serait loisible au Gouvernement de mener des consultations avec cet ordre professionnel sans qu'il soit nécessaire pour cela d'instaurer de procédure formelle de recueil de son avis, laquelle pourrait différer la publication du décret sans réel avantage du point de vue de l'expression des différentes parties prenantes.

L'Assemblée nationale a également adopté, cette fois suivant l'avis de la commission, un amendement du Gouvernement prévoyant que ce décret précise les modalités par lesquelles le médecin chargé d'instruire la demande d'aide à mourir accède aux données du registre des majeurs protégés ⁽²⁾. D'après le Gouvernement, cette modification vise à permettre au pouvoir réglementaire de définir des modalités d'accès à ces informations n'impliquant pas que le médecin consulte lui-même ce registre, afin de réserver l'accès à celui-ci aux membres de l'institution judiciaire – lesquels seraient, le cas échéant, chargés de transmettre au médecin les informations nécessaires à la vérification prévue par l'article 5 ⁽³⁾.

V. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

La commission des affaires sociales a adopté cinq amendements des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, dont quatre semblables à ceux qu'elle avait adoptés en première lecture. Il s'agit :

– de l'amendement n° COM-103 tirant les conséquences du changement de dénomination de l'aide à mourir à l'article 2 ;

(1) Amendements n°s 705, 820, 958, 995, 1212, 1326, 1853 et 1976.

(2) Cf. le commentaire de l'article 5.

(3) « L'accès à ce fichier par des tiers à l'institution judiciaire (tels des médecins) étant susceptible de présenter tant des problèmes techniques d'ouverture de droits à des personnes extérieures aux services judiciaires que des risques en matière de sécurité du système d'information, il est envisagé, à ce stade, que le médecin puisse adresser une demande de consultation du fichier au procureur de la République qui sera chargé d'effectuer les consultations à la demande des médecins conduisant la procédure d'aide à mourir » (*exposé sommaire de l'amendement n° 2157 du Gouvernement*).

– de l’amendement n° COM-104 soumettant le projet de décret en Conseil d’État à l’avis préalable de la HAS et du CCNE ;

– de l’amendement n° COM-106 prévoyant que ce décret définisse les conditions de préparation, de livraison, de traçabilité, de délivrance et de retour de la substance létale – précisions auxquelles le rapporteur Stéphane Delautrette n’avait pas jugé opportun de consacrer de dispositions réglementaires spécifiques, les conditions d’élaboration, de délivrance, de retour et de destruction de la substance létale étant définies à plusieurs emplacements de la proposition de loi, qui tantôt institue un circuit spécifique ⁽¹⁾, tantôt renvoie à des dispositions en vigueur ⁽²⁾ ;

– de l’amendement n° COM-104 renvoyant à ce décret la définition de la forme et du contenu de la confirmation par la personne de sa volonté de recourir à l’aide à mourir le jour de l’administration de la substance létale, et non seulement ceux de la demande initiale de la personne et de sa confirmation à l’issue du délai de réflexion prévu par le premier alinéa du IV de l’article L. 1111-12-4 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de l’article 6.

À l’initiative de ses rapporteurs, le Sénat a également adopté un amendement de précision n° COM-105 explicitant le fait que la procédure de vérification des conditions d’accès à l’aide à mourir est celle définie par l’article L. 1111-12-4 du même code, résultant de l’article 6 précité.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE

En séance, le Sénat a adopté contre l’avis du Gouvernement l’amendement de suppression n° 737 déposé par les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon au nom de la commission après le rejet de l’article 2.

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

(1) Cf. le premier alinéa de l’article L. 1111-12-6 du code de la santé publique, créé par l’article 8, concernant la délivrance de la préparation magistrale létale au médecin ou à l’infirmier par la pharmacie d’officine ; s’agissant du retour de la substance létale et de sa destruction, le premier alinéa du V de l’article L. 1111-12-7 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant de l’article 9 de la proposition de loi ; le 7° de l’article L. 5126-6 du code de la santé publique, issu du 3° du II de l’article 16, pour la délivrance de la préparation magistrale létale par la pharmacie à usage intérieur à la pharmacie d’officine.

(2) Cf. le deuxième alinéa du I de l’article L. 1111-12-7 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant de l’article 9 de la proposition de loi, qui fait référence à l’article L. 4211-2 du même code, lequel renvoie à un décret en Conseil d’État la définition des conditions de la destruction des médicaments non utilisés par les particuliers qui les détiennent. Voir également le dernier alinéa de l’article L. 5121-1 du code de la santé publique, résultant du 1° du II de l’article 16, qui prévoit que la préparation magistrale létale est délivrée dans les conditions mentionnées à l’article L. 5132-8 du même code, lequel renvoie à un décret en Conseil d’État la définition des conditions de la production, de la fabrication, du transport, de l’importation, de l’exportation, de la détention, de l’offre, de la cession, de l’acquisition et de l’emploi de plantes, de substances ou de préparations classées comme vénéneuses.

VI. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN NOUVELLE LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Outre un amendement AS729 de précision, la commission a adopté l'amendement AS728 des rapporteurs supprimant l'obligation, pour le Gouvernement, de recueillir l'avis du Conseil national de l'Ordre des médecins concernant le décret en Conseil d'État précisant les aspects procéduraux mentionnés à cet article.

Les rapporteurs ont estimé que ces éléments présentaient un lien trop indirect avec les attributions de l'Ordre des médecins, qui concernent au premier chef le cadre d'exercice de la médecine et la déontologie médicale ⁽¹⁾, pour justifier le recours à une procédure formelle d'avis ⁽²⁾.

En outre, cette suppression ne fait pas obstacle à la consultation, par le Gouvernement, des représentants du corps médical lors de la préparation de cet acte réglementaire ⁽³⁾.

Il convient enfin de rappeler que le Conseil national de l'Ordre des médecins a été entendu au cours des travaux préparatoires menés à l'Assemblée nationale concernant le projet de loi initial ⁽⁴⁾ et à ceux conduits au sein des deux chambres composant le Parlement dans la perspective de l'examen en première lecture de la proposition de loi relative à la fin de vie, devenue la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir.

*

* *

(1) Aux termes de l'article L. 4121-2 du code de la santé publique, l'Ordre des médecins veille « au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine [...] et à l'observation, par tous [ses] membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie [...] ». Le même article prévoit également que l'Ordre des médecins contribue « à promouvoir la santé publique et la qualité des soins » ; qu'il assure « la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale » ; qu'il peut « organiser toutes œuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de [ses] membres et de leurs ayants droit » et qu'il accomplit sa « mission par l'intermédiaire des conseils et des chambres disciplinaires de l'ordre ».

(2) À l'appui de cette affirmation, on peut relever que le législateur a prévu la consultation obligatoire du Conseil national de l'Ordre des médecins concernant les décrets en Conseil d'État précisant les conditions dans lesquelles certains professionnels peuvent exercer la médecine à titre de remplaçant ou d'adjoint d'un médecin (article L. 4131-2 du code de la santé publique) ou établir un certificat de décès (article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales) ou organisant le fonctionnement des services de santé au travail et les modalités de surveillance de l'état de santé des travailleurs en l'absence d'accord de branche étendu (article 10 de la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail). Par ailleurs, en application de l'article L. 4127-1 du code de la santé publique, le code de déontologie médicale est « préparé » par le conseil national de l'Ordre des médecins et « édicté sous la forme d'un décret en Conseil d'État ».

(3) À cet égard, la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées a indiqué, lors de l'examen en deuxième lecture à l'Assemblée nationale, que « le Conseil national de l'Ordre sera [il] bien consulté, comme d'autres acteurs concernés, même si ce décret ne relève pas complètement du champ de l'éthique puisqu'il va préciser la procédure à suivre. Les décrets font toujours l'objet d'une large concertation [...] » (compte rendu de la deuxième séance du 23 février 2026).

(4) Audition du 23 avril 2024 menée par la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie.

CHAPITRE IV Clause de conscience

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

Adopté sans modification

Origine de l'article : proposition de loi.

Première lecture

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

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

Deuxième lecture

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 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 l'orientation 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, la commission des affaires sociales avait adopté un amendement 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, l'Assemblée nationale avait adopté de nouvelles modifications rédactionnelles.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

● La commission des affaires sociales avait étendu le bénéfice de la clause de conscience :

– en premier lieu, à l'ensemble des professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la procédure d'aide à mourir. Cet élargissement aurait concerné 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 ;

– en second lieu et suivant une inspiration analogue, 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.

La commission avait également adopté des amendements :

– 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⁾ ;

– 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, n'auraient été 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).

• Le Sénat avait ensuite adopté des amendements substituant aux dispositions du II de l'article L. 1111-12-12 du code de la santé publique une nouvelle rédaction prévoyant qu'il ne pourrait être imposé à un établissement de mettre en œuvre l'aide à mourir si celle-ci était incompatible avec son projet d'établissement. Le cas échéant, l'aide à mourir aurait été mise en œuvre « *dans une structure ou un dispositif* » identifié par l'agence régionale de santé. Il aurait incombé à l'établissement dans lequel la personne est admise d'assurer son information et son orientation vers cette autre structure.

Le Sénat avait finalement rejeté l'ensemble de la proposition de loi.

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

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

La commission a adopté l'article 14 modifié par deux amendements rédactionnels du rapporteur Stéphane Delautrette ⁽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) Amendements AS704 et AS705.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

L'Assemblée nationale a adopté l'article 14 dans sa rédaction issue des travaux de la commission.

V. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

La commission des affaires sociales a apporté à cet article des modifications semblables à celles qu'elle avait déjà effectuées lors de la première lecture. Ainsi a-t-elle adopté :

– l'amendement n° COM-33 rect. *bis* de M. Daniel Chasseing (groupe Union Centriste) et plusieurs de ses collègues des groupes Les Indépendants - République et Territoires et Les Républicains et l'amendement n° COM-107 identique des rapporteurs, étendant le bénéfice de la clause de conscience spécifique à l'ensemble des professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans les procédures « *d'assistance médicale à mourir* », dans le but d'inclure les pharmaciens dans le champ de ladite clause ⁽¹⁾ ;

– l'amendement n° COM-108 des rapporteurs étendant le bénéfice de ladite clause 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. À cet égard, le rapporteur Stéphane Delautrette souligne qu'il ressort de la rédaction du 2° du 1° du II de l'article L. 1111-12-4 du code de la santé publique dans sa rédaction issue de l'article 6 que la participation de ces professionnels à la procédure collégiale revêt un caractère facultatif, le médecin instruisant la demande pouvant les « *convier à participer* » à la réunion du collège sans qu'il soit tenu de formuler cette proposition et sans, à plus forte raison, que ces professionnels aient l'obligation d'y répondre positivement ;

(1) « Le pharmacien est bien sûr impliqué dans l'administration de la substance létale. Il est logique que s'il n'adhère pas à [la] loi sur l'aide à mourir, il puisse faire valoir sa clause de conscience » (*exposé sommaire de l'amendement n° COM-33 rect. bis*) ; « cet amendement vise à ouvrir aux pharmaciens et aux préparateurs en pharmacie le bénéfice de la clause de conscience spécifique à l'assistance médicale à mourir » (*exposé sommaire de l'amendement n° COM-107*).

– l’amendement n° COM-109 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’indiquent les auteurs de l’amendement, cette modification revêt un caractère symbolique ⁽²⁾.

En outre, la commission a adopté l’amendement n° COM-17 de M. Emmanuel Capus et Mme Corinne Bourcier (groupe Les Indépendants - République et Territoires), remplaçant les dispositions du II de l’article L. 1111-12-12 précité par 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.

La commission a enfin adopté un amendement rédactionnel des rapporteurs ⁽³⁾.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

En séance, le Sénat a adopté contre l’avis du Gouvernement l’amendement de suppression n° 737 déposé par les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon au nom de la commission après le rejet de l’article 2.

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

VI. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN NOUVELLE LECTURE PAR LA COMMISSION À L’ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

(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) « Cet amendement renforce également la portée symbolique accordée à la clause de conscience, qui constitue une garantie essentielle de la liberté de conscience des professionnels » (*exposé sommaire de l’amendement n° COM-109*).

(3) Amendement n° COM-110.

CHAPITRE V Contrôle et évaluation

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

Adopté avec modifications

Origine de l'article : proposition de loi.

Première lecture

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

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

Deuxième lecture

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 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^{er} 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^o 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^o 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 avait 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 avait 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

● À l’initiative de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales du Sénat avait 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 ;

– prévoyant que les médecins siégeant dans cette commission soient désignés sur proposition du Conseil national de l’Ordre des médecins 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 ;

– précisant les modalités de saisine de l’ordre compétent lorsqu’un manquement déontologique est constaté ;

– excluant que les membres de la commission puissent être liés par un engagement associatif relatif « à l’euthanasie ou au suicide assisté » ;

– permettant qu’un contrôle approfondi soit mené sur des dossiers sélectionnés de manière aléatoire. 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 l’amendement avaient jugé nécessaire de prévoir explicitement la possibilité qu’il soit procédé à un contrôle plus approfondi sur un échantillon de dossiers.

La commission avait également adopté un amendement 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.

● Lors de l’examen en séance, le Sénat n’avait apporté à l’article 15 que des modifications d’ordre rédactionnel.

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

(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*).

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

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

La commission des affaires sociales a adopté l'article 15 modifié par un amendement rédactionnel de la rapporteure Élise Leboucher ⁽¹⁾.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative du Gouvernement :

– l'amendement n° 2160, qui a précisé le rôle de la commission de contrôle et d'évaluation vis-à-vis du système d'information en indiquant, au premier alinéa du I de l'article L. 1111-12-13 du code de la santé publique, qu'elle « *garantit le fonctionnement* » de ce système et en complétant, au second alinéa du même I, la liste des finalités de ce traitement de données en spécifiant que celui-ci vise à assurer la « *mise en œuvre* » de la procédure d'aide à mourir, dont chacune des étapes donne lieu à l'enregistrement d'informations. Cet amendement a fait l'objet d'un avis favorable de la commission ;

– l'amendement n° 2158, qui a permis aux médecins membres de la commission d'accéder au dossier médical partagé des personnes ayant eu recours à l'aide à mourir, et non seulement à leur « *dossier médical* » – notion qui, par défaut, désigne les dossiers détenus par chaque professionnel ou établissement de santé concernant les personnes qu'ils prennent en charge. La commission s'en est remise à la sagesse de l'Assemblée nationale quant à cet amendement qui semblait appeler une coordination à l'article 6 pour s'assurer que les professionnels participant à la procédure collégiale aient accès aux mêmes informations que la commission de contrôle et d'évaluation.

L'Assemblée nationale a ensuite adopté l'article 15 ainsi modifié.

(1) Amendement AS706.

V. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

La commission des affaires sociales a apporté à cet article des modifications semblables à celles qu'elle avait déjà effectuées lors de la première lecture. Ainsi a-t-elle adopté à l'initiative des rapporteurs :

– l'amendement n° COM-112 de coordination sémantique et l'amendement rédactionnel n° COM-114 ;

– l'amendement n° COM-113 prévoyant la possibilité de mener un contrôle approfondi sur un ensemble de dossiers sélectionnés de manière aléatoire ;

– l'amendement n° COM-115 précisant les modalités de saisine de l'ordre compétent lorsqu'un manquement déontologique est constaté. Aussi, la commission a une nouvelle fois 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 ;

– l'amendement n° COM-116 prévoyant que les médecins siégeant dans cette commission soient désignés sur proposition du Conseil national de l'Ordre des médecins 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 ;

– l'amendement n° COM-117 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 ;

– l'amendement n° COM-118 excluant que les membres de la commission puissent être liés par un engagement associatif relatif « à l'euthanasie ou au suicide assisté ». L'exposé sommaire de l'amendement précise que cette restriction vise indifféremment les prises de position « en faveur ou en défaveur » de ces causes ;

– l'amendement n° COM-119 précisant 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.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

En séance, le Sénat a adopté contre l'avis du Gouvernement l'amendement de suppression n° 745 déposé par les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon au nom de la commission des affaires sociales après le rejet de l'article 2.

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

VI. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN NOUVELLE LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Outre deux amendements rédactionnels AS730 et AS731, la commission a adopté à l'initiative des rapporteurs :

– l'amendement AS727 précisant que le décret en Conseil d'État qui déterminera les conditions du traitement des données du système d'information prévu pour le suivi de la procédure devra définir les catégories de données susceptibles d'être enregistrées dans ce système ; les conditions dans lesquelles les membres et le personnel de la commission accèdent à ces informations, y compris à celles de nature médicale ; et les modalités selon lesquelles ces données peuvent être traitées à des fins de recherche scientifique, le cas échéant avec le consentement des personnes concernées ;

– l'amendement AS705 autorisant les médecins auxquels la commission fera appel pour exercer ses missions à accéder au dossier médical de chaque personne ayant eu recours à l'aide à mourir, détenu par tout professionnel ou tout établissement de santé, ainsi qu'à son dossier médical partagé. L'accès à ces informations était jusqu'alors limité aux seuls médecins membres de la commission ;

– l'amendement AS734 étendant à l'ensemble des membres du Conseil d'État et de la Cour de cassation la possibilité de siéger au sein de la commission de contrôle et d'évaluation, quand la rédaction antérieure limitait cette faculté aux membres du Conseil d'État ayant atteint le grade de conseiller d'État et à ceux de la Cour de cassation exerçant les fonctions de rapporteur.

*

* *

Article 16

Définition des substances létales autorisées

Adopté sans modification

Origine de l'article : proposition de loi.

Première lecture

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

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

Deuxième lecture

Sort à l'Assemblée nationale : adopté sans modification.

Sort au Sénat : supprimé (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).

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

L'Assemblée nationale avait 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

À l'initiative des rapporteurs, la commission des affaires sociales du Sénat avait 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 – ⁽²⁾, l'autre effectuant une coordination pour tirer les conséquences du changement de la dénomination de l'aide à mourir ⁽³⁾.

Lors de l'examen en séance, le Sénat avait adopté l'article 16 dans sa rédaction issue des travaux de la commission avant de rejeter l'ensemble de la proposition de loi.

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

(2) Amendement n° COM-187.

(3) Amendement n° COM-186.

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

La commission des affaires sociales puis l'Assemblée nationale ont adopté l'article 16 sans modification.

V. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

La commission des affaires sociales a adopté cet article modifié par un amendement rédactionnel et un amendement de coordination sémantiques des rapporteurs ⁽¹⁾, identiques à ceux qu'elles avaient déjà adoptés en première lecture.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

En séance, le Sénat a adopté contre l'avis du Gouvernement l'amendement de suppression n° 746 déposé par les rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon au nom de la commission après le rejet de l'article 2.

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

VI. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN NOUVELLE LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

(1) Amendements n° COM-120 et COM-121.

CHAPITRE VI Dispositions pénales

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

Supprimé par la commission

Origine de l'article : proposition de loi.

Première lecture

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

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

Deuxième lecture

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 crée un article L. 1111-12-14 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* » ⁽¹⁾ (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 ;

(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, 221-3, 221-4 et 221-5 (« 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 [...] dans [certaines] circonstances [...] ») du code pénal, l'article 2 de la proposition de loi (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 ».*

– 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).

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

En première lecture, outre qu'elle avait opéré des ajustements rédactionnels et amélioré la codification (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 avait 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 et, 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 avait 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.

La rapporteure Élise Leboucher ne revient pas sur le fait que son très fort attachement politique au droit à l'avortement, consacré depuis quelques mois par le dix-huitième alinéa de l'article 34 de la Constitution, ne l'empêche pas, sur un strict plan juridique, de relever que certaines formules de l'actuel article L. 2223-2 du code de la santé publique sont imparfaites : elle l'a personnellement indiqué en séance ⁽¹⁾ et, malgré leur désaccord sur le fond, est rejointe par ses homologues du Sénat ⁽²⁾.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

Avant que le Sénat rejette l'ensemble de la proposition de loi en séance publique, sa commission des affaires sociales avait 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* ».

(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.

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

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.

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

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA COMMISSION

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

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

Suivant l'avis du rapporteur général Olivier Falorni et du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté l'amendement n° 261 du président Frédéric Valletoux et de trois de ses collègues des groupes Gauche Démocrate et Républicaine et Horizons & Indépendants, qui complète l'article 17 en créant un article L. 1115-5 du code de la santé publique pour punir d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le « *fait d'exercer des pressions sur une personne afin qu'elle ait recours à l'aide à mourir* », quoique la simple « *mise à disposition ou la fourniture d'informations sur les modalités* » soit, logiquement, exclue du champ de l'infraction.

(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.

Cette rédaction évite les lacunes d'amendements concurrents présentés tout au long de la navette, parce qu'ils auraient judiciairisé l'incitation à un droit, de façon antinomique, assimilé des vices du consentement en faveur de l'aide à mourir aux différents éléments matériels des délits de provocation au suicide d'autrui d'une part et de propagande ou de publicité relative aux moyens de se donner la mort d'autre part (section 6 du chapitre III du titre II du livre II du code pénal), puisque justement il ne s'agit pas d'un suicide, ou encore se seraient mal combinés avec les dispositions législatives et la jurisprudence sur « *l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse soit d'un mineur, soit d'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, pour conduire ce mineur ou cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables* » (article 223-15-2 du même code).

V. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA COMMISSION

La commission a adopté l'amendement n° COM-122 des rapporteurs, une rédaction globale qui se borne à étendre à « *l'assistance médicale à mourir* » l'objet du délit de propagande quant aux moyens de se donner la mort (article 223-14 du code pénal) – ce que cette commission avait déjà fait en insérant en première lecture un article 17 *bis*, effacé du fait du rejet ultérieur du texte.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

Avant de rejeter l'ensemble de la proposition de loi, le Sénat avait adopté, contre l'avis du Gouvernement, l'amendement de suppression n° 747 des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon.

VI. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN NOUVELLE LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission a supprimé l'**article 17**, en adoptant les amendements AS58 de M. Thibault Bazin et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine, AS60 de Mme Nicole Dubré-Chirat et plusieurs de ses collègues du groupe Ensemble pour la République, AS357 de Mme Justine Gruet et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine, AS481 de Mme Agnès Firmin Le Bodo (groupe Horizons & Indépendants), AS640 de M. Christophe Bentz et plusieurs de ses collègues du groupe Rassemblement National et AS687 de Mme Annie Vidal et plusieurs de ses collègues du groupe Ensemble pour la République.

*

* *

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 sans modification

Origine de l'article : proposition de loi.

Première lecture

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

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

Deuxième lecture

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 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 le tarif des honoraires ou forfaits des professionnels de santé intervenant dans l'aide à mourir, d'autre part, les dépassements étant par ailleurs prohibés.

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

Outre des coordinations ⁽¹⁾ ou ajustements rédactionnels, la commission avait 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 et avait également complété cet article par 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 du nouveau type d'acte, comme par exemple la spécialisation d'hôtels.

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

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

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

– l'amendement n° COM-190 supprimait 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 plaçait 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, ce dont l'Assemblée nationale s'inspirera en deuxième lecture (*cf. infra*) ;

– l'amendement n° COM-192 supprimait, dans le même **II**, le délai strict dans lequel l'arrêté devrait être pris ;

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

(1) Il est ainsi créé un 33°, non un 32°, dans l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

Avant de rejeter l'ensemble de la proposition de loi, le Sénat avait adopté l'amendement de précision rédactionnelle n° 359 des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, contre l'avis du Gouvernement.

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

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA COMMISSION

La commission a adopté l'article 18, modifié par :

– l'amendement rédactionnel AS664 et l'amendement de codification AS665 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 d'abord retirée de l'article 11 par l'adoption de l'amendement AS707 du rapporteur Stéphane Delautrette et de ses co-rapporteurs.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

L'Assemblée nationale a adopté cet article dans sa rédaction issue des travaux de la commission.

V. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA COMMISSION

La commission a adopté l'article 18, modifié par quatre amendements des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon :

- les n^{os} COM-123 et COM-126, usant des mots « *assistance médicale* » ;
- le n° COM-124, appliquant aux actes, produits et prestations en matière d'aide à mourir le droit commun de la participation de l'assuré ;
- et le n° COM-125, supprimant le terme de temps imposé à l'arrêté.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

Avant de rejeter l'ensemble de la proposition de loi, le Sénat avait adopté les amendements de suppression n^{os} 77 rectifié de Mme Laurence Muller-Bronn et de plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste et 748 des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, contre l'avis du Gouvernement.

VI. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN NOUVELLE LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté l'article 18 sans modification.

*
* *

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 sans modification

Origine de l'article : proposition de loi.

Première lecture

Sort à l'Assemblée nationale : adopté sans modification.

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

Deuxième lecture

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 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 ».

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'avait modifié cet article ni en commission ni en séance.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN PREMIÈRE LECTURE PAR LE SÉNAT

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

Avant de rejeter l'ensemble de la proposition de loi, le Sénat avait adopté, suivant l'avis du Gouvernement, l'amendement rédactionnel n° 360 des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon.

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

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

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

La commission a adopté l'article 19, après l'avoir assorti de l'amendement rédactionnel AS666 de la rapporteure Élise Leboucher et de ses co-rapporteurs.

L'Assemblée nationale l'a ensuite adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

V. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LE SÉNAT

A. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN COMMISSION

La commission a adopté l'article 19, après y avoir remplacé l'expression « *aide* [à mourir] » par « *assistance médicale* », avec l'amendement n° COM-127 des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon.

B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN SÉANCE PUBLIQUE

Avant de rejeter l'ensemble de la proposition de loi, le Sénat avait adopté les amendements de suppression n^{os} 78 rectifié de Mme Laurence Muller-Bronn et de plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste et 749 des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, contre l'avis du Gouvernement.

VI. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN NOUVELLE LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

La commission a adopté l'article 19 sans modification.

*

* *

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

Première lecture

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).

Deuxième lecture

Sort à l'Assemblée nationale : adopté sans modification.

Sort au Sénat : supprimé (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 avait 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

(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.

sont partagées ⁽¹⁾, soit à la loi organique qui dans les deux dernières organise le principe de spécialité législative ⁽²⁾ ;

— à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte, quant aux spécificités de ces deux territoires en matière de santé et de sécurité sociale (2°), puisque 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 dans le premier ⁽³⁾ et directement, sous réserve d'ajustements aux particularités locales, dans le second.

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

Avant de rejeter l'ensemble du texte, le Sénat avait adopté cet article en termes conformes tant en commission qu'en séance publique.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification, en commission puis en séance publique.

IV. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN DEUXIÈME LECTURE PAR LE SÉNAT

La commission a adopté cet article en termes conformes.

Puis, avant de rejeter l'ensemble de la proposition de loi, le Sénat avait adopté, contre l'avis du Gouvernement, l'amendement de suppression n° 750 des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon.

V. LES MODIFICATIONS APPORTÉES EN NOUVELLE LECTURE PAR LA COMMISSION À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

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

*

* *

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

(2) 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.

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

Article 20
Gage financier

Suppression maintenue

Origine de l'article : proposition de loi.

Première lecture

Sort à l'Assemblée nationale : supprimé.

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

Deuxième lecture

Sort à l'Assemblée nationale : suppression maintenue.

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 constituent une charge pour les administrations publiques.

L'article 20 prévoyait de la compenser 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 avait supprimé cet article en séance publique ; le Sénat avait confirmé cette suppression tant en commission qu'en séance publique, avant de rejeter l'ensemble du texte.

- En deuxième lecture, l'Assemblée n'est revenue sur cette suppression ni en commission, ni en séance ; le Sénat l'a imitée à ces deux étapes, avant de rejeter l'ensemble du texte.

- En nouvelle lecture, la commission a maintenu 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 :

– l'Assemblée nationale avait changé son titre pour que la proposition de loi soit « *relative au droit à l'aide à mourir* » ;

– la commission des affaires sociales du Sénat avait adopté l'amendement n° COM-195 des rapporteurs Christine Bonfanti-Dossat et Alain Milon, de sorte que la proposition de loi soit « *relative à l'assistance médicale à mourir* », ce qui n'avait pas été remis en cause en séance, avant que l'ensemble du texte soit cependant rejeté.

● En deuxième lecture :

– la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale puis celle-ci en séance ont rejeté les amendements visant à modifier le titre ;

– la commission des affaires sociales du Sénat a retenu l'intitulé « *relative à l'assistance médicale à mourir* », puis l'ensemble du texte a été rejeté en séance.

● En nouvelle lecture, la commission n'a apporté aucune modification à l'intitulé de la proposition de loi.

*

* *

TRAVAUX DE LA COMMISSION

1. Réunion du lundi 8 juin 2026 à 16 heures (article 1^{er} à article 4)

Lors de sa première réunion du 8 juin 2026, la commission des affaires sociales procède à l'examen, en nouvelle lecture, de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, en deuxième lecture, relative au droit à l'aide à mourir (n° 2773) (M. Philippe Vigier, rapporteur général ; Mme Brigitte Liso, Mme Audrey Abadie-Amiel, M. Stéphane Delautrette et Mme Élise Leboucher, rapporteurs) ⁽¹⁾.

M. Nicolas Turquois, président. Réunie mardi dernier, la commission mixte paritaire chargée d'élaborer un texte sur les dispositions restant en discussion de la proposition relative au droit à l'aide à mourir n'a pas pu parvenir à un accord. La nouvelle lecture aura donc lieu en séance publique à compter du lundi 22 juin. Nous débatons en commission l'examen du texte et des amendements sur les vingt et un articles restant en discussion.

Ce texte est très attendu par nombre de nos concitoyens qui y sont favorables, mais il suscite également l'inquiétude de nombreux autres. Je vous invite donc, comme cela a été le cas lors des précédentes lectures, à faire preuve d'un grand respect les uns envers les autres ainsi qu'envers le sujet.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Alors que nous entamons la troisième – la sixième si l'on compte les examens en séance – lecture de ce texte, je forme le vœu que ces échanges soient aussi respectueux qu'ils l'ont été lors des précédentes lectures. Surtout, évitons de tenir des propos mensongers et inexacts qui effraieraient les gens inutilement.

La définition donnée par ce texte est précise, les critères prévus sont cumulatifs ; aucun d'entre eux ne peut s'appliquer de manière isolée. La procédure est claire et peut à tout moment être interrompue à la demande de la personne concernée. Il s'agit non pas d'une obligation mais d'une possibilité offerte au demandeur, tout comme aux soignants qui bénéficient d'une clause de conscience. Ainsi, ce texte crée un droit nouveau très encadré.

Quelque 691 amendements ont été déposés, dont presque la moitié par trois députés, qui ont parfois eu le verbe haut, tandis que certains groupes politiques ont fait de l'obstruction. Certains amendements ne laissent pas d'interroger quant à leur contenu ; il conviendrait de ne déposer que des amendements en lien direct avec le texte et répondant aux besoins.

(1) <https://assnat.fr/AGAO3j>

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Je souhaite la bienvenue à notre nouveau rapporteur général, Philippe Vigier, tout en ayant une pensée pour Olivier Falorni, qui nous a emmenés jusqu'ici et, sans aucun doute, nous écoute. Je suis convaincue que cette nouvelle lecture se déroulera aussi bien que les précédentes ; il n'y a aucune raison qu'il en soit autrement. Les amendements étant pour la plupart identiques à ceux qui ont été déposés lors des précédentes lectures, vous ne serez pas surpris que nos réponses soient peu ou prou les mêmes.

M. Philippe Vigier, rapporteur général de la proposition de loi. Je suis particulièrement honoré et heureux d'être le rapporteur général de ce texte et de poursuivre les travaux conduits depuis six ans par Olivier Falorni, dont j'ai été l'un des compagnons de route depuis le début.

Je vous salue toutes et tous, sur tous les bancs. Je serai respectueux des positions des uns et des autres. Nous examinerons des amendements lors de ce débat ; amender est un droit des parlementaires, je tiens à le rappeler. Je souhaite que la dignité préside à nos échanges et que nous puissions avancer en toute sérénité.

Mme Annie Vidal (EPR). Certains d'entre nous ont déposé des amendements qui s'apparentent à ceux déposés lors des précédentes lectures. Certes, nous examinons ce texte en troisième lecture, mais il a été rejeté à deux reprises par le Sénat et nous n'avons pas été entendus lors des deux premières lectures. Il est donc logique que nous revenions sur des sujets qui, pour nous, restent en discussion.

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 AS1 de M. Thibault Bazin et AS568 de M. Christophe Bentz

M. Patrick Hetzel (DR). Je tiens à rassurer Mme Dubré-Chirat : cet amendement AS1 est en lien direct avec le texte comme, du reste, tous les amendements que nous examinerons. À défaut, ils auraient été déclarés irrecevables. La question ne se pose donc pas.

Notre amendement vise à supprimer cet article pour une raison simple : nous considérons que ce qui est prévu par ce texte, à savoir l'euthanasie et le suicide assisté, ne relève pas du soin. C'est la raison pour laquelle ce dispositif ne doit pas être codifié.

Les nombreuses alertes que nous avons lancées n'ont pas été prises en compte. Il est donc légitime que nous revenions sur ces sujets, tant ils continuent de susciter une profonde inquiétude.

M. Christophe Bentz (RN). Lors des précédentes lectures, nous n'avions pas réussi à convaincre Olivier Falorni qu'il ne fallait pas voter ce texte. Nous essaierons donc d'emporter votre adhésion, monsieur Vigier, au moyen des nombreux amendements que nous avons déposés.

Ce texte n'est pas cohérent avec la loi du 26 mai 2026 relative aux soins palliatifs que nous avons tous votée à l'unanimité, tant à l'Assemblée qu'au Sénat. Laissons sa chance à une loi qui fait également l'unanimité dans l'opinion publique – 99 % des Français y sont favorables. Nous ne pouvons pas, d'un côté, voter un texte consacré aux soins palliatifs – lesquels consistent en un accompagnement de la personne jusqu'à la fin de sa vie – et, de l'autre, adopter un autre texte de nature profondément différente, et même antagoniste. C'est la raison pour laquelle nous avons déposé un amendement de suppression de l'article 1^{er} de la mal nommée proposition de loi relative à l'aide à mourir.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Vous contestez le choix d'inscrire l'aide à mourir dans le code de la santé publique, alors que celle-ci relève bien du domaine de la santé : seules les personnes malades pourront y avoir accès et des professionnels de santé interviendront à chaque étape de la procédure.

Par ailleurs, le code de la santé publique ne traite pas uniquement de soins, s'il fallait encore le démontrer.

Enfin, codifier ces dispositions améliorera l'accessibilité et l'intelligibilité de la loi pour les personnes qui souhaiteraient y avoir recours.

Avis défavorable.

M. Christophe Bentz (RN). Vous venez d'établir un lien entre ce texte relatif à ce que vous appelez l'« aide à mourir » et les professionnels de santé. Nous utiliserons donc d'autres arguments pour tenter de vous convaincre et de comprendre ce qui vous pousse à défendre cette proposition de loi.

Un professionnel de santé peut-il accepter que la mort provoquée fasse partie de sa mission ? Par ailleurs, puisque nous ne nous accordons pas sur les termes, nous aurons encore un débat sémantique. Vous avez dit que ce texte était relatif à l'aide à mourir. Nous pouvons être d'accord sur le principe de l'aide à mourir qui, sémantiquement, s'entend comme l'accompagnement jusqu'à la fin de la vie. C'est précisément l'objet de la loi relative aux soins palliatifs que nous avons votée. Nous ne vous accusons pas de mentir, nous disons simplement que les termes ne reflètent pas la vérité. Cette expression est fautive car l'aide à mourir se rapporte en réalité aux soins palliatifs. Or le texte autorise l'administration d'une substance létale, soit une provocation intentionnelle de la mort, ce qui n'a rien à voir. Dès lors, la confusion est totale.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS572 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Je poursuis ce débat sémantique, monsieur le rapporteur général, car je sens que nous commençons à vous convaincre ! Pied à pied, amendement après amendement, nous développerons des arguments pour vous démontrer à quel point ce texte, qui autorise la provocation de la mort, est par nature dangereux. Il légaliserait le suicide, bien que celui-ci soit encadré juridiquement.

Je propose donc de supprimer les mots « et fin » du titre du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de sorte que soient pleinement traduites la volonté de soigner, qui est la vocation du soignant et de la société, et la nécessité de défendre la vie humaine.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Par cet amendement d'appel, vous proposez de mentionner la « volonté de vie ». Or la référence à la fin de vie est tout à fait légitime compte tenu de l'objet même de ce texte qui s'adresse à des personnes dont le pronostic vital est engagé.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Ce texte ne concerne pas uniquement les personnes en fin de vie. Vous parlez de « pronostic vital engagé » alors que le texte vise « une affection grave et incurable [...] qui engage le pronostic vital ». Ce n'est donc pas la même chose.

Par ailleurs, l'article 4 vise deux catégories de personnes pouvant prétendre à l'aide à mourir : d'un côté, celles dont le pronostic vital est engagé à court terme et qui sont, par conséquent, en fin de vie ; de l'autre, celles atteintes d'une affection en phase avancée, soit potentiellement 1 million de personnes éligibles. Or, reconnaissez-le : il ne s'agit pas là de patients en fin de vie.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). La fin de vie, qui peut concerner chacun à tout âge, est clairement définie par le texte au moyen de critères cumulatifs.

Par ailleurs, dans le cadre des soins palliatifs, la sédation profonde consiste à accompagner les patients par l'arrêt de l'hydratation et de l'alimentation. C'est un processus qui prend un certain temps, et ce n'est pas une situation confortable : on ne regarde pas les patients mourir tranquillement.

Arrêtons de nous cacher derrière notre petit doigt en refusant d'admettre la réalité de la fin de vie. Vous invoquez un critère de manière isolée ; je vous invite à faire preuve d'honnêteté en prenant en compte toutes les dispositions de ce texte.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS570, AS574 et AS573 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). L'article 1^{er} vise à modifier le code de la santé publique. À cet égard, l'amendement AS570 renvoie précisément à la dimension publique puisqu'il tend à intégrer le principe de « solidarité envers les personnes » dans le titre du chapitre. En effet, la notion de santé implique intrinsèquement la dispense de soins, et non la provocation de la mort, qui n'est en rien un acte de soin.

Par ailleurs, l'amendement AS574 vise à préciser que la fin de vie doit faire l'objet d'un accompagnement.

Enfin, l'amendement AS573 rappelle que la vocation ainsi que le devoir de la société sont de soigner jusqu'à la fin.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Ces trois amendements visent à modifier l'intitulé du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la santé publique.

Chacun d'entre nous est attaché à l'exigence de solidarité envers les personnes en fin de vie. Cependant, reconnaissez-le, ces amendements ont simplement pour objet de marquer votre refus de l'aide à mourir dans sa globalité et d'opposer celle-ci aux différentes formes d'accompagnement des malades. Or rien, dans cette proposition de loi, ne remet en cause le droit de toute personne à recevoir les traitements et les soins les plus appropriés à sa situation. Il s'agit plutôt de leur ouvrir un droit supplémentaire. Je suis donc défavorable à ces amendements.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS5 de M. Patrick Hetzel, AS571 et AS569 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

M. Patrick Hetzel (DR). Cette proposition de loi crée une rupture en ce qu'elle modifie l'éthique du soin. Par souci de clarté terminologique, il convient de nommer les choses plutôt que de recourir à l'euphémisme de l'accompagnement de la fin de vie. Nous savons qu'il y a là un point de désaccord : nous légiférons en réalité sur le suicide assisté et l'euthanasie. Dès lors, ces termes doivent être clairement mentionnés dans le texte.

M. Christophe Bentz (RN). Depuis des siècles, la France a pour tradition de prodiguer des soins à la personne jusqu'à sa mort naturelle. Or le texte ouvre la possibilité d'administrer une substance létale : cela ne sera jamais une mort naturelle.

La France a également pour tradition de prodiguer des soins aux personnes les plus vulnérables. Tel est l'objet de l'amendement AS571, qui vise à inscrire ce principe dans la loi, car il est du devoir et de l'honneur de la France de soigner les personnes fragiles.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Monsieur Hetzel, vous proposez de supprimer la référence à la fin de vie ; j'y suis défavorable. C'est une question de terminologie ; je vous propose de revenir sur ce sujet lors de l'examen de l'article 2.

Monsieur Bentz, vos amendements traduisent votre refus de l'aide à mourir, que vous opposez de nouveau aux autres formes d'accompagnement de la fin de vie. Il s'agit, là encore, d'une question de terminologie.

Avis défavorable sur ces trois amendements.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Monsieur Bentz, je suis convaincu par l'équilibre de ce texte. Vous avez évoqué la « mort naturelle ». Or la sédation profonde et continue ne conduit pas à une mort naturelle dans la mesure où l'arrêt des apports hydriques et nutritionnels entraîne la cessation des fonctions organiques. Il s'agit donc d'une mort provoquée du fait de cette privation – les médecins le savent parfaitement.

N'entrons cependant pas dans un débat sémantique : il s'agit non pas d'un droit en moins mais d'un droit en plus. Vous connaissez le protocole sur lequel nous reviendrons : la possibilité de bénéficier de soins palliatifs est inscrite dans le texte que nous examinons. N'opposons pas ces deux démarches. Il s'agit de réserver un certain nombre de cas pour lesquels l'aide à mourir sera ouverte à celles et ceux qui en feront la demande.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement de M. Hetzel est intéressant en ce qu'il distingue deux gestes différents du point de vue éthique : le suicide assisté et l'euthanasie, selon que l'injection est réalisée par la personne elle-même ou par autrui.

Lors des précédentes lectures, je n'ai pas compris les raisons pour lesquelles vous refusiez d'opérer cette distinction. Un simple amendement peut profondément modifier la portée éthique du texte : il suffit de supprimer les mots « elle se l'administre » pour écarter le suicide assisté.

Par ailleurs, cessez d'assimiler l'aide à mourir à la sédation profonde et continue jusqu'au décès. Dans ce cadre, le pronostic vital est engagé à court terme ; la personne est bien en fin de vie. C'est fondamentalement différent.

J'essaie d'aborder les dispositions du texte de manière factuelle. Selon la définition retenue de l'engagement du pronostic vital, certaines personnes pourraient avoir encore plusieurs mois – voire davantage – à vivre. Si vous souhaitez que ces personnes bénéficient de l'aide à mourir, assumez-le. J'aurai l'occasion de revenir sur le délai de réflexion applicable dans de telles situations. Quoi qu'il en soit, la comparaison avec la sédation profonde et continue n'a pas lieu d'être dès lors que l'intention qui préside à ces actes n'est pas la même.

M. Jean-François Rousset (EPR). Il faut que nous nous accordions sur l'essentiel de ces deux textes. Nous débattons de personnes dont la situation nécessite un accompagnement par la société et les professionnels de santé pour leur permettre de mourir dans de bonnes conditions. Quels que soient les cas, ce sont des soignants qui mettent en œuvre la décision, et les conditions d'accès aux soins palliatifs ou à l'aide à mourir sont très précisément définies par les textes.

Sans entrer dans des détails sordides, rappelons que dans le cadre des soins palliatifs, on administre des substances létales, dont l'augmentation du volume ou du débit entraîne, à terme, la mort. Dès lors, il ne s'agit plus de sédation. Ce sont d'ailleurs les mêmes produits que ceux utilisés dans le cadre de l'aide à mourir. C'est pourquoi ils doivent être administrés par des personnes qualifiées, à savoir des soignants, dont la protection doit être garantie, notamment par la clause de conscience.

Si vous continuez à fracturer le débat comme vous le faites, nous rappellerons quelle a été notre attitude lors du débat sur le texte relatif aux soins palliatifs. Je n'ai jamais affirmé que les soins palliatifs pouvaient être assimilés à l'aide à mourir, notamment par respect pour ceux qui ne pensent pas comme nous. Je vous demande de faire preuve du même respect à notre égard.

M. Christophe Bentz (RN). Oui, madame la rapporteure, depuis quatre ans je cherche sans cesse à opposer les deux textes. En réalité, je ne cherche même pas à les opposer : ils s'opposent par leur nature même. L'un est consacré à l'accompagnement de la vie par le soin, l'autre autorise la provocation intentionnelle de la mort. Vous avez le droit d'être favorable à ce texte, mais reconnaissez que tel est son objet. Du reste, le reconnaître revient à prendre acte de cette opposition, que vous le vouliez ou non.

Monsieur le rapporteur général, l'équilibre trouvé il y a dix ans autour de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès a été arraché dans la douleur. Un nouvel équilibre ne saurait être établi dans ce texte, puisque celui-ci a déjà été consacré dans la loi de 2016, puis renforcé par la loi relative aux soins palliatifs promulguée il y a quinze jours.

M. Patrick Hetzel (DR). Monsieur Rousset, vous soutenez qu'il existerait un continuum entre la sédation profonde et continue et l'aide à mourir. C'est précisément ce que nous contestons depuis le début : nous considérons que la sédation profonde et continue est distincte de ce que prévoit ce texte. Du reste, si vous proposez de légiférer, c'est bien parce que vous souhaitez aller au-delà de la sédation profonde et continue.

Ce texte nous interpelle en ce qu'il crée une offre et, par voie de conséquence, une demande. Or cette demande exercera une pression de plus en plus forte sur nombre de nos concitoyens, notamment les plus vulnérables.

Par ailleurs, il ne vise pas seulement les personnes dont le pronostic vital est engagé à court terme : la cible est beaucoup plus large. À court terme, ce texte pourrait concerner jusqu'à 20 000 personnes par an.

M. Yannick Monnet (GDR). Je ne suis d'accord qu'avec le début des propos de M. Hetzel. Monsieur Bentz, il faut lire l'énoncé jusqu'au bout, sans quoi on en arrive à l'idée que l'on veut administrer la mort, ce qui n'est absolument pas le cas. La démarche vient d'une demande et s'exerce dans des conditions particulières.

Madame Gruet, nous utiliserions ces mots s'ils n'étaient pas autant chargés d'histoire. Si l'on mentionnait le « suicide assisté » dans le texte, que deviendrait alors la prévention du suicide, notamment chez les adolescents ? Cela créerait une

confusion. Quant au mot « euthanasie », je ne vous rappellerai pas l'histoire, que vous connaissez aussi bien que moi. Nous ne cherchons pas à tromper les gens puisque nous décrivons les actes qui seraient réalisés.

Il y a là un point de vigilance : comment faire en sorte que l'aide à mourir ne soit pas une alternative aux soins palliatifs et n'exerce pas une pression sur les gens qui souffrent ? Cette question ne doit pas être débattue lors de l'examen de l'article 1^{er}, mais lorsque nous aborderons les conditions d'accès.

La question de fond est de savoir si nous sommes prêts à ce que l'État réponde favorablement à une demande de mort soumise à des conditions particulières. C'est sur ce point que nous divergeons ; c'est donc le débat démocratique qui le tranchera.

M. René Pilato (LFI-NFP). Nos débats sur ce texte ont repris depuis à peine une demi-heure que nous retombons déjà dans les mêmes discussions. Ce n'est pas grave : les personnes qui nous écoutent ont besoin d'être éclairées.

Monsieur Hetzel, vous devriez pourtant être satisfait : il y a désormais deux textes distincts. Lorsqu'il n'y en avait qu'un, vous vous êtes amusés, à l'envi, à confondre les soins palliatifs et le droit à l'aide à mourir.

Par ailleurs, madame Gruet, lorsque vous n'évoquez que le pronostic vital à court terme, vous mentez. Il ne s'agit là que d'un demi-critère parmi les cinq critères cumulatifs requis. Or ce sont précisément les mensonges par omission qui ont nourri les tensions entre les personnes qui travaillent sur ce texte depuis de nombreuses années. Un patient ne peut bénéficier de l'aide à mourir qu'à la condition de remplir cinq critères.

Vous oubliez aussi de mentionner les souffrances insupportables et réfractaires. À un moment, cette personne, contrairement à ce que vous souhaiteriez, a le droit de ne plus vouloir souffrir car elle sait qu'elle va mourir. Or vous l'occultez chaque fois que vous énoncez un demi-critère. Nous vous le répéterons une ou deux fois, puis nous vous laisserons dérouler vos trois cents amendements répétitifs sans vous interrompre. Ainsi, vous vous ferez plaisir.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Le fait que vous parliez de ce nouveau droit en termes d'offre et de demande illustre bien notre divergence quant au fond. Pour nous, il s'agit en effet d'un droit humain fondamental.

Je souhaite souligner l'indécence de vos amendements relatifs au suicide assisté et à l'euthanasie, alors que nous en sommes à la sixième lecture de ce texte, que nous avons déjà eu de nombreux débats sur ce sujet et que nous vous avons, à plusieurs reprises, appelés au respect des familles des personnes qui se sont suicidées. J'ai une pensée pour toutes les familles brisées et traumatisées par ces drames, ainsi que pour tous les professionnels et les bénévoles qui luttent activement contre le suicide. Votre insistance est indécente.

Je ne poursuivrai pas davantage ce débat. Pour ce qui concerne mon groupe, nous voterons contre vos amendements. Au stade de la sixième lecture, tout cela n'est pas à la hauteur du débat.

Mme Annie Vidal (EPR). N'oublions pas qu'avant ces débats relatifs au suicide assisté et à l'euthanasie, nous avons eu de longs échanges sur l'aide active à mourir. De son côté, le Sénat avait proposé l'expression « aide médicale à mourir ». D'ailleurs, il était précisément question d'aide active à mourir dans tous les rapports qui ont été publiés avant l'examen cette proposition de loi – notamment celui du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.

Si nous avons été entendus en première lecture sur cette dénomination, nous aurions évité bien des amendements en deuxième et en troisième lectures. Il est regrettable que, sur un sujet aussi important, nous n'ayons pas été écoutés.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS575 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Cet amendement anti-dérive devrait rassurer tout le monde.

Les critères d'accès sont par nature susceptibles d'évoluer, dans la mesure où la loi elle-même évolue. C'est la raison pour laquelle il faut graver dans le marbre que l'aide à mourir ne bénéficie qu'aux personnes en phase terminale. Certes, les critères d'accès relèvent de l'article 4 ; toutefois le fait de préciser ce point à l'article 1^{er} permet de fixer cette condition afin d'éviter qu'elle n'évolue.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Votre amendement est satisfait : parmi les critères d'accès figure la mention « ou en phase terminale ».

Pour la bonne organisation et la clarté des débats, lorsque nous examinons un article, tenons-nous-en à son contenu, sans déborder sur les autres articles. J'y veillerai afin d'éviter les redondances et de gagner en efficacité. Cela nous permettra en outre d'avoir des échanges plus approfondis sur d'autres points.

Avis défavorable.

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Justine Gruet a indiqué que la fin de vie pouvait intervenir dans un délai de plusieurs mois. Pour rappel, lorsque la personne demande l'aide à mourir, celle-ci ne s'applique pas forcément dans les jours qui suivent. En fonction du stade d'évolution de sa maladie, dont elle sait qu'elle mourra, la personne peut décider que l'acte interviendra dans trois ou six mois, par exemple. Cette dimension temporelle doit être prise en compte. Il ne faut pas faire croire à ceux qui nous écoutent qu'une fois la demande formulée, l'aide à mourir serait systématiquement mise en œuvre dans la semaine ou les quinze jours qui suivent.

Mme Justine Gruet (DR). En tant que législateur, il me revient de poser un cadre. Dans le dispositif proposé, la décision sur la demande d'aide à mourir est notifiée dans les quinze jours – elle peut même l'être dans la demi-heure – et l'acte peut être réalisé après un délai de réflexion de quarante-huit heures. Cela signifie que, pour une personne à qui il reste six mois ou un an à vivre, les délais peuvent être très contraints. Il convient toutefois de l'assumer, puisque telle est la rédaction du texte.

Lorsque la personne est en fin de vie, on peut concevoir que les délais soient contraints et les discussions brèves. Néanmoins, lorsque le pronostic vital est engagé à plus long terme, et compte tenu de la fluctuation de la volonté de recourir à l'aide à mourir dans de telles situations, il importe de prévoir des délais plus adaptés au temps de réflexion nécessaire.

Monsieur Monnet, vous utilisez les mêmes arguments d'autorité que M. Falorni, ce qui donne l'impression qu'il siège encore parmi nous. J'en profite d'ailleurs pour saluer son engagement sur ce texte. J'en viens à un argument que j'aurais préféré ne pas avoir à utiliser : le terme *Sterbehilfe*, qui veut dire « aide à mourir », était employé en 1940. Cette formule ne correspond pas davantage à la réalité que vous souhaitez définir. D'une part, elle est aussi salie par l'histoire ; d'autre part, elle ne permet pas de distinguer l'auto-administration de la substance de l'injection réalisée par un tiers.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Avant d'élargir les possibilités de recourir à la mort provoquée, ne faudrait-il pas s'interroger sur l'état de notre système de soins ? De nombreuses structures spécialisées peinent à fonctionner – fermeture de lits, départ de médecins, équipes sous tension – et dans certains territoires, l'accès aux soins est difficile. Dans ces conditions, comment s'assurer que la demande d'euthanasie découle d'un choix libre et non pas d'un sentiment d'abandon devant l'absence d'alternative ? La véritable urgence n'est-elle pas de permettre à chaque Français d'accéder à des soins de qualité ? Avant d'établir un droit à provoquer la mort, créons les conditions pour rendre effectif un droit à être soulagé, accompagné et entouré jusqu'au terme de sa vie.

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 AS2 de M. Christophe Bentz, AS3 de M. Thibault Bazin, AS7 de M. Patrick Hetzel et AS672 de Mme Annie Vidal

M. Christophe Bentz (RN). Je suis attaché au droit à l'aide à mourir mais dans le cadre d'un accompagnement, et nous considérons que sa véritable place aurait été dans la proposition de loi relative aux soins palliatifs.

Nous proposons de supprimer l'article 2, cœur nucléaire du texte, car les termes retenus ne sont pas les bons, chose que nous ne parvenons pas à vous faire avouer : il ne s'agit pas d'une aide à mourir mais d'un suicide assisté ou délégué.

Mme Justine Gruet (DR). Dans tous les pays où le suicide assisté et l'euthanasie ont été légalisés, le développement des soins palliatifs a été entravé. La France ferait-elle exception à l'heure où la dégradation de nos finances publiques contraint nos investissements médicaux ? Ne risque-t-on pas d'acter une rupture anthropologique majeure en reconnaissant dans la loi que certaines vies valent plus d'autres ? Que deviendrait alors notre conception de la valeur de la vie ?

M. Patrick Hetzel (DR). L'intégration dans le code de la santé publique de l'aide à mourir est en contradiction avec les dispositions qu'il contient. Aucun pays étranger n'a fait ce choix, par respect des professionnels de santé. Il y a quelque chose d'indécent à leur imposer certains actes. Pourquoi les soumettre à une telle pression ?

Par ailleurs, le Conseil d'État, dans son avis de 2024, exigeait que le Gouvernement clarifie les termes et évoquait un risque d'euphémisation. J'ajoute qu'il a employé treize fois le terme d'« euthanasie » et dix fois celui de « suicide assisté » : considérez-vous cela comme indécent, madame Rousseau ?

Mme Annie Vidal (EPR). L'article 2 autorise l'administration d'une substance létale par un tiers soignant et institue une irresponsabilité pénale pour les participants. En franchissant la ligne qui sépare le laisser mourir du faire mourir, il transgresse l'interdit fondateur de donner la mort, interdit qui n'est pas une survivance archaïque mais le socle sur lequel repose la confiance du patient à l'égard du soignant et plus largement la protection de toute personne vulnérable contre les pressions, même bienveillantes, visant à abrégier sa vie.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Supprimer l'article 2 nous priverait du débat sur les questions sémantiques qui semblent tant vous tenir à cœur.

Monsieur Bentz, je ne comprends pas votre volonté d'opposer l'aide à mourir aux soins palliatifs. Nous avons consacré à ces derniers une loi spécifique. Elle a été votée, et même promulguée : le débat est clos.

Monsieur Hetzel, contrairement à ce qu'indique l'exposé sommaire de votre amendement, les professionnels n'auront pas à proposer aux malades de recourir à l'aide à mourir. Seul le patient peut faire une demande en ce sens. Je vous renvoie aux cinq conditions posées à l'article 4.

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 sur le plan juridique.

Je serai défavorable à l'ensemble de ces amendements qui vident le texte de sa substance.

M. Jean-François Rousset (EPR). Revenons sur les définitions. Un soin palliatif vient pallier un symptôme : quand le patient ne peut plus manger, il s'agit pour le personnel soignant de lui poser une sonde gastrique ; quand ses souffrances sont intolérables, impossibles à calmer par les moyens habituels, il s'agit de lui administrer des substances qui, par leur débit et leur volume, entraînent progressivement la mort.

Monsieur Hetzel, la pression que vous évoquez, les médecins la subissent depuis leur troisième année d'études : ils sont habitués à accompagner les patients, à domicile, à l'hôpital. Avant même la création des unités de soins palliatifs, généralistes et spécialistes ont su aider leurs patients en proie à des douleurs insoutenables. Beaucoup de progrès ont déjà été faits. Poursuivons dans cette voie et aidons les gens à mourir dans des conditions normales.

M. Nicolas Turquois, président. Comme nous abordons la discussion de l'article 2, je vais donner la parole aux six collègues qui me l'ont demandée. Ensuite, j'appliquerai la règle « un pour, un contre ».

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Chers collègues, voilà que vous vous faites les grands défenseurs de la politique de santé publique. Pourquoi, lors du débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, n'avez-vous pas demandé que soit mis fin aux exonérations de cotisations patronales afin d'augmenter les ressources de notre système de santé et d'améliorer l'accès aux soins ?

Lorsque les soins palliatifs, auxquels nous avons légitimement consacré un texte distinct, ne peuvent plus soulager le patient, celui-ci doit pouvoir exercer son ultime liberté : éteindre la lumière. Ce droit à mourir ne retire rien à quiconque et n'oblige personne à se l'appliquer à soi-même. C'est le principe même de cette proposition de loi. Supprimer l'article 2 reviendrait à l'anéantir.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Comme toutes les Insoumises et tous les Insoumis, je suis favorable au droit à disposer librement de son corps, dont le droit à mourir dans la dignité est le prolongement logique. Pour l'exercer, aujourd'hui, il faut soit partir à l'étranger, ce qui suppose des moyens financiers, soit recourir à des aides clandestines, ce qui requiert de faire jouer des contacts privés, soit se suicider, ce qui expose au risque de ne pouvoir dire adieu à ses proches dans de bonnes conditions. Des milliers de personnes attendent de nous que nous leur donnions la possibilité de soulager leurs souffrances.

Par ailleurs, les arguments utilisés pour défendre ces amendements de suppression ne sont pas justes. L'opposition entre soins palliatifs et aide à mourir n'est pas fondée. Le risque d'une réduction du nombre d'unités de soins palliatifs n'est nullement avéré. Au contraire, dans tous les pays où l'aide à mourir a été légalisée, il y en a plus qu'en France : en Suisse, deux fois plus ; en Belgique, 1,5 fois plus ; au Portugal, 1,4.

Enfin, les comparaisons que font certains avec l'Allemagne nazie sont affligeantes, épouvantables et irrespectueuses. Le droit à mourir n'a jamais existé sous le régime national-socialiste. Aucune loi n'existait vraiment, du reste, puisque tout était laissé à la discrétion de la Chancellerie. Il y a eu des crimes de masse d'État visant des populations sélectionnées perpétrés par un petit groupe de dirigeants politiques.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Notre République s'est construite sur un principe fondamental : protéger chaque vie humaine, en particulier lorsqu'elle est fragilisée par la maladie, la dépendance ou la fin de vie. Notre pacte républicain s'appuie sur la solidarité, l'accompagnement et la fraternité. Face aux souffrances, la puissance publique a la responsabilité d'assurer à tous un égal accès aux soins. Or certains territoires sont encore dépourvus d'unités de soins palliatifs : il faudra bien dix ans pour que la couverture soit complète. Autrement dit, le droit à la mort provoquée, si ce texte est voté, sera effectif plus rapidement que la possibilité de recourir aux soins palliatifs, c'est ce qui nous inquiète le plus.

L'article 2 opère un changement de civilisation. Il modifie profondément le rôle confié à notre système de santé. Cette rupture aura des conséquences éthiques et sociétales considérables. La République doit demeurer aux côtés des plus vulnérables et leur assurer protection, soins et accompagnement jusqu'au terme de leur vie.

Mme Justine Gruet (DR). Nos collègues Insoumis sont favorables à l'autodétermination. Mais jusqu'où va cette liberté individuelle quand il s'agit de personnes vulnérables ? Le rôle du législateur est de les protéger en posant un cadre juridique qui permet d'établir ce qui est autorisé ou interdit.

Comment se prononcer sur la légitimité d'une demande ? Le malade doit « être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée », selon l'un des critères posés à l'article 4. Pour s'assurer qu'il n'y ait pas de pressions familiales, en particulier pour des raisons financières, il faut l'avis d'un juge. C'est la raison pour laquelle j'estime les délais trop réduits dans les cas où le pronostic vital n'est pas engagé à court terme.

Enfin, madame la rapporteure, vous affirmez qu'il ne reviendra pas au médecin de proposer mais il sera placé dans une situation où il devra faire le tri dans les souffrances, compte tenu de la subjectivité qu'implique l'appréciation du pronostic vital – je vous renvoie à l'alinéa 7 de l'article 4.

M. Nicolas Turquois, président. Chers collègues, je vous invite à vous en tenir à l'article dont nous sommes en train de discuter.

M. Yannick Monnet (GDR). Pourquoi n'avoir pas donné plus largement la parole pour respecter les équilibres ? Vous ne pouvez pas procéder au doigt mouillé : la règle doit être la même pour tous !

M. Nicolas Turquois, président. J'ai précisé qu'après avoir donné la parole à ceux qui l'avaient demandée sur les amendements de suppression, j'appliquerai la règle « un pour, un contre ».

La commission rejette les amendements.

Amendements AS9 de M. Patrick Hetzel, AS240 de Mme Justine Gruet et AS8 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

M. Patrick Hetzel (DR). Le droit à l'apaisement de la douleur est établi à l'article L. 1110-5 du code de la santé publique. Certains médecins pensent qu'il serait possible d'en faire un droit opposable car le soulagement de la souffrance fait encore l'objet de réticences. Mon amendement de réécriture de l'article 2 met l'accent sur cette étape, située en amont du suicide assisté et de l'euthanasie, sur laquelle je m'étonne qu'on ne se focalise pas davantage.

Quant à l'amendement AS8, la réécriture qu'il propose, inspirée de la définition du suicide assisté que donne l'Académie suisse des sciences médicales, elle vise à rendre intelligible l'objectif poursuivi par cette proposition de loi : « 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. » Personnellement, je ne suis pas favorable à cette légalisation mais cela a le mérite de la clarté : l'euphémisation ne conforte pas l'intelligibilité de la loi, règle de base que l'on doit respecter.

Mme Justine Gruet (DR). Mon amendement est quasiment identique à l'amendement AS9. La reconnaissance explicite d'un droit opposable au meilleur soulagement possible constitue, pour nous, un levier majeur de transformation des pratiques. Elle sécuriserait juridiquement les professionnels, réduits à l'autocensure médicale, et favoriserait une prise en charge plus active et plus complète de la douleur. Par ailleurs, elle répondrait à la peur centrale exprimée par de nombreuses personnes en fin de vie, celle de mourir dans la souffrance, et contribuerait à restaurer la confiance dans la capacité du système de soins à protéger jusqu'au terme de la vie.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Monsieur Hetzel, votre amendement AS8 renvoie à un débat sémantique que nous ouvrirons dans quelques minutes en abordant d'autres amendements.

Les amendements AS9 et AS240 visent à rétablir la rédaction adoptée par le Sénat, en séance, en première lecture, avant que l'ensemble du texte ne soit rejeté. Il ne suffit pas de désigner un droit comme étant opposable pour qu'il le devienne.

Avis défavorable sur ces trois amendements.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS364 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement vise à déplacer le droit à l'aide à mourir en dehors du code de la santé publique, en en faisant une disposition autonome, et énonce expressément que ce droit ne constitue pas un acte de soin. La médecine a pour vocation de soulager la souffrance, d'accompagner et de protéger la vie, non de la faire cesser. Ranger l'aide à mourir parmi les missions du système de santé, c'est entretenir une confusion qui fragilise la relation de confiance entre le patient et le soignant, en particulier pour les personnes les plus vulnérables.

Le II de l'article 2 révèle la nature de l'acte : il s'agit, en principe, d'un fait que la loi pénale réprime et que seule une autorisation expresse, au sens de l'article 122-4 du code pénal, vient justifier. Cette mécanique relève du registre de l'exception légale, non de celui du soin.

La place de ce régime n'est donc pas dans le code de la santé publique mais dans une loi propre qui en marque le caractère dérogatoire et le distingue nettement de la relation de soin.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Le choix légistique consistant à intégrer l'aide à mourir dans le code de la santé publique n'implique nullement que cet acte soit assimilé à un soin. Ce code comprend en effet bien des dispositions qui n'y rapportent pas. Citons le transport de substances vénéneuses, la sécurité sanitaire des eaux et des aliments, la gouvernance des établissements publics ou encore la police des débits de boissons.

Avis défavorable.

M. Yannick Monnet (GDR). Pour ma part je suis favorable à cet amendement. Je ne suis pas opposé à l'aide à mourir mais une telle codification introduit un doute : ce droit ne pourrait-il être considéré comme une alternative aux soins ? Si tel est le cas, cela contribuerait à exercer une pression sociétale sur le malade, auquel une pleine liberté ne serait alors plus garantie. De surcroît, cette codification n'est pas nécessaire pour rendre ce droit opérant.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Dans la partie du code de la santé publique où est inséré cet article, le soin est considéré au sens générique, il n'y est pas fait référence comme à un acte technique spécifique.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Si l'on suit votre logique, monsieur Monnet, il faudrait procéder à un toilettage complet du code de la santé publique.

En outre, intégrer dans ce code l'administration de produits provoquant la mort est le meilleur moyen d'éviter les dérives. Si nous ne le faisons pas, nous créerions une faille dans laquelle s'introduiraient certains.

Enfin, ce droit à l'aide à mourir n'est pas inconditionnel. Nous l'encadrons fermement, nul ici ne pourra le contester.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS224, AS225, AS222 et AS223 de Mme Justine Gruet, amendement AS576 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). J'entends que certains termes sont chargés d'histoire, mais l'aide à mourir l'est également. Mes amendements tendent à intégrer des substituts afin d'établir une claire distinction : « accès au suicide assisté et à l'euthanasie », « accès à la mort provoquée », « accès au suicide assisté et à l'euthanasie ». Il faut pouvoir procéder à ces changements dès l'article 2 pour assurer des coordinations ensuite.

Nommer les choses est sécurisant pour les patients et les soignants mais également pour la société civile en général. Même si cette loi n'est que la dix-septième préoccupation des Français, lorsque les gens m'en parlent, ils emploient les termes d'euthanasie et de suicide assisté. Il est important de montrer ce sur quoi nous nous engageons.

M. Christophe Bentz (RN). Mon amendement vise à inscrire les termes qui s'approchent de la réalité de l'acte pratiqué : « Expression de la volonté des malades de bénéficier d'un suicide assisté ou délégué ».

Chaque jour, dans toutes les unités de soins palliatifs, des malades exposés à de trop grandes souffrances demandent la mort, ce qui est profondément respectable et légitime. La seule question qui vaille, c'est de savoir quelle réponse doit leur apporter notre société : soit le soin, soit l'alternative que vous proposez, à savoir l'administration d'une substance létale, solution à laquelle nous nous opposons.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Je vais prendre un à un les termes que vous proposez et exposer les raisons de notre opposition à ces amendements.

Les termes de « suicide assisté » peuvent laisser penser qu'il s'agirait d'un geste de désespoir suscité par une crise suicidaire. Or l'aide à mourir concerne des personnes gravement malades, dont la mort est attendue à plus ou moins brève échéance, souhaitant elles-mêmes choisir les conditions de leur fin de vie. Le rapport de l'Observatoire national du suicide de 2025 montre que dans les pays où l'aide à mourir existe, le fait même de connaître les options disponibles et d'en parler avec un soignant peut parfois avoir un effet apaisant, voire redonner un peu d'espoir. La prévention du suicide et l'aide à mourir ne doivent pas forcément être opposées.

Le terme d'euthanasie est également contesté. On ne peut s'empêcher de penser aux crimes commis sous le régime nazi lorsqu'on l'évoque – Olivier Falorni était pris aux tripes quand il exprimait son opposition à ce mot.

Quant à l'expression « mort provoquée », elle n'est pas non plus appropriée. Elle laisse entendre que la cause première de la mort serait une intervention humaine, alors qu'il s'agit de la maladie dont souffre la personne.

Pourquoi avoir choisi « droit à l'aide à mourir » ? Ces termes correspondent à l'objectif de ce texte, qui consiste à créer un nouveau droit pour les patients, celui de demander une aide à mourir en étant accompagnés dans leurs démarches, droit strictement encadré, qui ne peut s'appliquer que dans certaines situations bien définies.

Des pays ont fait d'autres choix : « aide médicale à mourir » au Canada ; « mort assistée » en Nouvelle-Zélande ; « mort assistée volontaire » en Australie ; « mort dans la dignité » aux États-Unis, dans l'Oregon. Chaque État est libre de retenir les termes qu'il estime les plus adaptés.

Rappelons enfin que le Conseil d'État a affirmé que l'emploi de l'expression « aide à mourir » n'appelait pas d'objection de sa part.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. La rapporteure a parfaitement répondu à cette question ; je vous renvoie par ailleurs aux propos tenus par Olivier Falorni lorsqu'il était à ma place. Il ne peut y avoir d'expression plus claire que l'« aide à mourir », car elle fait référence à la mort – nul ne peut le contester. Elle signifie que l'aide à mourir est demandée par le patient, à l'inverse de la sédation profonde et continue, pour laquelle le patient n'est même plus conscient des thérapeutiques qui sont engagées.

Le mot euthanasie signifie « mort douce ». Qui a souillé ce mot ? Vous faites référence aux heures les plus sombres de l'histoire : on n'a pas le droit de le faire, ne serait-ce que par respect pour la mémoire de celles et de ceux, en particulier les handicapés, qui ont été victimes de ces exactions folles visant à les éliminer.

Le choix des mots est important : c'est le patient qui en fait la demande, pas seulement en raison de ses douleurs – ce n'est pas le sujet – mais parce qu'il est en phase terminale et qu'aucune solution thérapeutique n'existe. Il n'est plus dans une alternative : c'est un choix en plus, au moment où, dans son parcours de vie, le patient se retrouve confronté à cela. On ne peut pas retirer ce sens des mots que nous avons ciselés ensemble ; pour ce qui est des conditions, nous nous retrouverons à l'article 4.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Nous sommes tous d'accord sur un point : il faut que cette disposition soit clairement écrite. Madame Gruet, je ne doute pas que vous ayez lu dans le détail ce texte que nous examinons pour la sixième fois, mais je vous renvoie à l'alinéa 6 : « 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 [...], 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. » En tant que législateurs, nous devons rédiger des dispositions précises, ne laissant aucune place à l'interprétation. Or la définition de l'aide à mourir ne peut pas être plus claire.

Il est également attendu de nous que l'on encadre ce droit. Je ne veux pas anticiper les discussions que nous aurons sur les articles qui suivent, mais tout l'objet de la discussion est précisément d'encadrer ce droit et de ne pas laisser entendre qu'il ne le serait pas.

M. Christophe Bentz (RN). Nous sommes à deux doigts de nous comprendre sur la terminologie – et ce n'est pas ironique.

Je vous poserai une simple question. Ce texte n'étant pas encore vigueur, le suicide assisté ou délégué est donc proscrit par la loi – et je souhaite que cela reste ainsi. À l'heure actuelle, si une personne s'injecte une substance létale, nous sommes tous d'accord pour reconnaître qu'il s'agit d'un suicide. Si malheureusement elle était votée, qu'est-ce que cette loi changerait en cas de suicide avec une injection létale, à part son encadrement juridique, en particulier concernant les conditions d'accès ?

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Vous oubliez que le patient qui demande une aide à mourir le fera dans le cadre de la loi que nous votons. Il s'agit d'un patient en fin de vie, avec des douleurs physiques et psychologiques, avec un pronostic vital engagé. Dans le cas que vous évoquez, en revanche, il n'y a aucun encadrement. J'espère vous avoir convaincu – je peux le lire sur votre visage.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS169 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Justine Gruet (DR). L'article L. 1110-5 du code de la santé publique dispose déjà que « toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ». Ce droit à une fin de vie digne constitue le fondement juridique sur lequel repose l'aide à mourir. Dès lors, créer un droit à l'aide à mourir distinct revient à superposer inutilement deux droits là où un seul suffit. L'aide à mourir n'est pas un droit nouveau, mais une modalité d'exercice du droit existant à une fin de vie digne. Le présent amendement tire les conséquences de cette analyse en ne conservant que la définition des conditions dans lesquelles l'aide à mourir peut être mise en œuvre. Il s'agit donc de remplacer « le droit à l'aide à mourir » par « l'aide à mourir ».

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Ce droit n'est absolument pas inconditionnel : il est encadré. Si le législateur reconnaît un nouveau droit, il en définit aussi les conditions d'exercice.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS577, AS578 et AS579 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). Accorder un droit suppose une universalité d'accès ; or nous contestons la création d'un droit universel. C'est la raison pour laquelle je vous propose trois amendements visant à remplacer la notion de droit à l'aide à mourir par « dispositif exceptionnel » pour le premier, « liberté de demander une » aide à mourir pour le deuxième et « dispositions relatives » à l'aide à mourir pour le troisième.

Il y a trois ans, avant la dissolution, nous avons travaillé sur le projet de loi initialement préparé par Agnès Firmin Le Bodo. Ce texte reposait sur un principe fondateur : la possibilité de demander une aide à mourir. Il s'agissait donc d'une exception. Aujourd'hui, nous n'en sommes plus là, et c'est précisément pour contester la création d'un droit universel que nous défendons ces amendements, qui sont bien plus que sémantiques. Sur le fond, passer d'une exception à un droit universel, cela change tout.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. La notion de « dispositif exceptionnel » laisse entendre que ce droit serait accordé à titre dérogatoire à quelques malades. Or l'accès à l'aide à mourir ne doit pas résulter d'une dérogation mais du respect des cinq conditions cumulatives que nous verrons à l'article 4. Vous évoquez ensuite la « liberté de demander une aide à mourir » : ce n'est pas tout à fait l'objet du texte puisqu'il vise non seulement à autoriser les personnes à demander qu'on les aide à mourir, mais aussi à les accompagner. Enfin, le terme « dispositions relatives » présente l'inconvénient d'effacer complètement la notion de droit.

Avis défavorable à ces trois amendements.

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

Amendements AS29 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS647 de Mme Annie Vidal, AS581, AS582 et AS583 de M. Christophe Bentz, AS497 de Mme Karine Lebon (discussion commune)

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Dans un débat aussi grave, nous devons privilégier la clarté à l'euphémisme. Quel que soit le jugement que chacun porte sur le fond de ce texte, nos concitoyens ont droit à une terminologie sincère, transparente et fidèle à la réalité juridique des actes envisagés.

Toutefois, après plusieurs lectures de ce texte, les Français savent de quoi il retourne. Plus on parle de l'euthanasie, moins on l'aime, comme le démontrent nos votes sur ce sujet : en 2021, 79,7 % se sont exprimés en faveur de ce texte, contre seulement 53,2 % en 2026. Cela veut dire que tant que les défaillances de notre système de santé ne seront pas réglées, tant que les Français n'auront pas accès aux soins, ils seront réticents à ce texte. Ce n'était pas le bon moment pour en parler, et ce n'était pas aux législateurs de légiférer.

Mme Annie Vidal (EPR). Mon amendement vise à substituer à l'expression « à l'aide à mourir » les mots « au suicide assisté ou à l'euthanasie » car ces deux notions sont juridiquement identifiées.

Vous avez évoqué, madame la rapporteure, l'avis du Conseil d'État : celui-ci affirme en effet que l'aide à mourir ne pose pas de problème en soi, à condition que les deux actes soient clairement distingués dans le texte – ce qu'il ne fait pas – car l'engagement du tiers n'est pas le même dans les deux cas. Il faut lire l'avis jusqu'au bout, cela paraîtra beaucoup plus clair. Or ce sont bien le suicide assisté et l'euthanasie qu'autorise ce texte ; c'est également la définition retenue par l'Académie française, et c'est ainsi que la Belgique et le Luxembourg les nomment dans leur législation. La sincérité du vocabulaire législatif est, à mon sens, une exigence démocratique.

M. Christophe Bentz (RN). Je suis désolé de devoir vous détromper, monsieur le rapporteur général, si vous pensez avoir lu un signe d'approbation sur mon visage : vous ne m'avez pas convaincu.

En revanche, je vous pose à nouveau ma question car vous avez répondu à côté. Vous affirmez qu'il ne peut pas y avoir d'analogie entre un suicide qui interviendrait aujourd'hui et un autre qui serait commis demain en application de ce texte, parce que celui-ci prévoit des critères d'accès. Tout cela, c'est l'encadrement juridique : je connais le texte. Mais cela ne répond pas à ma question, qui tient en une phrase : une personne qui s'injecte une substance létale se suicide-t-elle, oui ou non ? Si l'on répond oui à cette question – et je ne crois pas que l'on puisse répondre autrement –, en quoi ce suicide serait-il différent d'un autre commis dans le respect des critères d'accès définis dans ce texte ?

Les trois amendements que je défends – des amendements sémantiques de vérité, comme je les appelle – visent à clarifier l'expression « aide à mourir » en la remplaçant par « suicide assisté ou délégué », « assistance médicale au suicide » – c'est le terme issu du Sénat – ou « administration d'une substance létale » – cette expression correspondant au terme utilisé par le texte pour définir l'aide à mourir.

Mme Karine Lebon (GDR). Mon amendement vise à ajouter les mots « médical » et « médicalement » afin de rappeler clairement que l'aide à mourir s'inscrit dans un cadre médical. C'est une précision importante parce que l'article 2 définit une procédure particulièrement sensible, qui ne peut pas être comprise comme un acte isolé, privé ou laissé à l'appréciation de chacun. Elle suppose une demande, une évaluation médicale, un accompagnement, des conditions strictes, une traçabilité et un contrôle. Le texte prévoit d'ailleurs que l'administration d'une substance par un médecin ou par un infirmier ne peut intervenir que lorsque la personne n'est physiquement pas en mesure de le faire elle-même : cela montre bien que nous sommes dans une procédure médicalement encadrée, et non banalisée.

En levant une ambiguïté, cette précision renforce la lisibilité, la sécurité et l'encadrement du dispositif. On peut débattre du fond du texte, bien sûr, mais si ce droit est reconnu, il doit être nommé avec rigueur. Il s'agit d'une aide médicale à mourir, accompagnée médicalement.

Enfin, madame Dogor-Such, si ce n'est pas au législateur de légiférer, je ne sais pas à qui revient cette prérogative ! Les Français savent de quoi nous parlons, bien sûr, mais nous ne les avons jamais pris pour des imbéciles ; votre propos ressemblait à un aveu du contraire.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. J'émetts un avis défavorable sur les amendements de Mme Dogor-Such, Mme Vidal et M. Bentz.

Madame Lebon, vous souhaitez préciser que l'aide à mourir est de nature médicale. Or le texte est suffisamment clair : l'aide médicale est présente à différentes étapes du processus ; sans aide médicale, ce texte n'existerait pas. Je vous propose donc d'en rester à ce qui a déjà été voté à plusieurs reprises.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Tout d'abord, madame Dogor-Such, il n'y a pas de bon moment pour légiférer sur des textes qui correspondent à une évolution sociétale. Et c'est quand même à nous de légiférer !

Concernant la mort programmée, n'oublions pas que le patient est atteint d'une maladie incurable, qui entraînera la mort dans un délai plus ou moins long, qu'on ne maîtrise pas forcément. Le processus est engagé, mais la mort programmée n'a rien d'un acte banal.

Enfin, monsieur Bentz, vous dites qu'une injection létale est un suicide. Mais dans le cadre que nous proposons, l'injection létale n'est autorisée que si le patient souffre d'une maladie incurable, avec des souffrances réfractaires. Ce n'est pas comparable à une injection létale dans le seul but de se suicider. Il faut lire non pas une partie, mais la totalité des dispositions.

M. Patrick Hetzel (DR). Ces débats sont importants. La mort programmée – quelle terminologie faut-il utiliser ? – soulève une véritable question. Contrairement à ce que nous indiquaient les promoteurs du texte initial, la mort programmée ne concernera pas uniquement des patients en phase terminale. Nous aurons l'occasion d'en débattre à l'article 4, mais vous voyez bien que cette question est centrale dès l'article 2. Il est important de le dire et de le répéter à nos concitoyens parce qu'il existe un véritable décalage entre ce que vous avez affirmé pour promouvoir ce dispositif et ce qui est inscrit dans le texte.

M. Yannick Monnet (GDR). Rappel au règlement ! Ce n'est pas possible : on ne peut pas, dans une discussion commune avec des amendements qui n'ont rien à voir, se limiter à une expression pour et une expression contre. C'est envisageable

pour des amendements identiques, mais pas pour des amendements différents – ou alors on ne débat de rien et on expédie les choses. Je ne suis pas d'accord, parce que cela signifie que seuls ceux qui sont contre s'expriment.

M. Nicolas Turquois, président. Monsieur Monnet, j'entends votre point de vue, mais ces sujets ont déjà été débattus à plusieurs reprises. De plus, chacun des amendements présentés a sa spécificité, qui pourrait...

M. Yannick Monnet (GDR). Alors il ne faut pas faire de troisième lecture à l'Assemblée nationale : ça ne sert à rien !

M. Nicolas Turquois, président. Je vous invite à l'apaisement.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS11 de M. Patrick Hetzel et AS227 de Mme Justine Gruet, amendement AS226 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

M. Patrick Hetzel (DR). Mon amendement a pour objectif de préciser que l'aide à mourir est « active », afin de souligner qu'elle constitue bien un acte. Il faut être intelligible : certains ont dit que le terme de « mort provoquée » était trop fort, mais nous devons faire attention à ne pas trop euphémiser. En l'occurrence, il faut faire le distinguo entre les soins palliatifs, qui sont d'une certaine manière un accompagnement à la fin de vie, et l'aide à mourir. Il serait pertinent, pour éviter toute ambiguïté, de parler d'aide active à mourir.

Mme Justine Gruet (DR). Mes deux amendements visent à spécifier que l'aide à mourir nécessite l'intervention d'un tiers, ou tout du moins l'administration d'une substance létale qui n'est pas la même que celle utilisée pour la sédation profonde et continue. En l'occurrence, il s'agit d'injecter une substance qui fait mourir le patient.

Je remercie M. Monnet d'avoir dit que ce sujet était important. Il ne sert à rien de faire une troisième lecture si vous refusez de débattre de nos arguments au motif qu'on en a déjà parlé – circulez, il n'y a rien à voir ! Selon M. le rapporteur général, l'existence de critères précis encadrant l'aide à mourir fait toute la différence avec le suicide. Or Mme la rapporteure a indiqué qu'il s'agissait d'un droit universel, et non d'une exception. Avec 1 million de personnes éligibles, on est loin de l'ultime recours ! (*Protestations.*) Mais oui, 1 million : cela concerne le diabète de type 2 insulino-requérant, les insuffisances cardiaques compliquées, la maladie de Parkinson, les cancers en phase terminale, l'insuffisance rénale chronique terminale, la sclérose latérale amyotrophique...

Il faut mettre les choses sur la table : vous voulez ouvrir un droit nouveau universel, et non un ultime recours pour les personnes en fin de vie. Je n'entre pas maintenant dans les détails car nous verrons cela à l'alinéa 7 de l'article 4, qui précise

que cela concerne les patients atteints d'une « affection grave et incurable [...] en phase avancée, caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible, marqué par l'aggravation de l'état de santé [...] ». Or le diabète est irréversible. Je respecte votre choix, mais il faut que nos concitoyens prennent conscience que c'est cela qui sera voté dans ce texte, tel qu'il est rédigé.

M. Nicolas Turquois, président. Je me permets de préciser qu'en 2025, il y a eu 650 000 morts en France : il me semble donc compliqué d'évoquer un chiffre de 1 million de personnes.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Vous souhaitez employer la notion d'aide active à mourir, ce qui laisse supposer que le patient est passif puisqu'il aurait besoin d'une aide active extérieure. Or c'est tout l'inverse puisque le patient lui-même est à l'origine de la demande. Je ne comprends pas cette proposition d'aide active à mourir : elle l'est déjà, par définition.

Avis défavorable.

Mme Annie Vidal (EPR). Sur la forme, on ne peut pas balayer ces questions d'un revers de la main sous prétexte qu'on en a déjà parlé. Tous ces sujets sont importants et, dans la mesure où nous n'avons obtenu aucune avancée, il est normal qu'ils soient à nouveau abordés lors de la troisième lecture, d'autant plus que nous sommes nombreux à ne pas vouloir de cette terminologie d'« aide à mourir ».

Sur le fond, on entend que le même produit est utilisé pour les deux actes, alors que ce n'est pas le cas. La sédation profonde et continue nécessite l'administration de midazolam avec un opioïde, afin d'endormir une personne qui se trouve dans la phase agonique de sa maladie et qui va en mourir à très court terme. En revanche, concernant la mort provoquée, il est prévu une injection d'un barbiturique, d'un curare et de chlorure de potassium, qui provoquera la mort en moins de cinq minutes. On ne peut donc pas dire que ce sont les mêmes produits : ce n'est pas vrai.

M. René Pilato (LFI-NFP). Puisque vous voulez faire un peu de sémantique, j'aimerais que l'on s'accorde sur les mots. La sédation profonde et continue, c'est un acte. Vous dites que donner la mort dans le cadre de l'aide à mourir ou dans celui de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, ce n'est pas la même chose ; or cela revient à donner la mort dans tous les cas. Ignorer systématiquement la souffrance réfractaire dans vos propos relève de l'hypocrisie. J'ai presque envie de vous demander si cela vous ferait plaisir de voir agoniser des gens pendant trois mois. (*Protestations.*)

M. Nicolas Turquois, président. Chers collègues, nous avons tous des sensibilités différentes sur ce sujet, mais évitons les provocations et les interpellations.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS580 et AS590 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Ces amendements sont bien plus que rédactionnels car ils changent tout : il s'agit de garantir un droit à ne pas mourir, au sens d'un droit à la vie et à être soigné. Nous rappelons ainsi à quel point nous sommes attachés à l'accompagnement jusqu'à la fin de la vie et aux soins palliatifs, qui sont un droit.

Cela me donne l'occasion de relancer M. le rapporteur général et Mme la rapporteure sur la question que je leur ai posée tout à l'heure, à laquelle je suis impatient d'obtenir une réponse – comme je suis têtue, je la poserai autant de fois que nécessaire : quand une personne en fin de vie s'injecte une substance létale, s'agit-il d'un suicide, oui ou non ?

Mme Brigitte Liso, rapporteure. S'agissant de l'amendement AS580, qui vise à instaurer un droit à ne pas mourir, vous l'aviez déjà présenté en séance. Olivier Falorni vous avait remarquablement répondu en disant qu'il aurait pu se déclarer favorable à ce droit s'il était opposable. Le présent texte n'a pas pour objet de provoquer la mort de malades mais d'aider les personnes qui se savent condamnées à mettre fin à leur souffrance insupportable.

Quant à l'amendement AS590, il vise à supprimer l'alinéa 6, ce qui revient à supprimer l'article 2.

Avis défavorable.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Monsieur Bentz, il n'y a pas ici ceux qui défendent la vie et ceux qui font l'apologie de la mort. Nous sommes tous des défenseurs de la vie, ainsi que de l'accompagnement des progrès de la médecine et du soin. Nous avons voté unanimement pour le développement des soins palliatifs partout en France : je crois qu'il faut le rappeler.

Alors que nous débattons des conditions de fin de vie, la réalité peut être difficile à entendre pour certains : cela est déjà pratiqué, soit par des médecins qui agissent en toute illégalité, soit en recourant à des substances qui se trouvent sur le marché noir. Quelles solutions donne-t-on à des personnes en fin de vie qui n'en peuvent plus de leurs souffrances physiques et psychologiques liées à une affection grave et incurable ? Quel accompagnement leur propose-t-on ? C'est une question d'humanité.

Madame Gruet, vous évoquiez le nombre de personnes éligibles : ce n'est pas le sujet. Ce n'est pas parce qu'un droit existe qu'une personne va en faire la demande. Nous encadrons et sécurisons ce droit en définissant quelles personnes pourront y recourir. Personne n'est capable de dire si les personnes qui respectent tous les critères feront réellement la demande de recourir à l'aide à mourir. Je suis le

premier à défendre ce texte, mais je suis incapable de dire si, un jour, confronté à cette situation, je demanderai l'aide à mourir : je n'en sais absolument rien. En revanche, il est important que la loi évolue en la matière et permette à toutes celles et ceux qui se trouveront dans cette situation de faire ce choix.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Dans la mesure où l'aide à mourir constituerait un droit, nous devons légiférer : je suis d'accord avec vous sur ce point, madame Lebon. Mais nous en sommes à la troisième lecture du texte, après deux rejets par le Sénat et l'échec de la commission mixte paritaire ; les sociétés savantes de soins palliatifs alertent ; de nombreux soignants expriment leur vive inquiétude. Et pourtant, l'exécutif s'apprête à donner le dernier mot à l'Assemblée, dans un calendrier précipité. Pour ma part, j'estime que c'est aux Français de décider, par référendum, si l'on autorise l'euthanasie ou le suicide assisté. Voilà ce que je voulais vous dire tout à l'heure.

Monsieur Pilato, chacun ici a déjà été confronté à la souffrance d'un proche, que ce soit un enfant, un ami ou un membre de sa famille. Vous ne pouvez pas dire ce genre de choses. J'estime simplement qu'en France, la souffrance devrait constituer une priorité nationale. Or notre système de soins est en berne et les progrès de la médecine n'empêchent pas la souffrance d'être encore présente : ce n'est pas normal.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS461 de Mme Marie-France Lorho et AS13 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS461 est retiré.

M. Patrick Hetzel (DR). L'objectif de mon amendement est de limiter l'aide à mourir au seul suicide assisté. Quand on regarde comment d'autres pays ont procédé, il n'y a pas de cas où l'on ait autorisé directement l'euthanasie. La Suisse, l'Oregon et la Belgique ont opté pour le suicide assisté. C'est la raison pour laquelle je propose cet amendement.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Vous proposez de supprimer l'accompagnement de la personne : nous y sommes fermement opposés. Nous ne souhaitons pas nous inspirer de dispositifs existant à l'étranger, par exemple dans l'Oregon, car nous ne voulons pas que les personnes demandant l'aide à mourir se retrouvent seules dans cette démarche.

Vous proposez également de supprimer la possibilité qu'un tiers administre la substance létale : ce serait en complète contradiction avec le principe d'égalité entre les malades puisque certains ne seraient pas physiquement capables de le faire. Mon avis est donc doublement défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Vous semblez faire de ce texte une vitrine, pour dire que cette loi s'appliquera en ultime recours pour des patients en fin de vie, qui souffrent et qu'il ne faudrait pas laisser agoniser ; mais le détail du texte montre bien qu'il ne s'agit pas de cela. Dites-le, afin que nous soyons au clair sur ce sur quoi nous légiférons.

L'article 4 prévoit que des personnes dont le pronostic vital n'est pas engagé puissent avoir recours à l'aide à mourir – ce qui, d'un point de vue éthique, me dérange, surtout compte tenu des délais prévus. Il m'importe toutefois moins de savoir si telle ou telle personne aura recours à l'aide à mourir que de définir clairement les choses en tant que législateur – en l'occurrence, le cadre juridique qui sera utilisé par les médecins au quotidien pour accepter ou refuser les demandes, et que nous examinerons à l'article 4.

Osez dire qu'il ne s'agit pas d'une loi d'ultime recours en fin de vie mais bien d'un nouveau droit à disposer de son corps !

M. René Pilato (LFI-NFP). Madame Dogor-Such, oui, nous avons tous déjà eu affaire à la souffrance dans notre entourage. Ce n'est pas cela qui nous sépare, mais le fait que vous ne compreniez pas qu'il est possible de la soulager. Vous devez tenir compte du fait qu'en l'état de nos connaissances scientifiques, certaines souffrances restent réfractaires à tout médicament – de manière variable selon les individus. Le jour où la recherche aura suffisamment avancé pour que ces souffrances n'existent plus, cette loi ne s'appliquera plus ! Nous parlons pour ceux qui, en 2026, se rendent à l'étranger parce qu'aucun médicament ne répond à leur souffrance. Accéder à l'aide à mourir est un droit qu'ils ne devraient même pas être obligés de demander.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Madame Gruet, les mots sont importants et le sujet est très grave : ce texte n'est pas une « vitrine ». Nous parlons de malades en fin de vie, dont le pronostic vital est engagé ou qui sont en phase terminale, comme c'est très précisément écrit à l'article 4 – et comme vous le savez très bien. Et puisque vous voulez légiférer de manière précise, je ne comprends pas pourquoi vous évoquez l'article 4 alors que nous examinons l'article 2.

À ces patients, nous proposons effectivement un nouveau droit. Ce sont eux qui le demandent ; ce sont eux qui en disposent. Ils sont ainsi maîtres de leur destin et de leur demande, contrairement à ce qu'il se passe dans toutes les unités de soins palliatifs, où le patient n'est plus maître de la chaîne de soins – même si je m'efforce de ne pas trop en parler maintenant que la loi visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs a été adoptée. C'est une bifurcation essentielle : jamais, dans aucun service de pathologies chroniques avancées, le patient n'organise lui-même les soins qui lui sont prodigués.

Dans le cas de l'aide à mourir, c'est le patient qui formule la demande, quand il est en phase terminale, avec les douleurs indicibles que cela suppose, ou si son pronostic vital est engagé – les critères que nous, législateurs, aurons définis. Ce n'est donc pas une « vitrine » ; le mot est vraiment mal choisi.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS234 de Mme Justine Gruet, AS586 de M. Christophe Bentz, AS460 de Mme Marie-France Lorho, AS235 et AS237 de Mme Justine Gruet, AS587 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). Je défendrai les amendements AS586, AS460 et AS587.

Monsieur le rapporteur général, madame la rapporteure, je me permets de répéter ma question car votre réponse pourrait régler notre débat sémantique. Au 8 juin 2026, le droit français reconnaît-il comme un suicide le fait qu'une personne, par exemple en fin de vie, s'injecte une substance létale ?

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Vous proposez par ces amendements de substituer à la référence au droit à l'aide à mourir les expressions « euthanasie », « suicide assisté », « mort provoquée », « suicide délégué », « aide active à mourir » ou « dispositif exceptionnel d'aide à mourir ».

Nous avons déjà abordé cette question sémantique, non seulement lors de nos précédentes lectures, mais encore ici même il y a un quart d'heure.

Avis défavorable à l'ensemble de ces amendements.

Mme Béatrice Bellay (SOC). Afin d'éviter toute répétition de la question sémantique soulevée par notre collègue Bentz, je souhaite lui poser une question. Monsieur Bentz, si une personne s'injecte une dose d'héroïne et en meurt, est-ce un suicide ? S'il en meurt, c'est que la dose est létale, et il me semble que vous avez là la réponse à votre question : non, ce n'est pas nécessairement dans le cadre d'un suicide que quelqu'un s'injecte une substance létale.

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

Amendements AS232 et AS233 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). En 2024, nos débats avaient fait de la majorité un enjeu central. L'exemple de la Belgique, qui autorise déjà l'euthanasie pour les mineurs atteints d'une maladie incurable et souffrant de douleurs physiques constantes et insupportables sans possibilité de soulagement, nous avait fait craindre d'éventuelles dérives.

Pour éviter de suivre la même voie, il convient de préciser clairement que le suicide assisté et l'euthanasie ne seront pas autorisés pour les mineurs. L'article 4 fait certes de la majorité un critère d'accès au droit à l'aide à mourir, mais c'est une ligne rouge si fondamentale que mes deux amendements tendent à spécifier dès sa définition à l'article 2 que la personne concernée doit être majeure.

Souvenez-vous des mots d'Olivier Falorni dans l'hémicycle : « *Si vous voulez tout, vous n'aurez rien.* » Je suis intimement convaincue que l'adoption de cette proposition de loi conduira à ouvrir ce droit aux mineurs ; il s'agit donc de sécuriser le dispositif.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. On nous reproche sans cesse d'écrire des lois bavardes, et c'est exactement ce que vous proposez ici. L'article 4 pose déjà le critère de la majorité ; l'inscrire à l'article 2 ne le rendra pas plus fort.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). La mention « âgé d'au moins 18 ans » est inscrite noir sur blanc dans le texte, et nous avons toujours dit que nous ne visions pas la prise en charge des mineurs. Il est inutile de se faire peur ! Oui, les lois évoluent, et celle-ci sera peut-être modifiée dans dix ans, mais votre amendement ne fait qu'alimenter la peur en sous-entendant que les mineurs pourraient être pris en charge si le critère de la majorité n'était pas répété dix fois.

Les amendements AS232 et AS233 sont retirés.

(Présidence de M. Frédéric Valletoux, président)

Mme Annie Vidal (EPR). La différence entre l'overdose et l'auto-administration d'une substance létale tient à l'intentionnalité du geste. Celui-ci vise à provoquer la mort dans le second cas, alors que dans le cas d'une overdose, le produit n'est pas consommé dans l'intention de mourir. La notion d'intentionnalité est très importante.

Amendements AS462 de Mme Marie-France Lorho et AS588 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS462 tend à ajouter que la personne est « en pleine possession de son discernement ».

L'amendement AS588, que j'ai déposé à chaque lecture du texte, vise à conjuguer le verbe « exprimer » au présent plutôt qu'au passé composé. Votre logique veut que la demande exprimée soit réitérée : dans la mesure où le passé composé évoque une action ponctuelle, le présent me semble plus adapté.

Enfin, je remercie ma collègue socialiste de m'avoir répondu, mais c'était l'avis des rapporteurs que je demandais. Monsieur le rapporteur général, madame la rapporteure, vous défendez le texte et il est normal que nous vous demandions des comptes ! Pourriez-vous répondre à ma question, qui n'est pas sémantique mais purement juridique ?

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Concernant l'amendement AS588, nous n'utilisons pas le présent car la procédure s'effectue par étapes : c'est bien après avoir formulé une première demande que la personne la réitère. L'usage du passé composé est donc assez logique ; vous l'avez pratiquement dit vous-même. Avis défavorable.

L'amendement AS462 est satisfait à l'article 4. Demande de retrait ou avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Il peut être maladroit de comparer suicide et suicide assisté, mais la question de notre collègue Bentz reste légitime. D'après les critères que nous avons définis, le pronostic vital n'est pas forcément engagé à court terme – c'est d'ailleurs pour moi tout l'enjeu éthique de ce texte, qui ne s'adresse pas forcément à des personnes qui vont mourir, mais à des personnes qui veulent mourir. Je ne suis pas là pour juger de la légitimité de leurs demandes mais pour définir un cadre protecteur, notamment pour les personnes les plus vulnérables. Si la question de M. Bentz peut sembler inadaptée en cas de pronostic vital engagé à court terme, elle est opportune dans les autres cas.

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

*L'amendement AS231 de Mme Justine Gruet est **retiré**.*

Amendement AS493 de M. Jean-François Rousset

M. Jean-François Rousset (EPR). Certains cas rares doivent nous interpellier. Prenons la situation, par exemple, d'un malade qui se verrait annoncer une maladie grave, avec une évolution fatale à court terme, et qui écrirait dans ses directives anticipées que, le moment venu, il souhaite bénéficier de l'aide à mourir et qu'il l'exprimera. Si ce malade tombe dans le coma ou que sa maladie continue d'évoluer et l'empêche de communiquer, ces directives anticipées ne seront pas prises en compte. Mon amendement tend donc, pour des cas très particuliers, à permettre qu'elles le soient dans un délai raisonnable encadré par décret.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Nous avons déjà longuement parlé des directives anticipées. Il est requis que la volonté soit libre et éclairée tout au long de la procédure. La demande d'accès à l'aide à mourir est d'une nature si particulière qu'il faut qu'elle soit explicite et réitérée ; il est donc difficile qu'elle soit anticipée. Vous savez combien nous tenons à l'équilibre de ce texte.

Avis défavorable.

M. Yannick Monnet (GDR). Je partage l'avis de Mme la rapporteure. Si la personne tombe dans le coma, les dispositions relatives à la sédation longue et profonde peuvent parfaitement s'appliquer sans qu'il soit nécessaire de changer ce texte-ci. Cela revient au même, et il est nécessaire de borner le dispositif prévu.

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

Amendements AS594 et AS589 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). Madame la rapporteure, vous avez rappelé à propos de mon amendement AS588 que la demande doit être réitérée. C'est l'objet des amendements AS594 et AS589, qui visent à inscrire le caractère réitéré de la demande dans le texte dès l'article 2. En toute logique, vous devriez vous en remettre à leur sujet à la sagesse de la commission.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Je vais encore vous décevoir. Votre demande est satisfaite puisque le texte prévoit dans sa rédaction actuelle que la volonté de la personne soit vérifiée plusieurs fois – à l'article 5, à l'article 6 ou encore à l'article 9. Ajouter cette précision à l'article 2 est superflu.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Compte tenu du fait que l'amendement AS493 de M. Rousset vise déjà à supprimer le critère de l'avis libre et éclairé établi à l'article 4, nos alertes sur la capacité de la personne à redonner son avis ne semblent pas si inappropriées ! Madame la rapporteure, vous parlez de l'équilibre du texte moins par souci éthique que pour favoriser son adoption ; cela m'inquiète.

Monsieur Rousset, je comprends votre demande de faire figurer dans le texte le cas des directives anticipées – c'est une demande légitime, et l'idée de ne pas accéder à ce nouveau droit en cas d'incapacité à réitérer la demande peut être effrayante. Mais c'est vertigineux ! Par exemple, à quel moment faudrait-il euthanasier la personne ? Il est extrêmement difficile, du point de vue éthique, de déterminer ce délai, et c'est parce que le pronostic vital est engagé à court terme que nous pouvons nous permettre de telles dispositions dans le cas de la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Madame Gruet, votre argumentaire montre en réalité combien le texte est solide, puisque trois articles disposent que la demande est confirmée à chaque étape du processus. C'est la différence entre les soins palliatifs et cette aide exceptionnelle à mourir pour les patients qui la demandent. Dans le cas des soins palliatifs, les patients ne sont plus en état de réitérer leur demande et ont rédigé des directives anticipées. Dans le cas de l'aide à mourir, pas du tout ! C'est la demande du patient qui compte – sans cette demande, et sans conformité aux critères, on ne peut pas lui administrer l'aide à mourir. Voilà les verrous que nous avons posés : ils sont inamovibles, et beaucoup plus solides que ceux définis pour les soins palliatifs qui vont jusqu'au décès – c'est-à-dire jusqu'à la mort. Car, oui, nous osons prononcer le mot « mort » !

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS595 et AS597 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS595 tend à inscrire à l'article 2 que la demande de mort ne peut avoir lieu qu'après que des soins palliatifs ont été effectivement proposés.

Madame la rapporteure, vous me dites à chaque fois que mes amendements sont satisfaits à d'autres articles du texte. Je le sais ! Néanmoins, c'est dès l'article 2 – qui définit le droit d'accès à l'aide à mourir et constitue pour moi le cœur du réacteur – qu'il faut sécuriser au maximum la réitération de la demande, la proposition effective de soins palliatifs et l'exception de demande en posant des verrous, pour reprendre le terme employé à l'instant par M. le rapporteur général.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Inscrire cette disposition à plusieurs endroits du texte ne constitue pas un verrou supplémentaire. Une loi est un ensemble et les articles ne s'appliquent pas isolément à notre guise. Rien ne peut contester une disposition inscrite à tel ou tel alinéa et ce n'est pas en la répétant dix fois qu'on la renforce.

Avis défavorable.

M. René Pilato (LFI-NFP). Collègue Bentz, un texte s'applique dans son ensemble, mais vous souhaitez répéter dix fois la même chose. Pourquoi, dans ce cas-là, ne pas rédiger une loi avec un article unique qui contiendrait toutes les dispositions ? C'est au fond ce que vous demandez, et cela nous éviterait de nous répéter !

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

Amendement AS14 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS14 est défendu.

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

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle **rejette** l'amendement AS598 de M. Christophe Bentz.*

Amendement AS488 de Mme Marie-France Lorho, amendements identiques AS346 de Mme Justine Gruet et AS584 de M. Christophe Bentz, amendements identiques AS127 de Mme Nicole Dubré-Chirat, AS451 de Mme Sandrine Rousseau et AS498 de M. Yannick Monnet, amendements AS525 de Mme Danielle Simonnet et AS157 de M. René Pilato (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS488 est défendu.

Mme Justine Gruet (DR). Mon amendement vise à circonscrire le dispositif prévu au seul suicide assisté – donc à supprimer l'euthanasie. Dans la définition de l'aide à mourir, il nous a été difficile de nommer ces actes, qu'elle englobe tous les deux. Ils sont pourtant éthiquement très différents puisque l'euthanasie implique l'intervention d'un tiers. D'autres amendements tendront par la suite à définir l'incapacité physique. En effet, des technologies innovantes permettraient que le patient s'injecte lui-même le produit même en cas d'incapacité physique. Je répète que l'intervention d'un tiers, qui plus est d'un professionnel de santé, peut poser des difficultés.

M. Christophe Bentz (RN). Pour les opposants au texte que nous sommes, ceux de nos amendements que nous sommes en train d'examiner sont des amendements de repli – voire de repli de repli de repli ! Mon amendement vise ainsi à supprimer du dispositif le suicide délégué à une personne soignante pour le limiter

au suicide assisté. Cet amendement revient à l'intention initiale du texte. Les critères ont été étendus et l'exception est devenue un droit général. Nous souhaitons parcourir le chemin inverse. Pour cette troisième lecture, notre rôle d'opposants est en effet de vous convaincre de restreindre le dispositif au maximum.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Mon amendement tend à permettre à la personne sollicitant une aide active à mourir de choisir entre une auto-administration de la substance létale et une administration par un médecin ou un infirmier.

La première version du texte prévoyait que le droit à l'aide active à mourir repose sur un principe essentiel : la liberté d'y recourir. Il est par conséquent fondamental de laisser au patient le choix des modalités de réalisation de l'acte – sachant que les professionnels de santé sont libres d'exercer leur clause de conscience. Je rappelle que 70 % des soignants sont favorables à cette évolution.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Une personne doit pouvoir bénéficier de l'aide active à mourir, qu'elle soit ou non en capacité physique de s'administrer la substance. C'est le sens de l'amendement AS451.

Nous avons déjà eu ce débat lors des précédentes lectures et certaines dispositions permettant à un soignant d'administrer la substance à la place de la personne ont été adoptées en séance publique. Si la substance se prend en comprimés par voie orale, il faut par exemple d'abord prendre un antiémétique. Tout cela engendre du stress à un moment où l'on souhaite la sérénité.

L'amendement vise donc à supprimer la condition de l'incapacité physique, afin de donner à toute personne qui le souhaiterait et qui aurait effectué cette démarche la possibilité d'être aidée au moment de l'administration de la substance par une personne soignante présente dans la pièce – qui, bien entendu, serait libre d'exercer sa clause de conscience.

M. Yannick Monnet (GDR). Mon amendement est identique, mais je le défends différemment. Si je souhaite plutôt restreindre l'accès au droit à l'aide à mourir pour éviter les dérives, je crois qu'une fois que nous en avons accepté l'idée, il ne faut pas restreindre la manière dont les personnes vont en disposer. Il est très discriminatoire de conditionner l'assistance à une incapacité physique. Il est clair que certaines personnes auront des difficultés morales à s'administrer le produit ; si nous n'en tenons pas compte, nous ferons une loi pour les forts. Il faut donc que chacun, dès lors qu'il veut bénéficier de ce droit et réunit tous les critères, ait le choix jusqu'au bout de s'administrer la substance ou de se la faire administrer. Conditionner l'assistance à l'incapacité physique instaure une hiérarchie et pose un vrai problème d'accès au droit. Or, si nous avons choisi de conserver l'expression « droit à l'aide à mourir », c'est précisément parce qu'il n'y a pas de hiérarchie morale entre les différentes manières de mourir.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Avant tout, je souhaite dire que notre groupe s'est engagé à ne déposer que des amendements déjà adoptés en commission afin de ne pas rouvrir le débat sur certains sujets – même s'il y en a qui nous tiennent à cœur, comme les directives anticipées.

Notre commission a déjà voté en faveur du libre choix des modalités de réalisation de l'aide à mourir, non pour leur restriction. Si une personne en capacité physique de s'administrer la solution létale souhaite, pour des raisons qui lui sont propres, que cette substance soit administrée par un tiers membre du personnel soignant, il faut lui garantir cette liberté de choix sans qu'elle ait à se justifier. Les soignants disposent de leur clause de conscience et plus de 70 % d'entre eux sont favorables à l'aide à mourir. Garantissons donc aux patients un minimum de sérénité.

Il est par ailleurs très difficile d'établir l'aptitude ou l'inaptitude d'une personne : il y a plutôt un continuum beaucoup moins clair de situations de perte d'autonomie – d'autant qu'à ce moment-là, l'aptitude physique est étroitement liée à l'aptitude psychologique. Respectons donc la liberté de choix de la personne sans la juger et sans lui faire l'offense d'exiger d'elle qu'elle se justifie.

L'article 4 restreint très bien les conditions d'accès au droit à l'aide active à mourir ; il n'y a aucune raison de restreindre aussi les modalités d'administration de la solution létale.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'amendement AS157 nous permet, pour la première fois en trois heures et demie de débat, d'interroger le périmètre à accorder à l'autonomie et à la liberté humaines. Tel qu'il est rédigé, le texte crée une souffrance subsidiaire, inutile et gratuite – celle de devoir s'administrer la substance dans tous les cas, y compris lorsqu'on ne veut pas le faire par peur ou par angoisse. Ce choix dur et cruel peut conduire à perdre la souveraineté que l'on aurait pu avoir sur les dix dernières minutes de sa vie en compagnie de ses proches.

Le texte prévoit très clairement qu'on ne peut être aidé au moment de l'administration de la substance qu'en cas d'incapacité physique à se l'administrer soi-même – ce qui pose la question des frontières de l'incapacité physique. Il faut que nous reconnaissons le droit moral à choisir la modalité d'administration – c'est une question d'éthique personnelle comme de morale collective.

L'amendement vise ainsi à garantir la liberté de choix entre l'auto-administration de la substance, que souhaiteront de nombreux bénéficiaires, et l'accompagnement par un professionnel.

Choisir le pourquoi, c'est une chose, mais il faut aussi choisir le comment – pouvoir se concentrer sur les dernières secondes, choisir comment on dit au revoir aux gens, quel échange de regards, quel contact avec ses proches. L'enjeu est de retirer une angoisse, un stress des dernières minutes de la vie. On devrait pouvoir s'accorder toutes et tous sur ce droit à disposer de soi et, surtout, de ces minutes, peut-être les plus précieuses de toute une existence.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Ces amendements sont très importants ; malheureusement, je crains de ne satisfaire personne.

À nos collègues souhaitant rendre impossible l'administration de la substance létale par un tiers, je répète que cela entraînerait une rupture d'égalité entre les malades. Certains, n'étant pas en capacité de se l'administrer eux-mêmes, devront demander à un soignant de les aider. Les soignants, quant à eux, peuvent accepter ou non, puisqu'ils disposent d'une clause de conscience.

S'agissant des amendements visant à supprimer la condition d'incapacité physique, j'en comprends la raison d'être – vouloir n'est pas pouvoir. Une personne pourrait vouloir bénéficier de l'aide à mourir mais ne pas être en capacité de procéder elle-même à l'administration de la substance létale.

Toutefois, l'auto-administration est l'expression de l'autonomie de la personne. Elle peut aussi être considérée comme une ultime confirmation que la personne souhaite recourir à la substance létale. Enfin, comme je l'ai dit au sujet des directives anticipées, je crois beaucoup, pour reprendre les mots d'Olivier Falorni, à l'équilibre du texte, ce qui m'amène à émettre un avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Je suis d'accord avec notre collègue Yannick Monnet, pour autant que les critères soient restrictifs. L'inconvénient, c'est qu'ils ne le sont pas assez. Les personnes favorables au texte sont favorables à l'euthanasie, comme l'ont montré les précédentes lectures : plusieurs secondes délibérations ont été nécessaires à ce sujet.

Le précédent amendement que j'ai défendu reposait sur l'idée que le suicide assisté permet d'assurer l'autodétermination et la liberté individuelle que les personnes favorables au texte défendent. Au Canada, où il y a le choix entre l'euthanasie et le suicide assisté, on compte un peu plus de 10 000 euthanasies pour seulement sept suicides assistés. Laisser le choix, c'est donc faire primer l'euthanasie *in fine*.

La liberté individuelle dont procède l'autodétermination ne doit pas engager quelqu'un d'autre, d'autant moins s'il s'agit d'un membre du corps médical. Que les critères ne soient pas restrictifs, dans des situations où certaines personnes veulent mourir sans qu'il soit certain qu'elles mourront à échéance de six mois ou un an, soulève des interrogations s'agissant de l'engagement des professionnels de santé dans un acte qui fait mourir.

En tout état de cause, vous souhaitez favoriser l'euthanasie au détriment du suicide assisté. Si une personne n'est pas en capacité physique de s'administrer elle-même la substance, elle relève de la loi Claeys-Leonetti.

Mme Annie Vidal (EPR). Si ces amendements étaient adoptés, cela changerait considérablement les choses, car le périmètre du texte s'en trouverait modifié, ce qui met en évidence sa fragilité, puisqu'il suffit d'un amendement pour en menacer l'équilibre.

À l'origine, il était question d'un texte prévoyant l'auto-administration, l'administration par un tiers étant l'exception. Laisser le libre choix, c'est modifier considérablement la philosophie du texte. Cela prouve que ce texte est fragile et qu'il y a une volonté, assumée par certains de nos collègues, d'aller bien au-delà de ce qui est rédigé. La nôtre, déterminée, est de faire en sorte que le dispositif demeure très encadré.

M. René Pilato (LFI-NFP). Nous parlons de la place respective de l'auto-administration et de l'administration par un tiers, mais pas n'importe lequel. Le tiers est le médecin, l'infirmier ; il a accompagné le patient, a noué avec lui une relation de confiance ; la personne peut lui demander, comme l'a dit notre collègue Clouet, de faire en sorte que ses dernières minutes soient pleinement accordées à son entourage.

À partir du moment où le tiers est bien un personnel soignant, il me semble que l'ultime liberté, dans le temps imparti, celui où on sait qu'on va mourir et mettre un terme aux souffrances réfractaires, exige de donner le choix entre l'auto-administration et une concentration complète auprès des proches. Nous soutiendrons donc les amendements AS127 et suivants.

M. Jean-François Rousset (EPR). Je suis favorable à ces amendements. Très concrètement – c'est un témoignage, c'est du vécu –, si, au dernier moment, quelqu'un qui avait pourtant envie de s'administrer la substance létale n'y arrive pas, parce qu'il ne le peut pas, et absorbe la moitié de la substance, il est à moitié mort. Que faire alors, en pratique ? Relancer la procédure prend beaucoup de temps. Il faut éviter de telles situations et, pour ce faire, les prévoir dans notre texte.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. C'est un point très important du texte, comme le sont les dispositions relatives aux directives anticipées, qui ont elles aussi fait l'objet d'avis opposés ; dès le départ, nous avons justement voulu faire en sorte que le texte soit le plus équilibré possible.

Tel qu'il est rédigé, il prévoit que seules les personnes qui ne sont pas en mesure de procéder à l'auto-administration pourront s'en remettre à un professionnel de santé. Je crois qu'il faut en rester à cet équilibre. Je ne voudrais pas que, à un moment ou à un autre, on nous dise que le texte est fragilisé en raison du transfert d'une charge sur le personnel médical. Il faut être prudent – comme nous l'avons été à l'article 4, dont nous allons débattre à nouveau, ce qui permettra de bien préciser les choses, madame Gruet – au sujet des directives anticipées comme de ce double principe : auto-administration ou administration par un tiers, mais réservée aux personnes qui sont dans l'incapacité de procéder à l'auto-administration, ce qui nous préserve des excès. Il est essentiel que nous nous en tenions à ce que nous avons fait lors des précédentes lectures.

Je peux comprendre que l'on demande cette évolution, mais il ne faudrait pas qu'elle fragilise le texte ou suscite l'incompréhension à propos de la façon dont nous l'abordons. Il faut aboutir et voter le texte : celles et ceux qui le défendent souhaitent qu'il entre enfin dans une phase concrète.

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

Amendement AS228 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Il s'agit de faire constater par écrit l'incapacité physique par un médecin, dans la mesure où l'éthique du geste n'est pas la même selon qu'il s'agit d'une auto-administration ou d'une administration par un tiers.

Mme Dubré-Chirat dit que nous mentons ; monsieur Pilato, vous mentez quand vous dites que le médecin qui répondra à la demande connaît le patient. Dans le texte, je ne lis pas que tel est nécessairement le cas. La demande peut être adressée à tout médecin, qu'il connaisse ou non le patient.

Monsieur le rapporteur général, l'équilibre dont vous parlez n'est pas éthique, mais politique, en vue de parvenir *in fine* à une adoption du texte. Il me semble essentiel que nous, législateur, en restions à l'éthique.

De ce point de vue, le suicide assisté n'est pas la même chose que l'euthanasie, surtout si le pronostic vital n'est pas engagé à court terme. Il s'agit de faire une distinction éthique entre le suicide assisté et l'euthanasie, laquelle doit rester une exception en cas d'incapacité physique.

M. le président Frédéric Valletoux. Madame Gruet, personne, dans cette commission, ne ment.

Mme Justine Gruet (DR). On nous en a accusés. Vous n'étiez pas présent à ce moment-là.

M. le président Frédéric Valletoux. Je n'étais pas là, mais les interprétations peuvent diverger et nous sommes là pour en discuter. L'éthique, c'est aussi celle du débat démocratique, qui mérite d'être respecté. L'éthique, c'est respecter l'équilibre politique des débats tels qu'ils sont issus du vote. C'est une forme d'éthique démocratique.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. La modification proposée aurait davantage sa place dans les articles relatifs à la procédure. Sur le fond, les modalités de l'administration sont définies par le médecin en accord avec le patient. L'amendement est satisfait.

Demande de retrait ou avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Il n'y a pas de contrôle *a priori* de la légalité des critères. Nul n'aura donc vérifié, avant que la personne soit décédée, si elle était ou non en capacité physique de procéder à l'auto-administration. C'est un point primordial du texte. C'est ce qui fait la différence entre le suicide assisté et l'euthanasie.

Dans la procédure, à aucun moment il n'est prévu de vérifier la capacité physique du patient. Sur ce point, le texte est fragile ; au demeurant, nous avons dû reprendre plusieurs fois nos délibérations, car le choix entre suicide assisté et euthanasie avait été supprimé.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. L'article 6 dispose, à l'alinéa 19 : « En accord avec la personne, il détermine les modalités d'administration de la substance létale et choisit le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner pour cette administration lorsqu'il ne l'accompagne pas lui-même. » Le pronom « il » désigne le médecin.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Madame Gruet, je vois bien que vous voulez, dans l'examen de l'article 2, en faire d'autres – l'article 4, l'article 6, l'article 12. Vous avez dit vous-même qu'il ne faut pas que la loi soit bavarde et qu'il faut bien légiférer.

Laissez à l'article 2 les dispositions qu'il contient et présentez lors de l'examen de l'article 4 les argumentaires adéquats. À défaut, la confusion s'installe. Or vous êtes pour la lisibilité et la transparence. Il faut, pour ceux qui nous écoutent, bien suivre l'ordre des articles tels qu'ils sont déroulés devant nous.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS463 de Mme Marie-France Lorho

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS488 est défendu.

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

Amendements AS170 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé et AS593 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS170 vise à spécifier que le médecin est volontaire. La démarche est distincte de celle consistant à prévoir une clause de conscience, dont l'invocation équivaut à l'expression d'un refus.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. L'article 14 spécifie très bien les choses. Dès lors qu'une clause de conscience est prévue, le médecin, pour le dire clairement, est amené à dire oui ou non. S'il dit non, il ne pratique pas l'acte. S'il dit oui, c'est un acte volontaire. Votre demande est tout à fait satisfaite. Ne mettons pas dans les esprits de ceux qui nous regardent que la clause de conscience des soignants n'est pas garantie. Ce n'est pas vrai.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Je souscris aux propos du rapporteur général. Une clause de conscience permet à chacun de dire s'il accepte ou non d'administrer la substance, et le cas échéant d'orienter le patient vers quelqu'un qui accepte.

Madame Gruet, je n'ai pas dit que des collègues mentent. J'ai dit qu'il ne faut pas énoncer des mensonges. Je vais vous en donner un exemple. Vous avez dit que le diabète et l'insuffisance cardiaque ou rénale faisaient partie des maladies prises en compte dans cette procédure ; c'est faux et archifaux, parce que ces maladies sont traitées. À partir du moment où un traitement existe et où on peut vivre avec ce traitement, on ne relève pas de ce dispositif.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS585 de M. Christophe Bentz et AS691 de Mme Annie Vidal

Mme Annie Vidal (EPR). Mon amendement vise à réserver l'administration de la substance létale, si elle est faite par un tiers, à un médecin. C'est le médecin qui recevra la demande, l'instruira et autorisera l'acte légal. Il ne me semble pas logique de déléguer celui-ci à une infirmière à l'ultime moment. C'est presque un manque de responsabilité à l'aune de la décision qui a été prise.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Avis défavorable.

Chère collègue Vidal, comment se passe la sédation profonde et continue ? Qui accomplit l'acte une fois qu'il est prescrit ? Une infirmière. Si on vous écoutait, on supprimerait toute possibilité pour les infirmières de le faire. Il faut le dire à tout le monde !

Mme Annie Vidal (EPR). À cette différence près que, dans la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, il y a une véritable collégialité. Ce n'est pas un médecin qui répond à une demande, mais bien toute une équipe qui analyse une situation et prend la décision la plus appropriée à l'état du patient.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. La procédure dont nous parlons est collégiale, comme nous le verrons un peu plus loin. Il est bon de le préciser à ce stade, pour que les esprits soient parfaitement éclairés. Ne disons pas qu'elle relève d'un médecin isolé.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS591 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Je ne doute pas que cet amendement recueillera l'accord de tous. Il fait partie des amendements que je n'avais pas déposés lors des précédentes lectures. Cet amendement de repli vise à préciser que le médecin ou l'infirmier est « formé spécifiquement à cet acte légal », lequel n'est pas neutre, c'est le moins que l'on puisse dire.

Si je pense qu'il peut recueillir l'assentiment général, c'est parce qu'il est de nature, dans notre logique, à restreindre la portée de l'article 2 et, dans la vôtre, à le sécuriser. Que les personnes soignantes, volontaires bien sûr, qui seraient malheureusement amenées, si la proposition de loi est votée – ce n'est pas encore le cas –, à administrer une substance létale, aient reçu une formation adéquate me semble être un minimum.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Vous souhaitez exclure les infirmiers du dispositif, ce qui n'est pas légitime. Professionnels de santé, ils accomplissent des actes sur prescription médicale.

L'instruction de la demande d'aide à mourir suppose une compétence médicale, mise en œuvre dans le cadre d'une procédure collégiale. Une fois la décision prise, rien ne s'oppose à ce qu'un infirmier procède à l'administration de la substance létale. Le professionnel de santé, médecin compris, devra appliquer les recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé (HAS) pour garantir la sécurité de l'administration.

Avis défavorable.

M. René Pilato (LFI-NFP). M. Bentz a laissé entendre que la formation concernerait le médecin ou l'infirmier. Or son amendement prévoit de supprimer les mots « ou par un infirmier ».

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS229 de Mme Justine Gruet et AS500 de Mme Karine Lebon, amendements identiques AS136 de M. Patrick Hetzel et AS592 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Mon amendement vise à consacrer le volontariat des professionnels de santé comme principe structurant de la mise en œuvre de l'assistance à mourir. En effet, il semble inadapté de faire reposer le dispositif sur une logique de participation présumée des professionnels de santé, assortie d'une simple clause de conscience. Une telle approche, pertinente pour des actes médicaux à part entière, introduit une ambiguïté éthique et juridique en laissant entendre que la participation constituerait la norme, alors même que l'acte envisagé constitue une dérogation majeure aux principes traditionnels du soin et de la déontologie médicale.

En consacrant le volontariat comme principe explicite, le présent amendement inverse cette logique, ce qui est essentiel. En effet, l'affirmation du volontariat permet de fonder juridiquement l'exigence de conditions spécifiques de formation, de compétence et d'accompagnement, adaptées à la gravité et à la singularité des actes en cause. Elle contribue ainsi à la protection des professionnels de santé, à la cohérence des équipes médicales et à la préservation de la relation de soin.

Plus généralement, le présent amendement soulève la question de la formation des professionnels à l'aide à mourir. Sera-t-elle intégrée dans le cursus de formation initiale ? Dans ce cas, *quid* de la clause de conscience ? Ou ne seront formées que les personnes susceptibles de mettre en œuvre l'aide à mourir ?

J'entends bien que l'on peut être favorable au recours à l'aide à mourir dans une situation donnée et y être défavorable dans une autre. En tout état de cause, comment sécuriser juridiquement, dans leur parcours de formation, les professionnels de santé qui devront recourir à un tel acte ?

Mme Karine Lebon (GDR). Mon amendement est un amendement de cohérence avec l'article 14, qui introduit la clause de conscience. Dire que les professionnels de santé concernés seront volontaires est une précision importante, qui assure le respect des convictions, de l'éthique professionnelle et de la liberté de conscience des soignants, d'une part, et, d'autre part, sécurise la personne malade, qui doit être accompagnée par un professionnel engagé librement dans cette procédure.

Il s'agit de rappeler que l'aide à mourir, si elle est reconnue par la loi, doit reposer sur une double liberté, celle de la personne qui en fait la demande et celle du professionnel qui accepte de l'accompagner. Je sais qu'on va me dire que l'amendement est satisfait et qu'il ne faut pas faire une loi bavarde, mais je répète que cette précision est importante.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS136 vise à compléter l'alinéa 6 par le mot « volontaire ». Le caractère volontaire de la participation du médecin ou de l'infirmier doit figurer dans la définition de l'aide à mourir, afin qu'aucun professionnel ne puisse être considéré comme tenu d'y concourir.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement AS592 vise à offrir une protection juridique claire au personnel soignant et à renforcer la confiance dans l'application de la loi.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Les amendements AS500, AS136 et AS592 visent à préciser que le médecin est volontaire. Mais la clause de conscience spécifique est très claire, très nette et parfaitement expliquée. L'article 14 prévoit notamment que les médecins se déclarent à la commission de contrôle et d'évaluation. Je ne vois pas comment on pourrait demander à quelqu'un qui n'est pas volontaire de pratiquer ces actes.

L'amendement AS229 vise à restreindre le champ des professionnels susceptibles de procéder à l'administration. Le texte ne subordonne pas la participation des professionnels de santé à la procédure d'aide à mourir à leur inscription sur le registre de la commission de contrôle et d'évaluation, laquelle vise uniquement à faciliter l'orientation des personnes si un professionnel fait jouer la clause de conscience.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). C'est tout l'enjeu que d'inverser la logique du texte en prévoyant non que tout le monde est favorable à défaut de faire valoir la clause de conscience, mais qu'il faut être volontaire pour mettre en œuvre ce nouveau droit. Par ailleurs, introduire la notion de volontariat permet de clarifier la formation et l'accompagnement, le cadre juridique, en somme, mis à la disposition des médecins.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Comme je l'ai expliqué, le volontariat est assuré par la clause de conscience. Vous voulez de surcroît dresser une liste de médecins. Comme je vous l'ai dit lors d'une précédente lecture, on peut être d'accord pour pratiquer un acte à un moment donné et ne plus l'être à un autre moment. N'inscrivez pas des gens sur des fiches comme cela. Leur comportement peut varier selon les situations. Je préserve la clause de conscience jusqu'au bout ; vous voulez la restreindre, ce qui me surprend.

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

Amendement AS230 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Parfois, l'absence de précision dans les textes prête à confusion. Il est donc essentiel de clarifier que le personnel soignant, qu'il s'agisse du médecin ou de l'infirmier, doit être en exercice et non à la retraite. Cela peut sembler évident, mais les évidences gagnent toujours à être explicitées.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cet amendement aurait davantage sa place aux articles 5 et 6. Sur le fond, dans la mesure où le médecin ou l'infirmier qui administre la substance létale se bornera à mettre en œuvre une décision prise par le médecin ayant lui-même instruit la demande, il n'a pas à être soumis aux mêmes conditions que ce dernier. Qu'il ne soit plus en activité est sans importance.

Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Jean-François Rousset (EPR). Un médecin a soutenu une thèse. Il est docteur jusqu'à la fin de sa vie. Arrêtez d'opposer les médecins actifs aux inactifs ! À l'heure actuelle, nous manquons de médecins.

Mme Justine Gruet (DR). Vous venez d'explicitier qu'un médecin à la retraite pourra contribuer à la procédure et à l'injection létale ?

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je pense que les médecins à la retraite qui nous écoutent seront un peu déçus par vos propos. Sans eux, où en serions-nous de la régulation des structures mobiles d'urgence et de réanimation ? Sans eux, où en serions-nous des remplacements ? Eux qui travaillent jusqu'à 70 ou 75 ans, heureusement qu'ils sont là. Rendons-leur hommage.

Mme Justine Gruet (DR). Ne me faites pas dire ce que je n'ai pas dit. J'ai un profond respect pour les médecins qui, tout au long de leur vie, exercent. Je demande juste qu'il soit explicité qu'on n'exclut pas les médecins à la retraite. Ce n'est pas ce qui avait été dit lors des précédentes lectures. C'est pourquoi je me suis permis de poser la question. Vous avez explicité la réponse, je vous en remercie.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS596 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). J'avais déposé le même amendement en deuxième lecture et regrette, monsieur le rapporteur général, de ne pas – encore – vous avoir convaincu de le faire adopter. Il s'agit de préciser que le médecin ou l'infirmier ne peut être ni un parent, ni un allié au sens juridique, ni un proche de la personne.

Cette précision me semble logique, et je ne vois pas ce qui empêche de l'introduire à cet endroit du texte. Je rappelle que dans le projet de loi figuraient les tiers de confiance, retirés par la suite. Cet amendement vise, très logiquement, à verrouiller la procédure.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Vous m'accorderez, monsieur Bentz, vous qui êtes un homme attaché au sens précis des mots, que la notion de proche est assez difficile à circonvenir. S'agit-il de quelqu'un qui a été un proche, qui l'est actuellement ? Cette ambivalence limite la portée de votre amendement.

Par ailleurs, pourquoi un professionnel de santé dont le frère ou la sœur est concerné et qui satisfait aux critères ne pourrait-il pas participer à la décision ? Il faut être attentif à tous les cas de figure. Au surplus, la collégialité assure que sa voix n'est pas prépondérante, du moment qu'il n'est pas le médecin qui instruit la demande.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Cet amendement offre une garantie de prudence et de neutralité. Il faut faire attention : dans ces situations, il faut protéger les personnes vulnérables de toute pression, même involontaire, et prévenir les conflits d'intérêts. C'est une garantie d'impartialité et une sécurisation juridique.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS17 de M. Patrick Hetzel et AS646 de Mme Annie Vidal

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS17 vise à supprimer l'alinéa 7, qui a pour objet de dépénaliser le suicide assisté et l'aide à mourir en se plaçant sous l'autorité de l'alinéa 4 de l'article 122 du code pénal. Considérant que le développement des soins palliatifs n'est pas efficient sur l'ensemble du territoire national, il est prématuré de légaliser le suicide assisté et l'euthanasie. En effet, l'un comme l'autre obéissent à une logique opposée à celle suivie actuellement par la France, qui est d'aider à vivre pour mieux mourir.

Mme Annie Vidal (EPR). Mon amendement est cohérent avec l'amendement que j'ai présenté pour supprimer l'article 2. Je propose de supprimer l'alinéa 7, qui institue une irresponsabilité pénale pour les professionnels concourant à l'aide à mourir.

En levant l'interdit pénal qui pèse sur l'acte de donner la mort, cet alinéa franchit une ligne et la portée de cette évolution dépasse largement le cadre médical. La responsabilité pénale n'est pas un obstacle procédural, mais la traduction juridique de l'interdit fondateur de donner la mort. Sa suppression, même encadrée, envoie un signal grave sur la valeur que le droit accorde à la vie humaine.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Le Conseil d'État a estimé que l'aide à mourir constituait « *une cause d'irresponsabilité pénale par autorisation de la loi* ». L'alinéa 7 dispose expressément que les praticiens qui appliqueront la procédure prévue par la proposition de loi bénéficieront d'une exonération de leur responsabilité pénale pour des actes qui, hors de ce contexte, seraient susceptibles d'être qualifiés pénalement, et uniquement pour ces actes, ce qui laisse de côté la latence.

Par ailleurs, le Conseil d'État a rappelé que, pour « *respecter les principes applicables à la législation pénale et, en premier lieu, le principe constitutionnel de légalité des délits et des peines* », il est nécessaire de définir « *de manière suffisamment claire, détaillée et précise les actes autorisés et leurs conditions de réalisation* ». C'est ce à quoi visent plusieurs articles que nous examinerons ultérieurement.

Enfin, le Conseil d'État a rappelé, et c'est essentiel, que cette irresponsabilité n'est pas absolue, ce qui devrait vous satisfaire. Il ne peut « *être exclu que des manquements dans la mise en œuvre de la procédure* », dont je vous rappelle qu'elle fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation, ce qui a pris dix ans à être obtenu pour les soins palliatifs, « *puissent donner lieu à des poursuites* ».

Chères collègues, vous êtes très attachées à la solidité juridique du texte ; or supprimer l'alinéa 7, qui protège de poursuites pénales les soignants qui mettront en œuvre la procédure dans le cadre de la loi tout en permettant de les sanctionner si les protocoles ne sont pas respectés, fragiliserait le texte. Il a pour objet de rendre celui-ci plus solide.

M. Christophe Bentz (RN). Ces amendements m'offrent l'occasion de poser à nouveau ma question, restée sans réponse. Vous inscrivez dans le texte que l'exercice du droit à l'aide à mourir par suicide assisté ou délégué n'emporte aucune responsabilité pénale. Mais, à l'instant où nous parlons, l'aide à mourir est proscrite par la loi. Ma question est purement juridique : si une personne s'injecte à cet instant une substance létale, est-ce ou non un suicide ?

M. René Pilato (LFI-NFP). C'est une question de cohérence. Une personne qui pratique la sédation profonde et continue jusqu'au décès est protégée par la loi. Ce texte, s'il est adopté, doit protéger de la même manière ceux qui accepteront d'accompagner des personnes ayant choisi de recourir au droit à l'aide à mourir.

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

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission **rejette** l'amendement AS600 de M. Christophe Bentz.*

Amendements AS171 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS171 est défendu.

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

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle **rejette** l'amendement AS602 de M. Christophe Bentz.*

Amendement AS601 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). On va sans doute me dire que cet amendement est satisfait ou qu'il ne figure pas à la bonne place, mais l'article 2 est le cœur du texte. C'est là qu'il faut sécuriser, pour utiliser votre langage, ou équilibrer la loi. Nous demandons que l'application du dispositif soit restreinte aux personnes majeures.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Effectivement, ce n'est pas la bonne place. Demande de retrait, sinon avis défavorable.

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

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle **rejette** l'amendement AS599 de M. Christophe Bentz.*

Amendements AS464 et AS465 de Mme Marie-France Lorho

M. Christophe Bentz (RN). Les amendements sont défendus.

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

Amendement AS238 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement vise à s'assurer que l'on tiendra compte des aides techniques, des dispositifs d'assistance et des technologies de compensation du handicap, y compris les dispositifs numériques ou de commande adaptée, afin de privilégier le respect le plus strict de l'autonomie de la personne, c'est-à-dire l'auto-administration de la substance létale chaque fois que c'est possible.

Dans sa rédaction actuelle, le futur article L. 1111-12-1 du code de la santé publique prévoit que l'administration de la substance létale par un médecin ou un infirmier n'intervient que lorsque la personne n'est physiquement pas en mesure de procéder à l'administration elle-même. Or des progrès technologiques permettent désormais à des personnes atteintes d'un handicap moteur sévère ou de maladies neurodégénératives d'exprimer une volonté ou de déclencher une action par des dispositifs de commande oculaire, de sélection visuelle, de contacteurs adaptés ou d'interface numérique. Ne pas en tenir compte reviendrait à exclure artificiellement des personnes du recours à l'auto-administration alors qu'elles ont la capacité d'être pleinement actrices.

Nous souhaitons garantir l'égalité d'accès au droit à l'aide à mourir tout en limitant l'administration de la substance létale par un professionnel de santé aux seuls cas où aucune forme d'auto-administration n'est possible. Cet amendement s'inscrit dans une logique de dignité, d'autonomie et de proportionnalité de l'intervention médicale.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Une telle précision n'a pas sa place à l'article 2, car elle relève des dispositions relatives à la procédure. S'agissant du fond, l'article 6 prévoit que le médecin qui accompagne la personne détermine avec son accord les modalités d'administration. Il pourra évaluer la capacité de cette personne à s'administrer elle-même la substance létale en tenant compte, le cas échéant, des moyens techniques disponibles.

Par conséquent, avis défavorable.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Je comprends qu'un débat ait lieu sur ce point, mais nous en sommes à la troisième lecture de la proposition de loi. Tout le monde sait pertinemment que nous aborderons ces questions plus tard. On ne peut pas tout traiter dès les premiers articles du texte. Sinon, pourquoi ne pas adopter une loi composée d'un seul article dans lequel on dirait tout ? Ce n'est pas de cette façon que le texte est construit.

Nous avons déjà débattu de la procédure à suivre. La Haute Autorité de santé sera chargée de définir les modalités de mise en œuvre de l'aide à mourir, tant pour la technique utilisée que pour les substances, lesquelles devront être adaptées à chaque situation et feront l'objet de procédures écrites afin que les professionnels de santé sachent comment se comporter.

Le débat aura lieu. Nous ne disons pas qu'il n'est pas utile et que tout cela ne sera pas pris en compte, mais qu'il se déroulera plus tard. De grâce, abordons les questions là où elles doivent être traitées. Sinon, le débat en sera troublé et incompréhensible, ce qui ne permettra pas d'avancer sereinement.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement a toute sa place ici, parce que vous avez refusé d'employer des termes différents pour le suicide assisté et l'euthanasie alors que ce sont des actes différents. Nous voulons établir clairement dans la définition du droit à l'aide à mourir la différence entre l'auto-administration et l'administration par un tiers, en nous assurant que la notion d'incapacité physique est bien définie. Si nous avons ce genre de discussion qui empiète sur la suite du texte, c'est parce que nous n'avons pas été capables jusque-là, en tant que législateur, de différencier les choses.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS239 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'anxiété, l'appréhension ou l'émotion de la personne au moment de l'administration de la substance létale ne peuvent, à elles seules, être regardées comme faisant obstacle à sa capacité à se l'administrer. Cet amendement vise à promouvoir le suicide assisté plutôt que l'euthanasie, au sens de mes amendements précédents.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. La rédaction de l'article 2 fait explicitement référence à la capacité physique de la personne à s'administrer la substance létale, et cette condition est rappelée à l'article 9. Le type de précision que vous proposez trouverait plus naturellement sa place au sein des dispositions concernant la procédure.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS20 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). Nous souhaitons ajouter que l'aide à mourir définie dans le présent article ne peut être considérée comme un soin. Nous en avons beaucoup parlé, notamment avec M. Falorni, à l'époque. L'inscrire explicitement dans le texte permettrait de sécuriser celui-ci et d'envoyer un message aux soignants.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. À aucun moment le texte ne qualifie de soin l'aide à mourir. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS603 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Cet amendement, auquel je tiens particulièrement, vise à rappeler une chose simple à l'article 2, c'est-à-dire au cœur du texte. Selon certains d'entre vous, une majorité de soignants et de médecins serait favorable à l'administration d'une substance létale, mais je n'en suis pas convaincu.

J'ai rencontré beaucoup de médecins travaillant en soins palliatifs : une écrasante majorité s'oppose à ce texte, notamment par l'intermédiaire de leurs organisations, comme la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap). C'est logique, car le rôle de ces soignants, qui sont concrètement confrontés, au quotidien, à des patients en souffrance, est de prendre soin d'eux jusqu'à la fin de leur vie. Or vous voudriez qu'ils fassent l'inverse en provoquant la mort. Cet amendement écartera tout soignant de l'administration d'une substance létale.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Je ne pense pas que seule une minorité de médecins soit favorable au texte, mais peu importe. Chacun d'entre eux pourra dire s'il souhaite participer à son application.

Demande de retrait, sinon avis défavorable.

Mme Annie Vidal (EPR). L'administration d'une substance létale par une infirmière ne sera autorisée, si ce texte est adopté, qu'en France et au Canada ; partout ailleurs, c'est à un médecin de s'en occuper.

Lors des travaux menés en amont du projet de loi, un tiers des soignants était formellement opposé à un tel acte, un tiers était pour et un tiers d'entre eux disaient qu'ils demanderaient à changer de service si le texte était voté, afin de ne pas travailler là où l'on pratique ce geste létal.

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). J'aimerais savoir ce que cet amendement apportera de plus : la clause de conscience est très claire. Ce qui nous est proposé rendrait donc la loi bavarde. Vous persistez à défendre vos amendements jusqu'au bout, sachant très bien ce que nous allons vous rétorquer, pour diffuser des propos qui contribuent à la désinformation de la population. Il faut arrêter ça.

M. le président Frédéric Valletoux. Gardons-nous de faire parler les soignants. Ils attendaient de savoir précisément quel équilibre serait trouvé avant de se prononcer. Ils le savent désormais. Quand ils ont été interrogés très en amont de nos travaux, le concept d'aide à mourir était en revanche un peu flou, en tout cas quant à ses modalités, qui sont importantes pour les soignants. Je ne suis pas sondeur, mais il me semble que les résultats seraient peut-être plus précis aujourd'hui.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS18 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). Nous souhaitons ajouter la disposition suivante : « La personne de confiance, un parent, un proche ou le médecin traitant s'assure que la personne ne se trouve pas en état de faiblesse ou d'ignorance. »

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Je vous demande, une fois encore, de déposer ce genre d'amendement dans la partie relative à la procédure de l'aide à mourir. S'agissant du fond, la vérification des conditions d'accès à cette aide portera notamment sur le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté de la personne. C'est précisé plus loin dans le texte.

Avis défavorable.

M. Gaëtan Dussausaye (RN). Je n'ai pas pu m'exprimer au sujet de l'amendement précédent, mais j'aimerais faire une mise au point. Certains collègues, comme mon camarade Christophe Bentz, n'ont pas envie, contrairement à moi, qu'un droit à l'euthanasie et au suicide assisté soit reconnu, et ils usent de tous les outils législatifs à leur disposition pour s'y opposer, comme d'autres le font lorsque nous examinons d'autres textes. Je comprends que cela pourrait conduire à des redites qui rendraient la loi bavarde, mais si l'on part du principe que l'on ne peut plus s'y prendre ainsi lorsqu'on est opposé à un texte, il faut que cela s'applique à l'intégralité des groupes et à tous les textes. Je tiens à la liberté parlementaire dont font usage nos collègues même si je suis en désaccord avec eux sur un point particulier, et il serait bon de respecter ce droit pour tout le monde dans le cadre de nos travaux.

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

*Puis elle **adopte** l'article 2 **non modifié**.*

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

Amendements de suppression AS4 de M. Thibault Bazin, AS502 de M. Yannick Monnet, AS604 de M. Christophe Bentz et AS673 de Mme Annie Vidal

Mme Justine Gruet (DR). Cet article assimile l'acte euthanasique et le suicide assisté à des soins en créant un parallèle entre le droit à l'aide à mourir et le droit de recevoir, dans l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés, conformément à l'article L. 1110-5 du code de la santé publique. L'apaisement de la souffrance par des soins, notamment palliatifs, est antithétique à un acte consistant à mettre fin prématurément et surtout intentionnellement à la vie d'un malade. Selon l'Académie nationale de médecine, le soin est l'« *ensemble des mesures et actes visant à faire bénéficier une personne des moyens de diagnostic et de traitement lui permettant d'améliorer et de maintenir sa santé physique et mentale* ». En octobre 2007, la HAS a de même défini un acte de soin 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* ». Si les soins ne visent pas à nier la mort, ils ne consistent pas à la donner. Elle doit être considérée, selon l'Organisation mondiale de la santé, comme un processus normal, qui ne doit être ni accéléré ni repoussé, en particulier dans le cadre des soins palliatifs.

M. Yannick Monnet (GDR). Nous souhaitons également supprimer cet article. Rien ne nous oblige à inscrire le droit à l'aide à mourir dans le code de la santé publique. D'ailleurs, aucun autre pays ne l'a fait, me semble-t-il. Inscrire l'aide à mourir dans la continuité de la sédation profonde créerait une confusion, car les conditions ne sont absolument pas les mêmes. Par ailleurs, l'aide à mourir ne peut pas être une alternative aux soins. On pourra y avoir recours lorsqu'on arrivera au bout des soins. Si l'on traite l'aide à mourir comme une alternative aux soins, ce que fait cet article en inscrivant cette aide dans le code de la santé publique, on considère que les gens pourront soit se soigner soit mourir. Je ne suis pas opposé au principe de l'aide à mourir – j'ai voté pour –, mais chacun voit bien quel problème se posera si l'on en fait une alternative aux soins alors que six Français sur dix renoncent à ces derniers. Le risque de dérive vient de là.

M. Christophe Bentz (RN). Nous n'avons effectivement aucune obligation d'inscrire ce droit dans le code de la santé publique. Par ailleurs, les demandes de mort disparaissent dans 95 % des cas lorsque les gens sont pris en charge, notamment en soins palliatifs, ce qui est une donnée très importante. La loi Claeys-Leonetti, adoptée il y a dix ans, était un texte d'équilibre, mais qui a été mal appliqué et mal financé. Quant à la loi sur les soins palliatifs que nous avons adoptée il y a quelques mois à l'initiative d'Annie Vidal, elle n'est en vigueur que depuis quinze jours. Laissons leur chance à ces lois visant à assurer un accompagnement réel jusqu'à la fin de la vie grâce aux soins palliatifs, au lieu d'adopter un texte dont la nature est totalement contraire.

Mme Annie Vidal (EPR). Nous demandons aussi la suppression de cet article, qui tend à inscrire l'aide à mourir parmi les droits garantis par l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, au même rang que les soins. Vous avez dit, madame la rapporteure, que la proposition de loi ne faisait en aucun cas référence aux soins. Or cet article assimile clairement à un soin l'aide à mourir, qui sera en réalité un droit inscrit dans le code pénal. On risque ainsi d'entacher gravement la relation de confiance entre les soignants et les soignés, ce qui serait très dommageable.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Beaucoup de pays n'ont pas de code de la santé publique. C'est peut-être la raison pour laquelle que ce droit n'y figure pas.

L'article 3 ne remet pas en cause le strict encadrement de l'accès à l'aide à mourir et des modalités de sa mise en œuvre. Contrairement à ce que certains d'entre vous affirment, il n'assimile pas l'aide à mourir à un soin mais modifie le second alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, qui porte spécifiquement sur l'accompagnement des personnes en fin de vie et ne fait pas référence à la notion de soin. Cet article affirme simplement que l'aide à mourir constitue une des modalités possibles d'apaisement de la souffrance et une des façons de préserver la dignité des malades à la fin de leur vie, ce qui est conforme à l'esprit du texte.

Voici la disposition en question, telle qu'elle résultera à la fois de la loi Claeys-Leonetti et de cette proposition de loi :

« Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté.

« Ce droit comprend la possibilité d'accéder à l'aide à mourir dans les conditions prévues *[par le présent texte]* et de recevoir une information, délivrée sous une forme compréhensible par tous, concernant cette aide. »

À aucun moment, je le répète, l'aide à mourir n'est assimilée à un soin. Je suis donc défavorable aux amendements de suppression.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Cet article n'acte pas l'idée que l'aide à mourir serait un soin, mais l'idée qu'elle entre dans une démarche médicale, ce qui n'est pas la même chose. Un encadrement sera assuré par le corps médical, la procédure reposant notamment sur des avis médicaux réguliers. L'article 3 est absolument indispensable en ce qu'il demande que l'aide à mourir fasse l'objet d'une information compréhensible par tous et que chacun soit inclus dans la décision.

M. René Pilato (LFI-NFP). Nous voterons également contre ces amendements de suppression. Monsieur Monnet, il n'y aura aucune confusion. Le code de la santé publique comporte des dispositions relatives à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), qui fait l'objet d'actes médicaux mais ne peut pas être considérée comme un soin pour autant. L'aide à mourir s'accompagnera de même d'actes médicaux, et cet article a donc tout à fait sa place dans le code de la santé publique.

Mme Annie Vidal (EPR). On ne peut pas dire que l'aide à mourir ne sera pas assimilée à un soin. C'est très clair compte tenu de la rédaction de l'article L.1110-5 du code de la santé publique, qui prévoit que toute personne a le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les soins les plus appropriés. Si l'on intègre l'aide à mourir dans cet article du code, elle sera assimilée à un soin même si cela ne sera pas écrit tel quel.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Ce ne sera pas un soin, madame Vidal, mais un processus médicalement encadré, comme l'IVG. Le terme « soin » ne figure d'ailleurs pas dans cet article.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS365 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Je suis d'accord, une fois n'est pas coutume, avec Mme Rousseau en ce qui concerne la nécessité d'une communication intelligible et adaptée aux différents droits. Notre amendement préserverait cette partie de l'article 3

mais complèterait le second alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique par la phrase suivante : « L'aide à mourir, qui ne constitue pas un acte de soin, n'est pas comprise dans ce droit ; elle est régie par la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du présent titre. »

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Votre amendement est en partie satisfait puisque cet acte n'est pas qualifié de soin, ce dont vous pourriez peut-être nous donner acte. Surtout, votre proposition aurait pour effet de supprimer la rédaction actuelle de l'article 3, qui permettra une bonne articulation entre le droit à une fin de vie digne et accompagnée et l'aide à mourir, qui sera une des modalités que le patient pourra demander lorsque nous aurons ouvert ce nouveau droit. Nous tenons à cette articulation.

La commission rejette l'amendement.

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle **rejette** l'amendement AS607 de M. Christophe Bentz.*

Amendements AS608 de M. Christophe Bentz, AS466 de Mme Marie-France Lorho et AS612 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). J'espère que nos rapporteurs s'en remettront au moins à la sagesse de la commission pour ces trois amendements que je défends, bien qu'ils abordent la question, sur laquelle nous reviendrons un peu plus tard, de l'accès aux soins palliatifs. Vous avez supprimé en deuxième lecture, par un amendement faussement rédactionnel, la notion d'accès effectif à ces soins. Nous proposons de la rétablir, cette fois à l'article 3.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Vous êtes habile, cher collègue. La proposition de loi relative aux soins palliatifs, qui a été adoptée par tous, constitue une grande avancée. Et puisque le Sénat est souvent invoqué dans nos débats, je rappelle au passage qu'il n'était pas favorable, à l'origine, à la loi Claeys-Leonetti, dont chacun trouve finalement qu'elle est absolument merveilleuse.

Il ne vous a pas échappé, par ailleurs, que des équipes mobiles se déplacent dans les départements où des soins palliatifs n'ont pas encore été déployés. Il n'y a donc pas lieu d'attendre la mise en place complète d'unités de soins palliatifs fixes dans tout le territoire.

Enfin, l'aide à mourir est un droit différent, bien qu'il soit complémentaire, de l'accès aux soins palliatifs. N'opposez pas ces droits et n'essayez pas de semer la confusion dans les esprits.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). J'ajoute simplement que des personnes ne souhaitent pas aller en soins palliatifs parce qu'elles préfèrent rester chez elles, et que d'autres n'en ont pas le temps en raison de la dégradation de leur état. Il faut arrêter de vouloir passer d'abord par une obligation d'accès aux soins palliatifs, d'autant que des équipes mobiles se déplacent, comme le rapporteur général l'a très justement rappelé, dans des secteurs qui n'ont pas d'unités d'hospitalisation.

M. Christophe Bentz (RN). Dans mon département, la Haute-Marne, qui n'aura pas d'unités de soins palliatifs avant je ne sais pas combien d'années – aucune annonce n'a été faite en la matière –, il existe effectivement trois équipes mobiles de soins palliatifs, mais elles ne comptent pas de médecin. Il n'y a donc tout simplement pas de service. J'ai déjà eu l'occasion de vous dire à plusieurs reprises, monsieur le rapporteur général, ainsi qu'à Olivier Falorni, avant vous, que des patients en fin de vie vont se trouver face à une injustice profonde dans ce type de territoire. Ils seront confrontés à un dilemme cornélien : soit souffrir, soit mourir.

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

Amendements AS648 de Mme Annie Vidal, AS241 de Mme Justine Gruet, AS609 de M. Christophe Bentz, AS242 et AS243 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Mes trois amendements visent à apporter une clarification sémantique qui n'a pas été adoptée à l'article 2 mais qui me paraît essentielle du point de vue du message qui sera envoyé à la société civile et à la population. Je regrette que nous ne soyons pas capables, en tant que législateur, de recourir à des mots employés quotidiennement par les futurs patients.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Nous avons déjà largement débattu des questions terminologiques.

Mme Justine Gruet (DR). Vous n'avez pas bougé d'un iota !

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Puisque vous déposez les mêmes amendements, il est assez logique que j'apporte les mêmes réponses. Mes avis continueront donc à être défavorables.

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

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle **rejette** l'amendement AS605 de M. Christophe Bentz.*

Amendement AS606 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Cet amendement est également sémantique, mais je ne l'avais pas déposé lors des précédentes lectures. Je vous propose de lever toute ambiguïté en remplaçant le mot « aide » par « recours ». Sémantiquement, juridiquement, humainement et médicalement, la notion d'aide désigne l'accompagnement, le secours à une personne. Il y a donc une antinomie entre « aide » et « mourir ». Ce sont les soins palliatifs et l'accompagnement qui constituent la véritable aide.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Ce que vous demandez ne changerait strictement rien. Je reste défavorable à de tels amendements sémantiques.

La commission rejette l'amendement.

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, la commission **rejette** successivement les amendements AS611 et AS613 de M. Christophe Bentz.*

Amendement AS26 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement tend à compléter ainsi l'article 3 : « Il n'existe aucun continuum entre les soins palliatifs et l'aide à mourir. » Cet article introduit en effet dans l'article L. 1110-5 du code de la santé publique « la possibilité d'accéder à l'aide à mourir ». Or il convient de rappeler que les soins palliatifs visent à soulager la souffrance, à accompagner la personne jusqu'à sa mort naturelle, sans chercher à provoquer la mort, ce qui n'est pas le cas du droit à mourir, qui conduit à l'euthanasie ou au suicide assisté.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. C'est notre collègue Hetzel qui évoque souvent un continuum ; nous, nous ne le revendiquons pas. Si les soins palliatifs sont proposés à un moment dans le dispositif de l'aide à mourir, celle-ci reste bien distincte : pourquoi chercher absolument à établir une connexion entre eux ? L'aide à mourir n'est pas l'aboutissement des soins palliatifs.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Il est question de patients atteints de maladies incurables et en fin de vie, qui peuvent être en soins palliatifs ou chez eux. Ce ne sont pas des personnes qui vont sortir de ce processus. Je ne sais pas ce que pourrait signifier un continuum, mais il existe une continuité dans la prise en charge de patients qui vont mourir. Sinon, c'est une rupture de soins.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Madame Dubré-Chirat, j'aimerais une précision : les malades en phase avancée, comment les considérez-vous ?

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

Amendement AS610 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Vous remarquerez que nous sommes passés rapidement sur des amendements déjà examinés au cours des lectures précédentes ; j'aimerais, en revanche, que nous prenions le temps d'examiner des amendements nouveaux – c'est le jeu lors d'une troisième lecture. C'est le cas de celui-ci.

L'une des premières raisons pour lesquelles ce texte constitue une rupture, c'est qu'il va à l'encontre de la prévention du suicide. Depuis des décennies, voire des siècles, on fait tout pour éviter le suicide ; ici, on le légalise et on l'encadre.

C'est pourquoi cet amendement tend à prévoir qu'une information sur les dispositifs de prévention du suicide est apportée aux patients.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Avis défavorable.

C'est bien pour éviter tout amalgame que nous sommes contre l'appellation de suicide assisté : il ne faut pas sous-entendre que ce que nous prévoyons ici serait la même chose qu'un suicide. D'un côté, il y a un problème de santé mentale et de volonté d'en finir avec la vie ; de l'autre, une personne qui est proche de la mort et qui souffre.

M. Yannick Monnet (GDR). Ce n'est pas un amendement de cohérence, comme le prétend l'exposé sommaire, mais un amendement de torture ! Vous rendez-vous compte de ce que vous écrivez ? On parle de quelqu'un qui est à bout, qui est malade, qui sollicite un suicide assisté, et vous lui donnez des documents de prévention du suicide : imaginez-vous quel choc psychologique ce serait ? Vous pouvez être pour ou contre, mais pensez aux situations humaines, concrètes, qui se produiraient si cet amendement était adopté !

M. Christophe Bentz (RN). Le mot « torture » me paraît vraiment inadapté. Oui, nous considérons que l'aide à mourir et le suicide dit conventionnel – je n'aime pas ce terme – sont de la même nature. Il y a un encadrement, vous prévoyez des critères d'accès, nous l'entendons ; mais la portée du geste est la même : administrer une substance létale à un corps vivant. Je maintiens que ce texte rompt avec les politiques de prévention du suicide.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 3 non modifié.

Chapitre II Conditions d'accès

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

Amendements de suppression AS27 de M. Patrick Hetzel, AS614 de M. Christophe Bentz et AS674 de Mme Annie Vidal

Mme Justine Gruet (DR). Cet article est celui qui définit les critères d'accès à l'aide à mourir. Sa rédaction pose différents problèmes. Lors de l'examen du projet de loi, il y avait d'ailleurs eu trois rédactions différentes en l'espace de deux mois.

La proposition de loi indique désormais que seront éligibles les patients souffrant d'une maladie « grave et incurable » en phase « avancée » ou « terminale ». L'effacement du critère d'engagement du pronostic vital élargit considérablement le champ des patients concernés. Le diabète ou l'hypertension artérielle, que vous le vouliez ou non, sont graves et inguérissables.

Par ailleurs, le critère de souffrance que vous reprenez est plus permissif que celui de la loi belge, qui parle d'une « souffrance physique ou psychique constante et insupportable ». Or la Commission fédérale de contrôle de Belgique admet dans ses rapports que l'appréciation de ce caractère insupportable est très subjective. Dans ce pays, la dépression et les troubles de la personnalité rendent par ailleurs le patient éligible à l'euthanasie. En Oregon, le législateur a estimé avec sagesse qu'une expression de souffrance était trop subjective pour faire partie des critères.

M. Christophe Bentz (RN). Je n'avais pas déposé d'amendement de suppression de cet article au cours des lectures précédentes, considérant que ces critères, par construction, restreignaient l'accès au dispositif. Mais nous nous sommes rendu compte que les garde-fous sautent les uns après les autres : ils ne sont que provisoires.

C'est pourquoi nous préférons que cet article 4 soit supprimé : cela empêcherait l'adoption de l'ensemble du texte.

Mme Annie Vidal (EPR). La définition des critères laisse une marge d'appréciation bien trop large, susceptible d'entraîner des dérives. L'un de nos anciens collègues, défenseur de ce texte, l'a clairement dit dans une vidéo : *« l'essentiel, c'est de mettre le pied dans la porte »* pour étendre ensuite le dispositif. Le risque existe et je n'ai pas envie de le prendre.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Quand nous discutons de l'article 2, vous vouliez intégrer les critères qui figurent ici, à l'article 4 ; et quand nous en arrivons à l'article 4, vous voulez le supprimer ! Il est vrai que l'on n'est plus à une incohérence près.

Les critères ont été très bien précisés. En première lecture, nous avons choisi de reprendre les termes de l'avis de la HAS et de définir la phase avancée comme *« 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 »*. Affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale, souffrances réfractaires ou insupportables : franchement, je ne vois pas comment on peut mieux encadrer.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Supprimer cet article, ce serait supprimer l'ensemble des critères qui restreignent l'accès à l'aide à mourir, donc adopter la vision la plus libertarienne possible. Il n'y aurait plus aucune protection sociale et collective. Et cela vient après toutes vos prises de paroles catastrophistes ! Si ce n'était pas aussi triste, on en rigolerait.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je trouve ces amendements ahurissants. J'entends que l'on puisse être opposé à ce texte, mais il faut respecter le travail parlementaire. Je suis abasourdi.

M. Christophe Bentz (RN). Je vous ai répondu par anticipation : c'est bien la raison pour laquelle notre groupe n'avait pas, au cours des premières lectures, déposé d'amendement de suppression de cet article.

Mais il n'est pas interdit, dans cette nouvelle lecture, de faire un peu de tactique. Nous avons déposé des dizaines d'amendements de suppression, comme celui-ci, mais aussi de restriction ou de complexification – nous l'avons assumé depuis le début. Nous sommes contre ce texte, et nous essayons de l'attaquer de tous les côtés possibles.

Si l'amendement de suppression était voté, il n'y aurait plus de majorité pour voter l'ensemble du texte. Qui voterait un texte sans critères d'accès ?

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je reconnais une vraie cohérence à M. Bentz. Dans les circonstances présentes, je n'irai pas jusqu'à parler d'obstination déraisonnable... Nous ne sommes pas d'accord, c'est le débat démocratique.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS57 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement introduit dans la loi une définition du concept de « souffrance réfractaire », pierre angulaire de la médecine palliative. Il s'agit ainsi d'harmoniser les pratiques soignantes dans l'appréciation de ce critère, notamment pour la mise en œuvre des sédations profondes et continues jusqu'au décès. La définition que nous proposons est celle retenue par la Sfpap.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cette définition, adoptée par le Sénat en commission, est beaucoup plus restrictive que celle retenue par la HAS dans le guide du parcours de soins qu'elle a publié en 2018 : « *La souffrance est définie comme réfractaire si tous les moyens thérapeutiques et d'accompagnement disponibles et adaptés ont été proposés et/ou mis en œuvre sans obtenir le soulagement escompté par le patient, ou qu'ils entraînent des effets indésirables inacceptables ou que leurs effets thérapeutiques ne sont pas susceptibles d'agir dans un délai acceptable.* »

La rédaction que vous proposez réduirait à néant l'accès à l'aide à mourir, et restreindrait même l'accès des patients à la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

Avis défavorable.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Je me rallie bien sûr aux explications de la rapporteure. J'ajouterai que, depuis les lois Kouchner, les malades ont le droit de renoncer aux soins : ce n'est pas parce qu'il existe des traitements ou des moyens de soulager la douleur qu'il est obligatoire d'y avoir recours. Je suis sûr que nous sommes tous d'accord pour préserver ce droit.

Des personnes qui auraient renoncé aux soins doivent-elles se voir interdire le recours à l'aide à mourir ? Je ne le crois pas.

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

*L'amendement AS366 de Mme Justine Gruet est **retiré**.*

*Puis, suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission **rejette** successivement les amendements identiques AS245 de Mme Justine Gruet et AS649 de Mme Annie Vidal, ainsi que les amendements AS244 et AS247 de Mme Justine Gruet, en discussion commune.*

Amendement AS246 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Il s'agit de préciser que les cinq conditions, bien que non objectivables et peu restrictives, sont cumulatives.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. L'amendement est satisfait. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

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

Amendements AS248 de Mme Justine Gruet et AS158 de M. Hadrien Clouet (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement a fait polémique lors des lectures précédentes. Il ne s'agit pourtant que de garantir que ce droit relève de la responsabilité nationale. On sait que, dans des pays voisins, des personnes se déplacent pour y avoir accès. Ce droit ne doit donc être ouvert qu'aux personnes de nationalité française – d'autant plus qu'il sera, chez nous, pris en charge par la sécurité sociale.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Cette discussion commune oppose deux projets de société, entre lesquels nous pouvons trancher.

Nos collègues de droite estiment qu'il faudrait réserver le bénéfice de l'aide à mourir dans la dignité à des personnes de nationalité française ; il faudrait même en exclure des personnes qui travaillent ici depuis quarante ans, qui y ont leur famille, qui y payent des cotisations sociales, qui font tourner l'hôpital, bref qui vivent en France comme nous toutes et tous et participent à tous les projets communs du pays. J'espère que cet amendement sera rejeté.

La proposition de La France insoumise, c'est de considérer que les personnes qui s'inscrivent dans le projet collectif qu'est la France, c'est-à-dire dans le projet républicain, doivent avoir les mêmes droits que les autres. Or la rédaction actuelle exige une résidence « stable et régulière ». Nous proposons d'écrire « stable ou régulière ». En effet, il y a des personnes qui sont ici de façon stable, mais qui, parce

qu'un rendez-vous à la préfecture a été reporté, n'ont pas le bon titre de séjour pendant quelques semaines ; et il y a, à l'inverse, des personnes qui ont un titre de séjour renouvelé depuis des années mais qui font des allers et retours : certains pourraient contester que leur séjour soit stable. Nous proposons donc, dans une perspective d'égalité des droits, de partir des besoins des êtres humains plutôt que de leur statut administratif.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Je suis défavorable aux deux amendements.

Madame Gruet, en tant que Lilloise, donc frontalière, je peux témoigner du fait que bien des personnes de mon département – pourtant bien doté en services de soins palliatifs – vont demander l'aide à mourir en Belgique. Dans ces conditions, la restriction que vous demandez me paraîtrait difficile à accepter. Par ailleurs, la formule employée ici est largement utilisée en droit de la protection sociale.

Monsieur Clouet, c'est pour cette dernière raison que je serai aussi, à l'inverse, opposée à votre amendement.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Ce débat me scandalise. Je suis outrée de votre manque d'humanité et de votre obsession à vouloir trier les êtres humains en fonction non pas de leurs souffrances, mais de leur situation administrative. Une personne en situation irrégulière qui arrive à l'hôpital sera soignée – les médecins s'en font un devoir. Elle peut avoir accès aux soins palliatifs, bien sûr. Mais si ses souffrances sont réfractaires, insupportables, et si elle demande l'aide à mourir pour les abrégées, on lui demandera ses papiers ? Où est votre cœur ?

Nous voterons l'amendement de La France insoumise, qui restaure au contraire l'humanisme.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS467 de Mme Marie-France Lorho et AS249 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). Je considère comme clos le débat sémantique, en tout cas au stade de la commission. Nous y reviendrons, bien sûr, en séance.

Je précise que j'ai cessé depuis plusieurs mois d'utiliser le terme d'euthanasie : les arguments d'Olivier Falorni m'ont convaincu, et c'est pourquoi je parle de suicide, assisté ou délégué. C'est un pas que nous avons fait vers vous ; je forme le vœu que, d'ici à l'examen en séance, vous en fassiez un vers nous.

Mme Justine Gruet (DR). Je propose de remplacer le mot « affection » par « pathologie », afin de renforcer la sécurité juridique du dispositif, de clarifier l'intention du législateur et d'affirmer un principe essentiel : l'état des personnes en situation de handicap ne peut en aucun cas être assimilé à un critère médical ouvrant droit à l'euthanasie.

Le terme d'affection est susceptible d'englober des situations très diverses, incluant des états qui ne relèvent pas à proprement parler d'une pathologie médicale évolutive ou d'une atteinte grave au pronostic vital. Cette imprécision fragilise le cadre juridique et risque d'ouvrir la voie à des interprétations larges, incompatibles avec l'exigence de protection renforcée qui doit entourer toute décision relative à la fin de vie.

À l'inverse, la notion de pathologie renvoie à une réalité médicale objectivable, caractérisée, diagnostiquée et encadrée par des critères cliniques reconnus. Elle permet de mieux circonscrire le champ d'application du dispositif aux situations relevant clairement d'un processus pathologique, grave et médicalement établi.

Ce remplacement vise également à prévenir toute assimilation, directe ou indirecte, du handicap à une cause légitime de demande d'euthanasie.

De cette façon, les cinq critères seraient moins subjectifs, sans que cela retire quoi que ce soit à ceux qui pourraient prétendre à ce nouveau droit.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Avis défavorable aux deux amendements.

Le terme « affection » est très clair, et c'est celui qui est le plus couramment utilisé dans le code de la santé publique, en particulier dans les articles liés à la fin de vie, notamment ceux issus de la loi Claeys-Leonetti.

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

*

* *

2. Réunion du lundi 8 juin 2026 à 21 heures 30 (article 4 [suite] à article 5)

Lors de sa seconde réunion du 8 juin 2026, la commission poursuit l'examen, en nouvelle lecture, de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, en deuxième lecture, relative au droit à l'aide à mourir (n° 2773) (M. Philippe Vigier, rapporteur général ; Mme Brigitte Liso, Mme Audrey Abadie-Amiel, M. Stéphane Delautrette et Mme Élise Leboucher, rapporteurs) ⁽¹⁾.

M. le président Frédéric Valletoux. Dans cette nouvelle lecture, nous avançons pour l'instant au rythme de trente-trois amendements par heure : je salue l'effort collectif qui a permis de concentrer les débats sur les sujets essentiels. Continuons dans cet état d'esprit et nous aurons fini mercredi soir.

Article 4 (suite) : Conditions d'accès à l'aide à mourir

Amendement AS404 de Mme Justine Gruet

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

Mme Justine Gruet (DR). Si le texte avait fait l'unanimité, monsieur le président, nous n'aurions pas à défendre à nouveau nos amendements en nouvelle lecture.

Celui-ci modifie la fin de l'alinéa 7, qui porte sur le troisième critère, pour spécifier que la personne doit « être en phase terminale et présenter un pronostic vital engagé à court terme ». La rédaction actuelle – un « processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie » – laisse place à la subjectivité et le décès n'y est pas forcément proche. L'amendement propose donc, par éthique, d'apporter une condition précise, rigoureuse et médicalement objectivable.

Les personnes favorables au texte parlent souvent d'un ultime recours en fin de vie. Cependant, le fait que l'alinéa mentionne une affection en phase terminale, mais aussi en phase avancée ouvre l'accès au droit à mourir à un nombre considérable de personnes. J'aimerais que vous le reconnaissiez.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. La phase avancée n'est pas un principe vague. Elle existe dans le droit français depuis la loi Leonetti de 2005 et a été également 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'abrégé la vie. Par ailleurs, nous avons directement précisé en première lecture ce que recouvrait la notion de phase avancée, en transposant dans cet article la définition donnée par la Haute Autorité de santé (HAS) : il s'agit de « *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* ».

Vous proposez un retour à la notion de court terme plutôt que de phase avancée. Encore une fois, la HAS a indiqué dans son avis qu'une notion strictement temporelle n'était pas satisfaisante car impossible à mettre en œuvre. C'est pourquoi nous avons utilisé la notion de phase avancée, qui est strictement définie dans cet article. Une étude scientifique a montré en 2000 que l'estimation du pronostic vital par les médecins chez leurs propres patients en fin de vie est généralement optimiste : dans environ 63 % des cas, les médecins ne l'engagent pas alors que les patients s'y trouvent. S'il est déjà difficile de savoir si le pronostic vital est engagé, comment reconnaître sa temporalité ?

Avis défavorable.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Selon la HAS, la phase avancée n'a pas de définition médicale stable et ne renvoie pas à l'échéance du décès ; elle peut donc concerner des maladies qui évolueraient encore sur plusieurs années. J'estime que l'amendement apporte une précision efficace et qu'il doit être voté.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. N'oublions jamais les souffrances associées.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS34 de M. Patrick Hetzel, AS348 de Mme Justine Gruet et AS655 de Mme Annie Vidal

M. Patrick Hetzel (DR). Mon amendement vise à supprimer la formule « quelle qu'en soit la cause ». Cette précision n'apparaît pas nécessaire, dans la mesure où l'origine de l'affection n'a pas d'incidence sur les autres critères prévus à l'article 4. Elle pourrait même créer une ambiguïté ou une confusion dans l'interprétation du texte. La supprimer éviterait une redondance et clarifierait la rédaction.

Mme Justine Gruet (DR). Vous nous avez dit qu'il ne fallait pas de loi bavarde ; pourtant, ici, on ne précise pas la cause, mais on indique quand même « quelle qu'en soit la cause ». Le texte affaiblit la précision du critère médical et ouvre ainsi la voie à des interprétations extensives. Dans un domaine aussi sensible, il est important d'être le plus objectif possible. Le législateur ne peut se satisfaire d'une formule générale susceptible d'inclure des situations très différentes par leur nature, leur évolution et les réponses thérapeutiques ou médico-sociales qu'elles appellent. « Quelle qu'en soit la cause » ouvre le champ des possibles : la subjectivité de l'interprétation laissera le tri des souffrances au libre arbitre des médecins, qui devront aussi faire le tri dans les critères proposés. Il est important d'apporter une sécurisation à ce niveau-là, d'autant plus qu'il n'y aura pas de contrôle *a priori* avant le geste létal.

Mme Annie Vidal (EPR). Comme mes deux collègues, je souhaite supprimer cette mention inutile, puisque l'origine de l'affection n'a pas d'incidence sur les autres critères, et qui pourrait introduire une forme d'ambiguïté ou de confusion dans l'interprétation du texte.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cette formulation est issue d'un amendement adopté en première lecture, bien qu'il ait été jugé satisfait à l'époque, et l'Assemblée s'est prononcée à deux reprises en sa faveur. Il me semble nécessaire de la conserver dans la mesure où c'est davantage l'état de la personne que l'origine de cet état qui nous importe.

Avis défavorable.

M. Patrick Hetzel (DR). C'est bien le sujet : la formule, introduite en commission par l'amendement AS683 de notre collègue Pilato, crée soit une ambiguïté, soit une extension du champ d'application de la loi à des causes non pathologiques, notamment aux causes accidentelles. C'est d'ailleurs l'une des revendications de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité. En ce qui me concerne, j'y suis très défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). Je voterai en faveur de l'amendement pour les raisons avancées par M. Hetzel : l'expression « quelle qu'en soit la cause » étend le champ des possibles, ce que je ne souhaite pas.

M. le président Frédéric Valletoux. Je vous rappelle que nous nous en tenons depuis cet après-midi à la règle de deux orateurs par amendement, un pour et un contre.

M. René Pilato (LFI-NFP). Ce « quelle qu'en soit la cause » ne sort pas du chapeau. C'est un équilibre qui a été trouvé pour tenir compte du fait qu'il est possible à la fois d'être atteint d'une maladie incurable, d'avoir un accident et d'avoir des souffrances réfractaires par-dessus le tout. Or si quelqu'un décide que les souffrances réfractaires sont dues à l'accident et non à la maladie incurable, on se retrouve dans un imbroglio impossible à démêler. La formule contribue à l'équilibre du texte : elle n'ajoute ni ne retire rien aux cinq critères fondamentaux.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS43 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). En l'état, la rédaction va bien au-delà de ce qui était initialement mentionné dans l'exposé des motifs des promoteurs du texte. L'alinéa 7 peut désormais concerner des personnes qui ne sont pas en phase terminale. Il faut donc indiquer clairement que le pronostic vital doit être engagé, sans quoi nous allons vers un dispositif bien plus ouvert que ce qui nous avait été annoncé.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Comme je l'ai déjà dit, la notion de phase avancée existe dans le droit français depuis 2005, et la HAS a indiqué qu'on ne pouvait pas attacher de temporalité précise cet état.

Avis défavorable.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Nous avons eu des discussions importantes lors des lectures antérieures. Elles ont abouti à la conclusion que la notion de phase avancée était plus englobante que celle de court ou moyen terme.

L'alinéa 7 indique bien que le pronostic vital doit être engagé : « quelle qu'en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée, caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie ». Vous voulez supprimer toute cette phrase au profit d'un simple « qui engage le pronostic vital », c'est-à-dire effacer complètement le texte pour en revenir à une aide au laisser mourir plutôt qu'à une aide à mourir.

Vous ne voulez pas reconnaître la demande du patient qui serait dans une situation de souffrance irréversible, sans possibilité d'être soigné et de s'en sortir. Vous estimez qu'il doit absolument souffrir jusqu'à la veille de son décès et que l'aide à mourir ne doit arriver que dans les derniers jours. Sachez que, hélas, en médecine, il n'y a pas de garantie : on ne peut pas savoir précisément quand ce moment arrive. J'estime que c'est à la personne de choisir si elle a atteint le niveau maximum de souffrance qu'elle peut supporter. Quand les soins palliatifs ne peuvent plus rien, c'est à elle de décider si elle estime que sa vie ne mérite plus d'être vécue, lorsque tous les critères cumulatifs sont réunis.

M. Patrick Hetzel (DR). Non, il s'agit simplement de mettre le texte en adéquation avec ce qui avait été initialement annoncé par ses promoteurs. Si l'on veut un cadre plus large que celui d'un malade en phase terminale avec pronostic vital engagé, il faut l'assumer de manière explicite auprès de nos concitoyens. La vision que vous défendez est respectable, mais elle repose sur l'autodétermination : vous dites très clairement que c'est la personne qui doit décider. Ce n'est pas ce que nous souhaitons. Le dispositif doit être extrêmement cadré, sans quoi il y aura des dérives. Il faut les éviter.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS30 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Cet amendement vise à préciser que le pronostic vital doit être engagé « de manière immédiate et certaine ». L'article 4 constitue le cœur du dispositif, puisqu'il détermine les conditions d'accès à l'aide à mourir. Les critères doivent donc être définis avec la plus grande rigueur afin de garantir la sécurité juridique du texte et l'égalité de traitement entre les patients.

La rédaction actuelle, fondée sur la seule notion de pronostic vital engagé, est insuffisamment précise : en pratique médicale, cette notion recouvre des situations très diverses, allant d'une issue attendue sous quelques jours à des situations où le décès n'intervient qu'à moyen terme, parfois après plusieurs mois. En circonscrivant le dispositif aux situations de toute fin de vie, lorsque le processus de décès est effectivement engagé de manière irréversible, cette précision répond à un impératif de clarté. Elle évite que le champ d'application du texte ne s'étende progressivement à des situations de vulnérabilité, de handicap ou de maladie grave pour lesquelles une issue fatale imminente n'est pas médicalement constatée.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Avis défavorable, pour les mêmes raisons que précédemment.

M. Yannick Monnet (GDR). Cet amendement propose tout bonnement un autre texte ! On injecterait la substance létale quand la personne est au moment de mourir ; je ne sais d'ailleurs pas s'il y a des médecins capables de déterminer qu'une mort est « immédiate et certaine », sauf peut-être cinq minutes avant... Quoi qu'il

en soit, ce n'est pas l'esprit de la loi. Et *quid* du consentement ? On ne l'aura jamais puisque, dans l'état que vous décrivez, la personne n'est de toute façon plus consciente.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Il s'agit simplement de maintenir une distinction claire entre l'accompagnement de la toute fin de vie et l'intervention délibérée destinée à provoquer la mort d'une personne dont le décès n'est pas imminent.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS347 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'alinéa 7 est au cœur du dispositif et j'aimerais que vous assumiez ce qu'il signifie. Je suis intimement convaincue que, sans cet alinéa, le texte serait identique.

Reprenons ensemble. Il est question d'une « phase avancée » – oui, à partir du moment où on a une pathologie grave et incurable, le processus avance ; elle est « caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible » – certes, quand on a une pathologie grave et incurable, une fois que celle-ci a avancé, on ne peut pas revenir en arrière ; ce processus est « marqué par l'aggravation de l'état de santé » – oui, si la maladie progresse, l'état de santé s'aggrave ; et « qui affecte sa qualité de vie » – la qualité de vie, c'est très subjectif : elle est liée à l'environnement, à l'accompagnement de la pathologie. Cette phrase que vous présentez comme une sécurité n'a donc aucune objectivité juridique.

Vous dites, madame Simonnet, que c'est à la personne de choisir. Dans ce cas, il faut prôner clairement l'autodétermination, au lieu de vous cacher derrière des critères qui, pris individuellement, n'ont aucune objectivité. Ce n'est pas en les mettant bout à bout que vous allez sécuriser le dispositif. La même remarque vaut pour le segment précédent : « qui engage le pronostic vital », ce n'est pas la même chose qu'un pronostic vital engagé. L'ordre et la syntaxe ont leur importance. C'est ce qui fait qu'il y aura un million de personnes éligibles à ce nouveau droit.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Tous ces amendements sont pratiquement semblables et je n'ai d'autre réponse à y apporter que celle que j'ai déjà faite. La phase avancée est définie par la HAS : il s'agit de « *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.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Je remercie Mme Gruet pour son explication de texte, mais je lui recommande de lire la phrase entière : il s'agit aussi de patients atteints d'une « affection grave et incurable ». Les médecins sont capables de diagnostiquer une maladie grave et incurable et de constater l'absence de traitement ou l'impossibilité d'une ultime chimiothérapie.

Vous passez votre temps à séparer les mots et les phrases, à prendre les critères isolément ; à chaque lecture, vous nous proposez un mot de plus ou un mot de moins. Nous, nous veillons à reprendre la définition de la HAS, à décliner les mots pour ce qu'ils veulent dire et à observer ce qui se pratique déjà pour certains patients en phase terminale qui font l'objet d'une injection létale de façon illégale.

Mme Annie Vidal (EPR). Cette phrase alambiquée est le fruit du travail de la HAS, qui n'a pas été en mesure de répondre à la question qui lui avait été posée sur la définition du moyen terme. On sait définir le court terme, mais pas le moyen terme, du moins à l'échelle collective, même s'il est éventuellement possible de fixer une temporalité au niveau individuel. La HAS, pour laquelle j'ai beaucoup de respect, se livre ici à un tour de passe-passe. Or, si la HAS elle-même a été dans l'impossibilité de donner une définition claire, cela posera des difficultés à un certain nombre de professionnels.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS350 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'alinéa 7 laisse aux professionnels de santé la charge de faire le tri des souffrances et de déterminer l'engagement ou non dans un processus irréversible. On en revient à cette notion d'autodétermination du patient que je peux respecter, même si je ne la partage pas. Mais, s'il a la liberté de choisir, pourquoi faut-il des critères ? Qui suis-je pour juger que votre demande de mort est légitime ?

Cela étant, le législateur est là pour fixer le cadre le plus précis possible. L'objet de l'amendement est de remplacer le mot « aggravation » par « altération ». En effet, la notion d'aggravation implique une appréciation dynamique et comparative de l'évolution de l'état de santé. Elle peut conduire à faire dépendre l'accès à la substance létale d'une appréciation subjective du rythme ou de l'intensité de cette évolution. La notion d'altération, en revanche, permet de caractériser l'état de santé de la personne sans cette dimension évolutive. Elle est plus neutre et limite les difficultés d'interprétation. Compte tenu de la gravité irréversible de la décision concernée, les critères prévus par la loi doivent être aussi précis et objectivables que possible.

M. Philippe Vigier, rapporteur général de la proposition de loi. Cela ne me semble pas utile : « altération » et « aggravation » veulent dire la même chose dans la médecine de tous les jours. Je n'arrive pas à comprendre ce qui vous anime. Soit la phrase est trop complexe, soit elle est trop simple ; soit elle élargit trop le périmètre, soit elle le restreint trop... J'étais présent dans l'hémicycle avec vous : l'alinéa 7, nous l'avons défini tous ensemble, avec des mots choisis, et nous nous sommes rangés à la formulation de la HAS, qui paraît la plus équilibrée.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). Je suis d'accord avec M. Vigier sur ce point et je voudrais rebondir sur les propos d'Annie Vidal. On peut être d'accord ou non avec les avis de la HAS – et Dieu sait si je suis en désaccord sur certains points – mais on ne peut pas dire qu'elle n'a pas fait le travail de définition nécessaire. Nous n'avons pas demandé son avis sur la définition du court terme, nous nous en sommes chargés nous-mêmes, et il n'est pas plus défini que le moyen terme.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS615 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Ce troisième critère, en réalité, c'est l'anti garde-fous, l'image même de l'imprécision et du flou. Et des imprécisions, il y en a beaucoup. Nous avons parlé il y a quelques instants de l'affection grave et incurable, « quelle qu'en soit la cause ». Il faut aussi qu'elle « engage le pronostic vital » – mais, comme le disait notre ancien collègue Pierre Dharréville, il est engagé à la naissance ! Et que veut dire « en phase avancée » ? Comment un médecin détermine-t-il concrètement ce qu'est une phase avancée ?

Enfin, il est question de la « qualité de vie ». Je propose ici, ce que je n'avais pas fait dans les précédentes lectures, de remplacer ce terme par « espérance de vie », ce qui me semble plus précis.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. La qualité de vie et l'espérance de vie n'ont strictement rien à voir. Je me permets de rappeler que le dispositif concerne des personnes engagées dans un processus irréversible. Le débat sur le court terme a été tranché par ce que nous avons écrit. Ne mélangez donc pas les deux notions, elles sont totalement différentes. Ayons un peu d'humanité pour les patients : quelle est leur qualité de vie quand ils sont engagés dans ce processus-là, c'est cela qu'il faut se demander ! Il faut déjà qu'ils aient la capacité à demander ou pas, à tout instant, l'aide à mourir. C'est cela qu'il ne faut jamais oublier.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Nous constatons ici un vrai point de divergence. Comme l'a dit M. le rapporteur général, la qualité de vie de la personne, ce sont les conditions de vie dans lesquelles elle est quand elle remplit les critères. C'est une chose bien différente de son espérance de vie. On se place ici du côté de la personne, de ce qu'elle ressent, de sa capacité ou non à supporter sa souffrance, physique ou psychologique. Cet amendement n'a donc rien à voir avec une précision : l'adopter, ce serait revenir sur l'objectif même du texte. Il faut accepter le fait que nous ne partageons pas la même vision des choses. Actons-le une bonne fois pour toutes.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS703 de M. Thibault Bazin

M. Patrick Hetzel (DR). Le Conseil d'État mettait en garde contre le risque que le suicide assisté et l'euthanasie ne s'imposent aux patients faute d'accès aux soins nécessaires. L'amendement propose donc une nouvelle rédaction des alinéas 8 et 9 : le patient devrait notamment « présenter une souffrance physique constante et durable liée à cette affection, qui est réfractaire aux traitements et insupportable d'après le diagnostic écrit et détaillé d'un algologue ».

Cette rédaction s'appuie largement sur l'avis de la HAS : « *Dans le contexte d'une maladie incurable, il convient de souligner, en outre, que la notion de "phase avancée" n'est pas une donnée purement temporelle, en ce sens qu'elle ne renvoie pas à l'échéance du décès mais à la nature de la prise en charge qu'appelle l'histoire d'une maladie, et donc au parcours singulier de la personne malade. La "phase avancée" peut être définie comme l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie. Il [en] résulte que les deux notions mentionnées dans la saisine n'apparaissent pas susceptibles de fonder une approche sur un pronostic temporel individuel. Le collège relève, de manière plus générale, que les travaux de la HAS n'ont pas permis d'identifier de critère alternatif susceptible de guider une telle approche dans des conditions plus satisfaisantes.* »

Vous ne pouvez donc pas vous réfugier derrière l'avis de la HAS. La HAS elle-même indique qu'elle n'arrive pas à définir la phase avancée, comme le disait excellemment notre collègue Annie Vidal.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Vous invoquez dans cet amendement une souffrance physique constante et durable ; or il peut arriver que les souffrances d'un patient soient allégées momentanément et recommencent une heure plus tard. Comment définir la constance et l'acuité d'une souffrance ? À partir de quel stade considère-t-on que la souffrance est inconstante et insuffisante ? Ces critères sont très subjectifs. Faisons confiance au patient qui souffre et qui se plaint.

Par ailleurs, votre rédaction fait disparaître le critère relatif au discernement de la personne, puisque vous supprimez la nécessité qu'elle manifeste sa volonté de façon libre et éclairée. Je ne peux pas vous suivre.

Avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Comme de nombreux amendements de nos collègues Les Républicains, celui-ci, sous prétexte d'affiner le texte, le rendrait inopérant.

Vous voudriez subordonner l'aide à mourir à un « diagnostic écrit et détaillé d'un algologue ». Mais savez-vous combien il y a d'algologues en France ? On compte 206 centres de consultation, et la durée moyenne d'obtention d'un rendez-vous est de neuf mois. En réalité donc, vous voudriez créer un sas de neuf mois de douleur. C'est dérangeant – mais cela ne fait qu'allonger la liste de vos

amendements folkloriques : M. Bentz veut calculer les espérances de vie individuelles – à croire que les compagnies d’assurances ont pris le pouvoir –, Mme Dogor-Such confond le droit canon avec le code de la santé publique, dans lequel elle veut introduire la notion d’*in articulo mortis* dont on ne parle plus depuis le XVI^e siècle...

Travaillons concrètement sur la manière dont nous pouvons ouvrir des droits aux personnes plutôt que d’essayer de les réduire !

Mme Annie Vidal (EPR). Je n’ai pas dit que la HAS n’avait pas fait le travail qui lui avait été commandé – jamais je ne me permettrais de dire cela. Simplement, sa conclusion centrale est que « *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’elles sont envisagées dans une approche individuelle* ». Elle reconnaît également que son travail n’a pas permis d’identifier de critère alternatif pour répondre à la question qui lui a été posée.

La commission rejette l’amendement.

Amendement AS250 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Il s’agit de préciser la condition prévue à l’alinéa 8 par la mention suivante : « dès lors que l’accès aux traitements adaptés et aux soins palliatifs lui est effectivement garanti ». Le texte prévoit certes de garantir les soins palliatifs, mais dans les faits, la moitié des personnes qui souhaitent en bénéficier n’y ont pas accès. Il est donc utile de sécuriser les choses.

J’ajoute que les alinéas 7 et 8 énoncent des critères très subjectifs. La HAS écrit d’ailleurs : « *En conclusion, il s’avère impossible de définir objectivement un pronostic temporel applicable à toute situation individuelle.* » De manière plus générale, elle n’a pas trouvé de notion alternative à celle du pronostic vital engagé à moyen terme.

Ni la HAS ni les parlementaires n’ont donc abouti à un critère suffisamment objectif. Pourtant, il reviendra au médecin de décider si, oui ou non, le patient respecte la légalité des critères – laquelle ne sera pas contrôlée *a priori*. On se dédouane dans le texte en énonçant une succession de critères qui, en réalité, ne définissent pas la fin de vie. Soit nous l’acceptons – je sais que nos collègues de gauche souhaitent cette autodétermination –, soit nous jouons notre rôle de législateur en sécurisant le dispositif et en protégeant les plus vulnérables. En l’état, l’article 4 y échoue.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Votre amendement est pleinement satisfait, puisque l’article 5 prévoit que le médecin « informe la personne qu’elle peut bénéficier de l’accompagnement et des soins palliatifs [...] et s’assure, si elle le souhaite, qu’elle puisse y avoir accès ».

Avis défavorable.

M. Yannick Monnet (GDR). On ne peut pas imaginer un seul instant qu'une personne qui n'a pas accès aux soins palliatifs puisse bénéficier de l'aide à mourir ; sinon, ce dispositif deviendrait une alternative aux soins. Il faut même faire de l'accès aux soins palliatifs un critère à part entière, comme le prévoit mon amendement AS503. Cette loi serait terrible si une seule personne bénéficiait de l'aide à mourir à tort, ou par défaut. Il faut tout faire pour éviter cet écueil.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Pardon, camarades, mais il fallait voter le droit opposable aux soins palliatifs ! Là, on aurait eu un équilibre. C'est la droite qui a voté contre en première lecture, permettez qu'on dénonce l'hypocrisie de ce débat !

L'amendement est retiré.

Amendements AS528 et AS526 de Mme Danielle Simonnet et AS349 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Danielle Simonnet (EcoS). L'amendement AS526 reprend la rédaction adoptée en première lecture : nous voulons préciser, à l'alinéa 8, que la personne doit présenter une souffrance « physique ou psychologique » liée à son affection. Un patient peut répondre à toutes les caractéristiques de l'alinéa 7 – être atteint d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée, caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie, ou en phase terminale –, recevoir un traitement qui supprime ses souffrances physiques mais subir des souffrances psychologiques insupportables liées à son affection. Ce peut être le cas pour des personnes atteintes d'un cancer en phase très avancée ou d'une maladie neurodégénérative.

L'amendement de repli AS528 vise à préciser que « en cas de souffrance exclusivement psychologique, celle-ci doit être directement liée à l'affection grave et incurable ».

En aucun cas nous ne souhaitons permettre l'aide à mourir pour toute souffrance psychologique – occasionnée par la perte d'un enfant, une séparation... Ces cas relèvent de la prévention du suicide, évidemment pas de l'aide à mourir. Nous ne visons que les souffrances physiques et psychologiques liées à l'affection.

Mme Justine Gruet (DR). Mon amendement vise lui aussi à réintroduire la référence aux souffrances physiques et psychologiques, en précisant toutefois qu'elles doivent être constantes – critère qui avait été supprimé en deuxième lecture. Nous le savons, les souffrances et l'état d'esprit d'un patient en fin de vie sont fluctuants : la personne peut être traversée par un sentiment de désespoir motivant une aide à mourir, et sa souffrance s'atténuer quelques heures plus tard. Cette précision est d'autant plus importante que les délais sont très courts, puisque la substance létale est injectée quarante-huit heures après la décision.

Je m'inquiète que vous parliez de personnes atteintes de troubles neurodégénératifs, madame Simonnet, puisque le patient doit être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée : c'est contradictoire. Il faut plutôt protéger ces patients vulnérables.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Les centres antidouleur ne se réfèrent jamais à la constance d'une souffrance, madame Gruet : on ne sait pas la définir. Ce critère ne peut pas être appréhendé de façon homogène par les praticiens, d'autant que les patients ont tous des réactions différentes. Vous excluez aussi qu'il puisse y avoir des jours de rémission où l'on souffre un peu moins. Pour vous, il faudrait que le patient ressente toujours le même niveau de douleur, dans la durée, pour bénéficier de l'aide à mourir... Un peu d'humanité !

Madame Simonnet, je sais votre attachement à faire reconnaître la souffrance psychologique. Or dans un souci d'équilibre, l'Assemblée a décidé de ne pas aller en ce sens en deuxième lecture. Nous sommes sur un chemin de crête et devons trouver des compromis pour que le texte aboutisse.

Nous sommes donc favorables à la mention conjointe des souffrances physiques et psychologiques, mais défavorables au critère de la constance. C'est pourquoi nous sommes opposés à ces amendements.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). La référence à une souffrance constante ayant été supprimée en deuxième lecture, une souffrance intermittente suffit désormais, ce qui élargit les critères d'accès à l'aide à mourir. Le texte est contradictoire : la souffrance psychologique seule est exclue, mais si elle est associée à une maladie physique, elle suffit. Cela signifie qu'une personne devenue dépressive après l'annonce d'un cancer peut être éligible sans avis psychiatrique requis.

M. Yannick Monnet (GDR). Je ne suis pas médecin, mais il me semble que la souffrance psychologique est celle qui se soigne le plus facilement. Mais quand on la traite par des médicaments, on altère le discernement de la personne et sa capacité à avoir un avis libre et éclairé. Prévoir que la souffrance psychologique seule puisse être un critère me paraît donc contradictoire avec le reste du texte.

L'amendement AS349 étant retiré, la commission rejette successivement les amendements AS528 et AS526.

Amendement AS140 de Mme Christine Loir, amendements identiques AS56 de M. Patrick Hetzel, AS251 de Mme Justine Gruet et AS468 de Mme Marie-France Lorho, amendement AS172 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS140 est défendu.

M. Patrick Hetzel (DR). Les arguments du rapporteur général montrent bien que la douleur est difficile à définir. Quant à M. Clouet, qui juge nos amendements folkloriques, je lui rappellerai que le ministère de la santé a recensé

246 centres antidouleur dans lesquels travaillent un millier d'algologues : ce n'est pas rien. Vous ne pouvez pas dire que nous cherchons à retarder les choses quand nous voulons simplement des garde-fous.

Notre amendement AS56 vise à revenir à l'esprit initial du texte, qui est de répondre aux cas de souffrances réfractaires aux traitements. La rédaction actuelle va bien au-delà, sans que nos concitoyens en aient été informés. Si tel est le choix de l'Assemblée nationale, il faut l'assumer et le dire aux Français.

Mme Justine Gruet (DR). Le droit reconnaît à toute personne la liberté de refuser ou d'interrompre un traitement, conformément au principe du consentement libre et éclairé et au respect de l'autonomie du patient. Cette liberté fondamentale ne saurait toutefois emporter un droit corrélatif à solliciter l'aide à mourir en raison des conséquences prévisibles de ce choix. La décision d'arrêter un traitement pourrait entraîner un glissement substantiel de finalité, faisant de l'aide à mourir un mécanisme susceptible d'accompagner le choix personnel de mettre fin à sa vie. Cela reviendrait également à demander aux professionnels de santé de devenir les acteurs directs des conséquences d'une décision individuelle, dans un cadre qui dépasse la prise en charge des situations de souffrance réfractaire. L'accès à l'aide à mourir doit demeurer strictement réservé à des situations médicales exceptionnelles, indépendantes d'un choix délibéré d'interruption de traitement.

Vous dites vouloir faire de l'aide à mourir un ultime recours pour des patients en fin de vie présentant des souffrances réfractaires, mais les critères listés à l'alinéa 7 sont très subjectifs et n'imposent pas un engagement du pronostic vital à court terme. Il ne s'agit donc pas de situations de fin de vie ni même de souffrances incurables, puisqu'un malade qui refuse un traitement pourrait demander l'aide à mourir.

Je respecte la liberté du patient de refuser un traitement, mais cela ne doit pas le rendre éligible aux critères, déjà larges, de l'aide à mourir.

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS468 est défendu.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS172 est défendu.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Pour ce qui est de l'amendement de Mme Loir, la rédaction actuelle prévoit déjà que la souffrance est directement liée à l'affection et constatée par un médecin. L'article 6 prévoit que l'ensemble des critères prévus à l'article 4, dont celui de la souffrance réfractaire, doivent faire l'objet d'une vérification par le collège pluriprofessionnel. Par ailleurs, en vertu de l'article 5, le médecin informe la personne qu'elle peut bénéficier de l'accompagnement et des soins palliatifs et s'assure qu'elle peut y avoir accès. L'amendement est donc satisfait.

Les amendements identiques visent à exclure de l'aide à mourir les personnes qui ont choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter un traitement, droit garanti par la loi Kouchner. Or de nombreuses raisons peuvent conduire un patient à prendre une telle décision, en particulier les effets secondaires du traitement. Entre des effets secondaires insupportables et une souffrance insupportable, seule cette dernière justifierait l'accès à l'aide à mourir ? Ce serait quelque peu incohérent. Avis défavorable.

M. Jean-François Rousset (EPR). Parfois l'évidence saute aux yeux. Quand un patient atteint d'un cancer avancé en est à sa troisième ou quatrième ligne chimiothérapique et que le traitement reste inefficace, il faut prendre en compte sa souffrance et non l'évolution de sa maladie – à court ou moyen terme, l'issue sera fatale. On sait que les souffrances psychologiques sont parmi les plus difficiles à évaluer et à traiter : à l'heure actuelle, très peu de médicaments sont efficaces. Il faut donc proposer un moyen de les abréger.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Certains patients ont enchaîné cinq ou six traitements, et l'on s'aperçoit que la nouvelle thérapeutique engendre encore plus de douleurs physiques et psychologiques sans enrayer la maladie. Dans ces situations, qui sont fréquentes, l'aide à mourir se justifie : ces personnes subissent encore plus d'inconfort avec un traitement qui ne leur apporte plus rien.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS141 de Mme Christine Loir et AS469 de Mme Marie-France Lorho

M. Christophe Bentz (RN). Je défends les deux amendements. Ce texte inquiète beaucoup de députés de différents groupes ; pour ma part, il me heurte. Il ne contient quasiment pas de points de consensus entre la droite, la gauche et le bloc central, à l'exception d'un, qui est fondamental : toute personne qui demande l'aide à mourir doit d'abord accéder aux soins palliatifs, si elle le demande. Je rejoins M. Monnet, il est absolument indispensable d'inscrire parmi les critères de l'article 4 l'accès préalable et effectif aux soins palliatifs.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Là encore, vous voudriez que les personnes qui ont choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter un traitement n'aient pas accès à l'aide à mourir. J'y suis opposée, pour les raisons que j'ai déjà exprimées. Et vous insistez pour mentionner les soins palliatifs, mais ils seront bien proposés aux personnes, c'est l'objet de l'article 5. On ne peut pas tout dire dans chaque article.

Avis défavorable.

M. René Pilato (LFI-NFP). Il faut être conscient des effets secondaires et de l'indignité que peuvent occasionner certains traitements. Un malade qui est soigné et qui se sent mieux ne demandera certainement pas l'aide à mourir. Si en revanche,

malgré le traitement, son état ne s'améliore pas, son pronostic vital reste engagé, mais qu'il ne dort pas et qu'il est obligé de courir aux toilettes toute la nuit, son quotidien devient insupportable. Il sait qu'il va mourir, il demande simplement de finir avec dignité. Vous le lui refusez et c'est incompréhensible.

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

Amendement AS470 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 AS471 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 AS166 et AS167 de M. René Pilato

M. René Pilato (LFI-NFP). L'amendement AS166 vise à revenir à la rédaction antérieure en supprimant la seconde phrase de l'alinéa 8, selon laquelle « une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir ». Nous l'avons vu, cet aspect est très difficile à évaluer. Le quatrième critère serait donc rédigé ainsi : « Présenter une souffrance liée à cette affection, qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement ».

L'amendement de repli AS167 tend à rédiger la seconde phrase de l'alinéa 8 de la façon suivante : « En cas de souffrance exclusivement psychologique, celle-ci doit être directement liée à l'affection grave et incurable. » Notre faveur va toutefois à la première proposition.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Cette phrase que vous voulez supprimer instaure une hiérarchie des souffrances qui pourrait empêcher le collègue pluriprofessionnel de prendre en compte l'ensemble des éléments constitutifs de la situation clinique et humaine de la personne. Toutefois, en première et en deuxième lecture, l'Assemblée a voté son maintien en séance. Elle contribue grandement à l'équilibre du texte. Aussi suis-je défavorable à l'amendement AS166.

Par ailleurs, l'article 4 prévoit déjà que la souffrance prise en considération doit être liée à l'affection. L'amendement AS167 est donc satisfait et j'y suis également défavorable.

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

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette successivement les amendements en discussion commune AS650 de Mme Annie Vidal et AS252 de Mme Justine Gruet.

Amendement AS253 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). C'est un amendement essentiel. Vous avez refusé le contrôle *a priori* de la légalité des critères. Or il ne revient pas aux médecins d'expertiser le critère du consentement libre et éclairé. Des abus de faiblesse se produisent tous les jours et nous savons combien les personnes peuvent être soumises à des pressions extérieures, sociales ou financières. Il faut pouvoir les démasquer. Nous proposons donc que le patient exprime son consentement libre et éclairé devant le président du tribunal judiciaire ou le magistrat désigné par lui. Ne me dites pas que cela encombrera les tribunaux, car il s'agit du même protocole que celui qui est appliqué aux dons d'organes intrafamiliaux.

Il faut aussi former et sensibiliser au recueil de l'avis libre et éclairé des patients. Les médecins n'ont pas nécessairement connaissance de tous les enjeux qui gravitent autour d'un malade.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Votre préoccupation est satisfaite : le texte prévoit que la manifestation de la volonté doit être libre, ce qui suppose que la personne est apte à prendre une décision. Si le médecin avait un doute, il n'accorderait pas le droit à l'aide à mourir. En outre, votre proposition n'est pas opérationnelle : une procédure devant le tribunal prendrait un temps qui, compte tenu de l'état de souffrance de la personne, n'est pas justifié.

Avis défavorable.

M. Patrick Hetzel (DR). Cette disposition existe déjà pour le don d'organes intrafamilial, qui implique des délais extrêmement courts, et elle fonctionne. Le parallélisme est parfait.

Au reste, s'il s'agit effectivement de 400 à 500 cas par an, cela n'encombrera pas les tribunaux ; il en irait différemment si cela concernait 10 000, 20 000, voire 30 000 cas. S'il est adopté, cet amendement sera révélateur. Si vous considérez qu'il peut conduire à encombrer les tribunaux, c'est que vous pensez qu'il y aura plus de 500 demandes par an : dans ce cas, dites-le.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Vous dressez un parallèle avec le don d'organes mais ce n'est pas tout à fait la même chose, car c'est une décision qui concerne deux personnes, alors que l'aide à mourir concerne uniquement celle qui la demande.

Et, du point de vue purement opérationnel, on demanderait vraiment à des personnes souffrantes, en fin de vie, de se déplacer au tribunal ? Ce n'est pas possible. Il existe une autre manière de bien vérifier que les critères sont remplis : celle prévue par le texte. Et si le médecin a un doute, il ne donnera pas suite à la demande.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS254 de Mme Justine Gruet, amendements identiques AS59 de M. Patrick Hetzel et AS504 de Mme Karine Lebon, amendements AS31 de Mme Sandrine Dogor-Such et AS175 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Votre argument ne tient pas, madame la rapporteure : pour le don d'organes aussi, il y a urgence. Je préfère qu'on prenne un peu de temps si c'est pour s'assurer qu'il n'y a pas d'abus de faiblesse.

Monsieur Delautrette, lorsqu'un héritage est en jeu, une autre personne peut avoir un intérêt dans la décision. Qu'on le veuille ou non, il est de notre responsabilité de législateur de nous assurer de l'absence de pression familiale. On fait porter une lourde responsabilité au médecin en le chargeant d'analyser, de manière très subjective, le pronostic vital de son patient, ses souffrances ou le caractère libre et éclairé de sa décision. Il n'a pas forcément toutes les clefs pour faire cela.

Mon amendement vise donc à définir ce qu'est une volonté libre et éclairée : elle est « exprimée sans pression, sans contrainte ou sans influence induite, après la délivrance d'une information loyale, claire et adaptée, et après vérification de la capacité de discernement de la personne au regard notamment de son état clinique, de ses traitements et de son environnement ».

Un million de personnes sont potentiellement concernées par l'aide à mourir. Vous êtes sûrs qu'il n'y aura pas de dérives, très bien ; mais s'il existe le moindre risque d'abus de faiblesse, ne serait-ce que pour une personne, il est nécessaire de former les médecins à apprécier le caractère libre et éclairé de la demande, bien que ce ne soit pas leur cœur de compétences, ou alors de confier cette mission aux personnes disposant de cette expertise – c'était l'objet de mon précédent amendement.

M. Patrick Hetzel (DR). Dans notre pays, il y a tous les ans des condamnations pour abus de faiblesse, et le nombre réel d'abus est forcément plus élevé. C'est une réalité, il faut la prendre en considération.

Il convient donc de compléter l'alinéa 9 par les mots « sans pression extérieure susceptible d'être poursuivie au titre de l'article 223-15-2 du code pénal », lequel définit l'abus de faiblesse. C'est un garde-fou pour se prémunir contre certaines situations, notamment, Justine Gruet l'a dit, lorsqu'il y a un héritage en jeu par exemple.

M. Yannick Monnet (GDR). On peut exprimer une volonté libre tout en faisant l'objet de pressions. Ce n'est pas incompatible, surtout dans des phases de vie où les choix ne sont pas simples. Cette précision apportée par l'amendement AS504 me paraît tout à fait nécessaire pour protéger les personnes vulnérables et éviter qu'elles ne prennent une telle décision sans être totalement éclairées.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Mon amendement tend à préciser que la volonté libre et éclairée doit être formulée « sans pression extérieure susceptible d'être poursuivie ».

S'agissant d'une décision aussi grave et irréversible, il est nécessaire de s'assurer que le consentement est non seulement libre en apparence, mais également protégé de toute forme d'influence, contrainte ou abus de faiblesse. Certaines personnes malades, âgées ou dépendantes peuvent se trouver dans une situation de vulnérabilité particulière et ressentir une pression familiale, sociale, affective ou économique, quand bien même elle ne serait pas explicite.

Notre responsabilité est de prévenir ces situations en affirmant clairement dans la loi que toute pression exercée sur un patient est incompatible avec la validité de sa demande et peut faire l'objet de poursuites.

Mme Justine Gruet (DR). Contrairement à d'autres qui pouvaient viser à restreindre le nombre de personnes éligibles à l'aide à mourir, l'amendement AS175 ne retire aucun droit à personne : il sécurise juste la procédure, en précisant que la personne ne fait l'objet d'aucune pression extérieure. Il n'enlève aucune compétence aux médecins non plus, même si je considère qu'ils n'ont pas forcément toutes les cartes en main pour apprécier l'existence d'éventuelles pressions.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Je comprends, et il serait effectivement insupportable qu'une personne faisant l'objet de pressions ou d'influences indues accède à l'aide à mourir alors que sa volonté n'est pas véritablement libre et éclairée. Mais vous oubliez que cette personne est malade, qu'elle souffre, et qu'elle n'est pas loin de la mort.

Et comment même un juge pourrait-il évaluer l'absence de pressions ? Vous mélangez tout – à moins que vous ne cherchiez juste à mettre des bâtons dans les roues autant que possible.

Le texte prévoit que la volonté doit être libre et éclairée, exprimée en présence d'un médecin. Celui-ci connaît les pathologies, les souffrances qu'elles engendrent, l'âme humaine aussi. Avec le collège, ils sauront apprécier l'existence d'éventuelles influences.

Avis défavorable.

Mme Annie Vidal (EPR). Je suis favorable à ces amendements.

Vous avez travaillé sur l'emprise, madame la rapporteure. Vous savez que parmi les personnes éligibles à l'aide à mourir, il y aura des personnes âgées, polypathologiques, en souffrance physique et psychologique, qui ne seront pas entourées que de personnes bienveillantes et pourront être sous emprise.

Cette précision n'enlève rien au texte et permet de sécuriser la procédure. Je ne comprends pas que vous soyez à ce point cabrée contre toute évolution pertinente et protectrice, simplement pour faire passer le texte tel que vous avez voulu l'écrire. Il est vraiment dommage que vous n'acceptiez absolument rien – c'est d'ailleurs pour cette raison que le débat est long et semble perpétuellement redondant. Nos propositions ne sont pourtant pas scandaleuses.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Quand et comment apprécier une pression extérieure ? Vous ne pouvez pas écarter l'hypothèse d'un visiteur qui serait intervenu à un moment ou un autre. Il n'y a pas de rigueur scientifique dans l'appréciation. En revanche, vous le savez, la procédure, qui est expliquée au patient, prévoit la présence d'un médecin, d'un collège médical, et la réitération de la demande jusqu'au dernier moment. La volonté est donc bien éclairée.

Vous parlez de personnes âgées, madame Vidal, mais l'aide à mourir s'adressera aussi aux jeunes : elle concernera les personnes atteintes d'une maladie incurable engageant leur pronostic vital à court terme et engendrant des douleurs absolument insupportables.

Je veux bien que l'on se tourne vers une tierce personne, comme un président de tribunal – même si l'actualité montre qu'ils ont bien autre chose à faire. Mais comment un magistrat pourrait-il apprécier, en quelques minutes, si le patient fait l'objet de pressions ? Et à quel moment interviendrait-il ?

Je rappelle que la volonté devra être réitérée à de nombreuses reprises. Dans aucun autre protocole médical on ne demande au patient s'il accepte de continuer – sauf dans quelques cas, Jean-François Rousset l'a très bien dit : à la cinquième cure de chimio, par exemple, quand les douleurs physiques et psychologiques sont d'une telle violence qu'elles peuvent entraîner un renoncement, d'ailleurs prévu par la loi Kouchner.

Des textes ont déjà été adoptés, ne l'oublions pas. Je vous sais sensibles au droit : celui de refuser un traitement existe, et il est inscrit dans ce texte.

Ne vous en déplaît, le discernement du patient est ici évalué jusqu'à la dernière minute. Ce n'est pas le cas par exemple pour la sédation profonde et continue prévue par la loi Claeys-Leonetti, dans laquelle il n'y a plus de discernement lorsque le traitement définitif est instauré.

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

Amendements AS142 de Mme Christine Loir, AS160 de Mme Karen Erodi, AS128 de Mme Nicole Dubré-Chirat et AS492 de M. Michel Lauzzana (discussion commune)

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS142 est retiré.

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). Je veux vous parler de celles et ceux que le texte laisse au bord du chemin : la personne victime d'un AVC, celle frappée par une maladie neurodégénérative qui s'accélère, celle qui, demain, ne pourra plus redire ce qu'elle a dit hier.

Hier, en pleine conscience, elle a écrit : arrivée dans cet état, je veux qu'on me libère de mes souffrances et de mon corps ; je veux pouvoir partir dignement, comme je le souhaite. Elle l'a formulé explicitement dans ses directives anticipées, elle a désigné une personne de confiance. Mais, sans cet amendement, que lui répond-on ? Trop tard, tu n'es plus consciente, ta volonté ne compte plus.

C'est insoutenable. Cette volonté existe, elle est claire. Le législateur l'a déjà reconnue, la loi Claeys-Leonetti de 2016 ayant rendu les directives anticipées opposables aux médecins. Cet écrit permet déjà d'obtenir la sédation profonde et continue jusqu'à la mort. Pourquoi vaudrait-il lorsqu'il s'agit d'endormir une personne jusqu'à ce qu'elle meure de déshydratation, mais pas pour l'aider à mourir dignement ?

Mon amendement prévoit donc que la volonté peut être exprimée dans les directives anticipées ou par la personne de confiance. Bien entendu, il existe une sécurité : si la personne manifeste une opposition ou un refus, même sans discernement, le processus est immédiatement suspendu.

Respecter une volonté, c'est la respecter aussi quand la maladie a volé la parole, la conscience. Collègues, n'abandonnez pas ces personnes au bord du chemin.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Un peu plus restrictif, mon amendement prévoit que les personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative diagnostiquée et confirmée peuvent faire une demande anticipée d'aide à mourir précisant à quel stade elles souhaitent que celle-ci soit déclenchée, valable lorsqu'elles auront perdu leur capacité à s'exprimer du fait de l'aggravation de leur maladie. Cette proposition s'inspire du modèle québécois en vigueur depuis 2024.

M. Michel Lauzzana (EPR). Dans le même esprit, je propose de considérer que les directives anticipées expriment la volonté libre et éclairée du patient, la personne de confiance en restant garante. Mais je retire mon amendement au profit de l'amendement AS128, qui est un peu plus restrictif.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Comme vous le savez puisque nous y avons déjà longuement travaillé, le texte repose sur la manifestation libre et éclairée de la volonté, réitérée jusqu'à la dernière minute. On ne peut pas y inclure les directives anticipées. C'est l'équilibre qu'a trouvé l'Assemblée au cours des deux premières lectures et je souhaite le préserver.

Avis défavorable.

M. Nicolas Turquois (Dem). Ma réflexion a évolué tout au long de l'écriture du texte.

Pour moi, la meilleure façon de se prémunir contre des influences, quelles qu'en soient les causes, est la réitération de la volonté à plusieurs reprises. Certes, cela ne résout pas tout, mais je ne suis pas sûr que toutes les personnes ayant manifestement perdu leur lucidité – il y en a dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou les unités protégées par exemple – demanderaient l'aide à mourir aujourd'hui si elles étaient en mesure de le faire.

Je suis donc absolument défavorable à la possibilité d'exprimer cette volonté par l'intermédiaire de directives anticipées, même si je comprends que cela prive certains de solution.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Je soutiens sans partage ces amendements. Quelle terrible inégalité, quelle hypocrisie de prendre en compte les directives anticipées lorsqu'il s'agit d'une sédation profonde et continue, mais pas pour l'aide à mourir !

J'entends l'importance de la réitération de la volonté libre et éclairée, mais certaines personnes peuvent l'exprimer plusieurs fois quand elles sont en pleine possession de leurs facultés tout en sachant qu'en raison de l'évolution irréversible de l'affection dont elles sont atteintes, elles ne pourront plus le faire ensuite. Elles préfèrent anticiper pour que leur demande d'aide à mourir soit effective le moment venu. Si vous leur ôtez ce droit, elles sont obligées de demander l'aide à mourir plus tôt, alors même qu'elles sont encore capables d'avoir des échanges et qu'elles estiment que leur vie mérite d'être vécue pendant les quelques jours où elles sont encore pleinement conscientes.

Mesurez bien les conséquences de ce vote.

M. le président Frédéric Valletoux. Je vais mettre les amendements aux voix.

M. Patrick Hetzel (DR). Monsieur le président, sur un sujet aussi sensible, on ne peut pas se contenter d'un pour et d'un contre.

M. le président Frédéric Valletoux. En général, je ne suis pas avare pour donner la parole, mais nous en avons déjà longuement parlé lors des précédentes lectures. Je ne pense pas que les positions des uns et des autres évoluent beaucoup désormais.

Les amendements AS142 et AS492 étant retirés, la commission rejette successivement les amendements AS160 et AS128.

Amendements AS693 de Mme Annie Vidal et AS63 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

Mme Annie Vidal (EPR). Le texte prévoit que seule une altération grave du discernement fait obstacle à la demande. Mon amendement tient compte du fait qu'une altération temporaire, y compris modérée, empêche aussi la manifestation d'une volonté libre et éclairée – par exemple, au moment de l'annonce d'une maladie grave.

M. Patrick Hetzel (DR). Il convient d'indiquer dès l'article 4 que toute altération du discernement doit faire obstacle à la demande d'aide à mourir.

Vous l'avez dit, monsieur le rapporteur général, il existe des dispositions – notamment celles de la loi Kouchner – pour protéger les personnes, notamment les plus vulnérables. En tant que législateur, nous devons suivre un principe d'éthique non négociable : en cas de vulnérabilité, il faut protéger. C'est notre rôle. Or une personne dont le discernement est altéré par la maladie est vulnérable. Sa demande d'aide à mourir ne saurait être considérée comme découlant d'une volonté libre et éclairée, sinon il y aura des dérives.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Ces amendements sont satisfaits, preuve que le texte est particulièrement bien ficelé. Il prévoit déjà que le médecin s'assure du caractère libre et éclairé de la décision à tout moment de la procédure. L'alinéa 3 de l'article 6 est même plus précis que vos amendements, prévoyant que « la personne dont le discernement est gravement altéré [...] ne peut pas être reconnue comme manifestant une volonté libre et éclairée ».

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Le principe de précaution doit prévaloir.

Monsieur le rapporteur général, vous arguez que le médecin, qui connaît les pathologies et les souffrances qu'elles engendrent, est mieux placé pour s'assurer du caractère libre et éclairé de la demande qu'un magistrat qui verrait le patient seulement quelques minutes. Mais – et au-delà du fait que le magistrat en a l'expertise et la compétence – telle que la procédure est prévue, le médecin ne connaît pas forcément le patient.

Ce qui m'inquiète, c'est que nous avons choisi de délester les médecins de cette appréciation dans le cadre du don d'organes intrafamilial, mais que vous vous y refusez absolument sur un sujet aussi fondamental de l'aide à mourir. Je peux comprendre certaines de vos réticences, mais c'est notre rôle d'appliquer le principe de précaution.

Enfin, madame la rapporteure, dire que le patient n'est « *pas loin de la mort* » apporte encore plus de subjectivité qu'il n'y en a déjà dans les critères.

M. Michel Lauzzana (EPR). L'évolution d'une maladie n'est pas linéaire : il y a une alternance de hauts et de bas, de périodes de lucidité et de confusion. Le médecin est assez compétent et outillé pour apprécier si le patient est suffisamment lucide pour exprimer ou réitérer sa demande.

Mme Annie Vidal (EPR). Votre réponse ne tient pas, madame la rapporteure. Vous faites référence à une altération grave du discernement quand je dis que même une altération temporaire doit être un obstacle à la demande d'aide à mourir.

M. Lauzzana l'a dit, dans l'évolution d'une maladie, il y a des hauts et des bas, des moments où le discernement peut être temporairement altéré, pour diverses raisons – une annonce, quelque chose qui va mal, la famille n'est pas venue. Il faut que ce soit pris en compte.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je souscris aux propos de M. Lauzzana. Faites confiance au corps médical. Nous prétendons protéger les médecins, mais ce sont eux qui examineront le patient et jugeront, collégialement, si sa demande est bien libre et éclairée.

Madame Gruet, le texte intègre bien le principe de précaution, puisque la demande doit être réitérée. Dans quel autre protocole médical demande-t-on aux patients de renouveler leur accord ? Ça n'existe pas, ou très rarement. Là, c'est encadré.

Et si le médecin considère qu'il y a une absence de discernement, il peut décider que le patient ne remplit plus les critères donnant accès à l'aide à mourir. On peut difficilement sécuriser davantage la procédure.

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

Amendement AS618 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Cet amendement vise à traiter un angle mort du texte. Les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques souffrent mécaniquement d'une altération partielle ou totale du discernement, qui entacherait le caractère libre et éclairé de la volonté. Je propose donc de faire de l'absence de soins psychiatriques un critère d'accès à l'aide à mourir.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Votre amendement est trop restrictif, il conduirait à exclure toutes les personnes consultant un psychiatre, régulièrement ou occasionnellement.

Avis défavorable.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Les soins psychiatriques ne traduisent pas forcément une incapacité à exprimer un consentement libre et éclairé ! On peut très bien voir un psychiatre à un moment donné, puis arrêter pendant six mois. On peut aussi souffrir à la fois d'un cancer et d'une maladie psychiatrique plus ancienne, sans que celle-ci n'altère le discernement. Votre argument est extrêmement méprisant pour toutes les personnes qui consultent un psychiatre. C'est même hypervalidiste.

Mme Justine Gruet (DR). Vous nous répétez que le caractère libre et éclairé de la volonté sera vérifié à toutes les étapes de la procédure, mais en réalité, ce ne sera le cas que deux fois : lors de la demande puis au moment de l'administration. Or le médecin instruisant la demande ne connaît pas nécessairement le patient et n'aura pas forcément connaissance de toutes les pressions dont il peut faire l'objet. Quant à l'administration, elle peut être réalisée par un infirmier ou un autre médecin.

En l'absence de contrôle *a priori* du respect des critères, le médecin se retrouve tout-puissant, alors qu'il n'a pas nécessairement l'expertise ni la connaissance du patient suffisantes pour tout évaluer. C'est pourquoi nous avons proposé que le respect du caractère libre et éclairé de la demande soit vérifié par un expert – en l'espèce, le juge.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS64 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Nous proposons que le médecin, s'il a un doute sur le caractère libre et éclairé de la volonté du patient, fasse appel à l'expertise d'un psychiatre. Comme vous le dites, nous faisons confiance aux médecins.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Lorsqu'un médecin a un doute, il oriente son patient vers un autre professionnel. Cela arrive tous les jours. Et en tout état de cause, il sera tenu par l'article 5 de proposer « à la personne et à ses proches de les orienter vers un psychologue ou un psychiatre ». L'amendement est donc satisfait et par la pratique, et par le texte. Ne mettez pas en doute les compétences professionnelles des médecins.

Avis défavorable.

M. Michel Lauzzana (EPR). Je suis frappé par l'image que certains de nos collègues ont de la psychiatrie. Nous ne sommes pas en Union soviétique dans les années 1960, on ne rend pas tous les patients gags en les bourrant de neuroleptiques. Au contraire, les traitements antidépresseurs permettent à beaucoup de mener une vie normale.

M. Patrick Hetzel (DR). Pour ma part, j'estime précisément qu'en cas de doute, le médecin doit faire appel au psychiatre en tant que spécialiste.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS178 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé, AS66 de M. Patrick Hetzel et AS213 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé (discussion commune)

Mme Annie Vidal (EPR). L'amendement AS178 est défendu.

M. Patrick Hetzel (DR). L'amendement AS66 a pour objet d'exclure les majeurs protégés du dispositif. Il serait en effet paradoxal que, s'agissant de l'aide à mourir, l'avis de ces personnes soit valablement recueilli alors qu'elles sont considérées par ailleurs comme incapables d'exprimer un consentement libre et éclairé dans divers actes de la vie quotidienne.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS213 tend à instaurer une présomption d'incapacité à exprimer une volonté libre et éclairée pour les personnes relevant du régime des tutelles. Il s'inspire du principe de proportionnalité consacré par la jurisprudence constitutionnelle et européenne, qui exige que les restrictions apportées à l'exercice d'un droit fondamental soient adaptées à la situation concrète de la personne.

Le recours à la présomption renverse la charge de la preuve afin de protéger la personne vulnérable : ce serait au médecin instructeur de démontrer que la personne sous tutelle est capable d'exprimer une volonté libre et éclairée. La capacité deviendrait une exception à démontrer. La logique de la présomption, bien connue du droit français, est adaptée à la spécificité de l'aide à mourir, qui est un acte irréversible pour lequel toute erreur d'appréciation est définitive. L'évolution de la législation française sur les majeurs protégés a renforcé les procédures de protection sans les rendre absolues, dans une logique de gradation des garanties proportionnée à la gravité de l'acte concerné.

Cet amendement traduit une position d'équilibre entre le respect de l'autonomie des personnes protégées et l'impératif de protection contre des décisions prises sous influence ou dans un état de détresse pouvant altérer le jugement.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Le texte comporte des garanties très fortes en faveur des majeurs protégés. Ainsi, l'article 5 dispose que le médecin instructeur vérifie si la personne fait l'objet d'une mesure de protection en consultant le registre des majeurs protégés. L'article 6 précise en outre qu'il doit informer la personne chargée de la mesure de protection et recueillir ses observations, qu'il transmet au collège pluriprofessionnel. Enfin, l'article 12 permet à la personne chargée de la mesure de protection de former un recours devant le juge des contentieux de la protection dans un délai de deux jours à compter de la notification de la décision du médecin instructeur. Avis défavorable.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Force est de constater que le processus repose sur la subjectivité du médecin et cantonne la liberté du patient à l'expression de sa demande initiale. Il s'agit donc non pas d'une loi de liberté ou d'autonomie des patients mais d'une loi de pouvoir médical – à moins que le rôle du médecin ne se limite à confirmer la volonté du patient, auquel cas il ne faut fixer aucun critère.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). Je ne peux pas vous laisser parler de « *subjectivité du médecin* ». Il s'agit de professionnels de santé qui agissent dans le cadre d'une relation de confiance. Je rappelle que la demande du patient est première : le médecin est chargé de l'examiner et de vérifier qu'elle remplit les critères posés par l'article 4.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement ASI 76 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement interdit l'application de l'euthanasie et du suicide assisté aux personnes atteintes de déficience intellectuelle, laquelle désigne, selon l'Organisation mondiale de la santé, une capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences.

Le texte exige que la personne qui souhaite recourir à l'euthanasie ou au suicide assisté exprime un consentement libre et éclairé. Or, le plus souvent, les personnes atteintes de déficience intellectuelle ne sont pas en mesure de comprendre pleinement les implications de l'aide à mourir, sans parler de leur grande influençabilité. Il semble donc essentiel de renforcer la protection légale de ces personnes en les excluant explicitement du champ d'application de l'aide à mourir afin de les prémunir contre tout potentiel abus. Cet amendement a été élaboré avec le collectif Un gros truc en plus.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. La rédaction actuelle est très claire : soit la personne est capable de discernement et peut demander l'aide à mourir, soit elle ne peut pas manifester sa volonté de manière libre et éclairée et ne peut pas avoir accès au dispositif.

Défavorable.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Je suis choquée par votre conception de la déficience intellectuelle. Celle-ci s'inscrit dans un continuum : ce n'est pas tout l'un ou tout l'autre. Ainsi, certaines personnes atteintes d'une déficience intellectuelle légère sont élues au sein de conseils municipaux. Les personnes atteintes d'une telle déficience qui souffrent d'une maladie grave et incurable et dont la douleur est réfractaire à tout traitement devraient-elles souffrir jusqu'au bout ? Vous semblez penser que toute personne en situation de handicap est forcément incapable de décider par elle-même. Vous avez un siècle de retard ! Cet amendement est une honte.

M. Patrick Hetzel (DR). Ne nous faites pas de procès d'intention. Personne n'a un siècle de retard. Juridiquement – et ici nous faisons du droit – les choses sont très simples : soit vous pouvez exprimer un consentement libre, soit vous ne le pouvez pas. En l'espèce, la notion de continuum n'est pas pertinente : sur le plan juridique, la question est binaire. Au demeurant, si une personne souffre d'une légère déficience, de quel côté le doute doit-il faire pencher la balance ? C'est une véritable question éthique.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS72 de M. Thibault Bazin et AS503 de M. Yannick Monnet (discussion commune)

M. Patrick Hetzel (DR). L'amendement AS72 tend à préciser que, pour accéder à l'aide à mourir, la personne doit, d'une part, avoir reçu au préalable, sauf si elle le refuse, des soins palliatifs, et d'autre part ne pas faire l'objet d'une mesure de privation de liberté. En effet, dans une telle situation, une personne est-elle en mesure d'exprimer sa volonté de façon libre et éclairée ? C'est une question fondamentale qu'il n'est pas possible d'écarter d'un revers de main – je vous renvoie sur ce point aux travaux de Michel Foucault sur l'univers carcéral.

M. Yannick Monnet (GDR). D'abord, il est normal de s'interroger, dans le cadre d'un texte sur l'aide à mourir, sur la situation des personnes identifiées comme vulnérables, du fait par exemple d'une déficience ou d'une maladie mentale. Il faudrait être aveuglé par je ne sais quelle idéologie pour ne pas le faire.

L'amendement AS503 est central. En effet, je ne peux pas imaginer un instant que la loi puisse autoriser l'aide à mourir sans garantir à la personne qui le demande qu'elle bénéficiera de soins palliatifs. C'est pourquoi nous avons déposé cet amendement à l'article 4 : il s'agit d'en faire un critère à part entière et, ce faisant, de réintroduire une notion d'opposabilité dans l'accès à ces soins. L'article 5 ne garantit rien du tout à ce sujet.

Le système de soins est tellement dégradé dans notre pays qu'on ne peut pas s'assurer qu'une personne qui a besoin de soins palliatifs y aura accès – il n'est qu'à voir le nombre d'unités et de services dédiés. Or une personne qui n'y a pas accès ne doit pas pouvoir bénéficier de l'aide à mourir. Je ne voterai pas un texte qui ne comporte pas une disposition de ce type. L'aide à mourir apparaîtrait alors comme une solution alternative aux soins, ce qui est contraire à la position que je défends.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. D'abord, je rappelle que selon l'article 5, le médecin informe la personne qu'elle peut bénéficier des soins palliatifs et « s'assure » – j'insiste sur ce mot –, si elle le souhaite, qu'elle puisse y accéder. Cette préoccupation-là est donc satisfaite. Quant à l'exclusion des personnes faisant l'objet d'une mesure de privation de liberté, je ne vois pas ce qui la justifierait dès lors que ces personnes remplissent les critères requis. Nous avons, sur ce point, un désaccord fondamental. Je m'étonne du reste que cette atteinte au principe d'égalité, auquel je vous sais attaché, monsieur Hetzel, ne vous touche pas.

Monsieur Monnet, si je vous comprends bien, vous souhaitez que la procédure ne puisse débiter que si la personne a pu bénéficier de soins palliatifs, si elle le demande bien sûr. Vous transformez ainsi l'engagement à ce qu'elle en bénéficie en une obligation, retardant potentiellement la demande d'aide à mourir – à laquelle vous m'aviez pourtant semblé favorable, dès lors qu'elle est encadrée.

Certes, les unités de soins palliatifs sont inégalement réparties sur le territoire mais dans mon département, qui en a été privé jusqu'à cette année, on a à chaque fois fait intervenir des équipes mobiles. C'est possible, et la loi prévoit qu'on s'en assure.

Avis défavorable.

M. Yannick Monnet (GDR). Il y a un chiffre que je ne peux pas m'ôter de la tête : 6 % des personnes admises dans un service de soins palliatifs sollicitent l'aide à mourir, mais au bout d'une semaine, la proportion tombe à 0,6 %. Que faites-vous de ce chiffre ?

Si une personne demande à bénéficier de soins palliatifs – et uniquement dans ce cas –, je ne vois pas au nom de quoi on anticiperait sa demande d'aide à mourir avant qu'elle ait effectivement pu vivre cette semaine cruciale. Or le seul moyen de le lui garantir, c'est de faire de l'accès aux soins palliatifs un critère. L'article 5 n'apporte aucune garantie en la matière – le droit opposable a même été refusé.

En l'absence d'une telle garantie, l'aide à mourir devient une solution alternative aux soins, et le texte n'est plus le même. Je suis contre un texte qui reviendrait à dire aux patients : soit vous avez accès aux soins palliatifs, soit vous n'y avez pas accès mais vous pouvez toujours demander l'aide à mourir. (*Exclamations.*) Vous pouvez ne pas être d'accord, mais c'est ce que je ressens. Je ne suis pas favorable à une libéralisation à outrance du recours à l'aide à mourir. Si l'effectivité de l'accès aux soins palliatifs n'est pas garantie, alors vos intentions sont différentes des miennes.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Lors de chacune des trois lectures, nous avons eu à examiner des amendements qui tendent à priver les détenus de la possibilité de recourir à des soins palliatifs ou à l'aide à mourir. Une fois, c'est désagréable à entendre ; trois fois, c'est inadmissible !

Monsieur Monnet, il faut proposer le passage par les soins palliatifs, pas l'imposer.

M. Yannick Monnet (GDR). Je ne l'impose pas, lisez l'amendement !

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Il est très possible qu'une personne demande l'aide à mourir en première intention, parce qu'elle ne souhaite pas bénéficier des soins palliatifs. Et si aucun lit n'est disponible, que faites-vous ?

M. Yannick Monnet (GDR). Si elle le demande, elle doit y avoir accès !

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Je relève que, lors des lectures précédentes, c'est le Rassemblement national qui déposait un amendement visant à exclure les détenus du recours à l'aide à mourir. Cette fois, ce sont nos collègues de la droite : je regrette qu'ils suivent un tel chemin. Faut-il rappeler que les détenus ont le droit de voter ? L'incarcération ne les prive pas de la capacité d'exprimer leur volonté de manière libre et éclairée. Nous devrions plutôt nous interroger sur la manière dont ces personnes sont prises en charge par le système de soins lorsqu'elles tombent malades.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Absolument !

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Des dizaines de personnes meurent encore de mort naturelle en prison.

Mme Annie Vidal (EPR). Je soutiens l'amendement AS503, car faire du recours aux soins palliatifs un critère de l'accès à l'aide à mourir a bien plus de force que de le mentionner à propos de la procédure. La demande de soins palliatifs doit être entendue et prise en compte au même titre que la demande d'aide à mourir. La moitié des personnes dont l'état de santé le requiert n'a toujours pas accès à ces soins. J'ajoute que cette proposition de loi sera d'application immédiate alors que le développement des soins d'accompagnement s'inscrit dans une stratégie décennale. Mais il y a quand même toujours un moyen d'organiser une prise en charge palliative si la personne le demande.

Mme Justine Gruet (DR). Madame Leboucher, on a dit qu'on ne disait pas de mensonges ! L'amendement relatif aux personnes détenues a été déposé en première lecture par Philippe Juvin. De fait, on peut se demander si l'on peut exprimer un avis libre et éclairé lorsqu'on est en prison. Par ailleurs, je vous rejoins sur la nécessité de mieux prendre en charge les patients en prison, car le recours à l'aide à mourir ne peut pas être leur seule option.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Monsieur Monnet, l'amendement AS503 aurait davantage sa place à l'article 5, relatif à la procédure, qu'à l'article 4 qui dresse la liste des conditions d'accès à l'aide à mourir. Je ne suis pas fermé à l'ajout d'un mot à l'alinéa 10 pour vous apporter des garanties, car nous disons la même chose. Encore une fois, il y est indiqué que le médecin doit « s'assurer » que la personne, si elle le souhaite, puisse avoir accès aux soins palliatifs. S'assurer, ce n'est pas proposer : c'est faire en sorte que la ressource médicale existe pour que ces soins puissent être prodigués. En revanche, le patient qui demande à la fois une aide à mourir et des soins palliatifs doit pouvoir exprimer ces deux demandes de manière concomitante, afin que le droit nouveau que nous créons soit non pas un droit alternatif mais un droit plein.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS617 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Je regrette amèrement le rejet de l'amendement AS503. Il me paraît tout à fait essentiel que la personne qui le demande puisse avoir un accès effectif aux soins palliatifs avant de recourir à l'aide à mourir, et j'espère que les esprits évolueront d'ici à la séance publique.

Mon amendement, très concret, a un objet analogue puisque nous proposons que, pour accéder à l'aide à mourir, une personne doive notamment « résider ou être soignée dans un département qui dispose d'une unité de soins palliatifs ». Le département de la Haute-Marne, par exemple, n'a pas d'unité de soins palliatifs et les équipes mobiles y sont dépourvues de médecin. Si hélas le texte était adopté, que dirait-on aux Hauts-Marnais, qui ne pourront bénéficier de soins palliatifs ni dans leur département ni dans les départements voisins, où les services sont saturés ? Mettez-vous à la place des habitants des territoires qui souffrent d'importantes carences dans ce domaine.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Je comprends votre raisonnement ; la démonstration est très claire. Toutefois, restreindre l'accès à l'aide à mourir aux seules personnes qui résident ou qui sont soignées dans un département disposant d'une unité de soins palliatifs porterait atteinte au principe d'égalité. Par ailleurs, je rappelle qu'en vertu de l'article 5, le médecin instructeur informe la personne qu'elle peut bénéficier des soins palliatifs et « s'assure », j'insiste sur ce terme, qu'elle puisse y avoir accès.

Avis défavorable.

M. René Pilato (LFI-NFP). Cet amendement ferait de la frontière entre deux départements une barrière infranchissable. Pourquoi pas, bientôt, entre deux communes ? Cela n'a pas de sens.

M. Christophe Bentz (RN). Madame la rapporteure, vous me répondez de manière récurrente que mes amendements seraient satisfaits par d'autres dispositions du texte. En l'espèce, vous invoquez l'article relatif à la procédure. Or, comme cela a été dit par différents groupes, le recours effectif aux soins palliatifs doit être un critère d'accès à l'aide à mourir. Par ailleurs, vous ne m'avez pas répondu : que dira-t-on, en septembre, aux Hauts-Marnais en fin de vie qui demandent à bénéficier de soins palliatifs ? L'aide à mourir leur apparaîtra comme la seule option.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS61 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Nous proposons que la personne soit « préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner ». Ce faisant, nous reprenons le dispositif de la charte de la personne hospitalisée, qui définit l'information à fournir pour que le consentement de la personne soit éclairé.

Mme Brigitte Liso, rapporteure. Votre amendement est satisfait à la fois par l'article 5, qui dispose que le médecin « informe la personne sur son état de santé, sur les perspectives d'évolution de celui-ci ainsi que sur les traitements et les dispositifs d'accompagnement disponibles », et par l'article 6, qui impose au médecin d'informer, oralement et par écrit, la personne des modalités d'action de la substance létale.

Défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je m'étonne qu'il faille informer le patient du risque mortel que présente la prise d'une substance létale...

Par ailleurs, il n'est pas bien de citer des auteurs à l'appui de thèses inverses aux leurs. Michel Foucault était partisan du droit à disposer de son corps et à être accompagné vers un suicide ou une mort assistée. Dès 1979, il écrivait : « *Parlons un peu en faveur du suicide. [...] Contre les humiliations, les hypocrisies, les démarches louches auxquelles on le contraint : rassembler à la sauvette des boîtes de cachets, trouver un bon solide rasoir d'autrefois, lécher la vitrine d'un armurier, entrer en essayant de se composer une mine. Alors que je pense qu'on aurait droit, non pas à une considération empressée qui serait plutôt gênante, mais à une attention grave et assez compétente. [...] Conseils aux philanthropes. Si vous voulez vraiment que le nombre des suicides diminue, faites en sorte qu'il n'y ait plus que des gens qui se tuent par une volonté réfléchie, tranquille, libérée d'incertitude.* »

M. Patrick Hetzel (DR). J'évoquais les travaux de Michel Foucault sur l'univers carcéral, qui crée de la coercition et peut soumettre l'individu à des influences et à une dépendance qui peuvent être problématiques dans le contexte dont nous parlons.

Par ailleurs, vous semblez considérer la question soulevée par l'amendement comme négligeable. Or, dans les pays où l'euthanasie et le suicide assisté ont été légalisés, les choses ne se passent pas toujours bien. Il est de notre devoir d'en informer nos concitoyens. En tout état de cause, il n'y a pas lieu de faire de l'humour à propos de questions d'une telle gravité.

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

*Puis elle **adopte** l'article 4 **non modifié**.*

*

* *

3. Réunion du mardi 9 juin 2026 à 21 heures 30 (article 5)

Lors de sa réunion du 9 juin 2026, la commission poursuit l'examen, en nouvelle lecture, de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, en deuxième lecture, relative au droit à l'aide à mourir (n° 2773) (M. Philippe Vigier, rapporteur général ; Mme Brigitte Liso, Mme Audrey Abadie-Amiel, M. Stéphane Delautrette et Mme Élise Leboucher, rapporteurs) ⁽¹⁾.

Chapitre III

Procédure

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

M. le président Frédéric Valletoux. Je propose que la durée des interventions soit limitée à une minute.

Amendement de suppression AS619 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Au cas où nous n'aurions pas été assez clairs, je rappelle que la majorité de notre groupe s'oppose à l'intégralité du texte, à commencer par la définition donnée de l'aide à mourir – qui, faute d'employer les vrais termes, relève du mensonge par omission. Nous nous opposons à l'article 4 car les conditions d'accès retenues ne sont pas assez restrictives – de toute façon, ces pseudo-garde-fous sauteront les uns après les autres ; nous nous opposons à la procédure, dont nous débutons l'examen ce soir, car elle est bancal et comporte de nombreux angles morts et impensés ; nous nous opposons au contrôle d'évaluation tel que vous le proposez car il intervient *a posteriori* plutôt qu'*a priori* ; nous nous opposons à l'article 17, qui crée un délit d'entrave ; enfin, la clause de conscience ne nous convient pas non plus car les pharmaciens en sont exclus.

Afin d'exprimer nos inquiétudes et notre point de vue, nous avons donc déposé des amendements de suppression sur presque tous les articles.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Si la suppression de l'article – que vous aviez déjà demandée en première et en deuxième lecture – ne reviendrait pas formellement à supprimer l'aide à mourir au sein du texte, des éléments fondamentaux, comme le rôle du médecin qui reçoit la demande et les obligations d'information, disparaîtraient.

L'article est équilibré : il ouvre certes la voie à l'aide à mourir mais en maintenant des garanties essentielles.

Nous avons largement amélioré sa rédaction lors de nos travaux en première et en deuxième lecture, s'agissant par exemple des majeurs protégés, des informations et propositions faites à la personne, et de la demande écrite. En première

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

lecture, quinze amendements ont été adoptés – à l’initiative du Gouvernement, des rapporteurs, des députés des groupes DR, GDR et LFI-NFP. De même, en deuxième lecture, onze amendements ont été adoptés à l’initiative des rapporteurs.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l’amendement.*

Amendement AS367 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Nous souhaitons que le nouveau droit ne figure pas dans le code de la santé publique mais dans une loi autonome. Cela indiquerait que la démarche par laquelle une personne sollicite l’aide à mourir ne constitue pas l’entrée dans un parcours de soins mais l’ouverture d’une procédure dérogatoire. L’information délivrée, qui porte notamment sur l’accès aux soins palliatifs, garde tout son sens mais s’inscrit dans un dispositif distinct du soin, organisé par une loi propre.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous prétendez dans l’exposé sommaire qu’en raison de la codification du texte au sein du code de la santé publique, nous laisserions entendre que l’aide à mourir serait un soin. D’une part, comme le Conseil constitutionnel l’a souligné, la codification tend à faciliter l’accessibilité et l’intelligibilité de la loi. D’autre part, Mme la rapporteure Brigitte Liso l’a expliqué hier, le code de la santé publique comporte déjà des articles très variés, qui concernent bien d’autres sujets que les soins *stricto sensu*.

*La commission **rejette** l’amendement.*

Amendement AS6 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). Quoi qu’on pense de la légalisation du suicide assisté ou de l’euthanasie, il faut, au minimum, que la procédure soit la plus rigoureuse possible. Or, en l’état, elle est imparfaite, pour plusieurs raisons.

Tout d’abord, ne faudrait-il pas prévoir la présence d’un témoin au moment de la demande ? On parle en effet d’administrer une substance létale.

Ensuite, vous avez dit que la question des majeurs protégés avait été traitée. Certes, nous avons amélioré le texte mais ces efforts restent insuffisants. En effet, le registre que doit consulter le médecin pour vérifier si la personne a fait l’objet d’une mesure de protection n’est toujours pas opérationnel – nous avons même prévu que la consultation du registre ne serait obligatoire qu’à partir de la fin de 2028. Or si nous rendons le dispositif légal avant cette échéance, que se passera-t-il quand un médecin qui recevra une demande n’aura pas accès à ce registre ? N’y a-t-il pas un trou dans la raquette ? Protégeons-nous suffisamment les personnes sous protection ?

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous proposez une rédaction plus restrictive de l'article 5. Parmi les changements que vous appelez de vos vœux, je note l'obligation, pour le patient, de formuler la demande à son médecin traitant ou à un spécialiste, de confirmer son choix en présence de témoins, et de réitérer une nouvelle fois sa volonté – chacune de ces étapes étant espacée de sept jours. Le médecin, de son côté, doit orienter le patient vers différents spécialistes – et, dans le cas d'une personne en situation de handicap, vers des établissements qui lui fourniront des informations spécifiques. Nous avons déjà eu l'occasion de débattre de toutes ces questions, et nous le ferons à nouveau, tout au long de l'examen de l'article 5.

En rétablissant des rédactions que nous avons modifiées, en ajoutant des délais ou des contraintes, votre objectif est de rendre le droit à l'aide à mourir peu ou moins effectif.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (DR). Madame la rapporteure, vous ne tenez pas compte des mises en garde que j'ai formulées. Je maintiens que des délais sont nécessaires au vu de la gravité de l'acte. Je ne nie pas que certaines mesures que je propose visent à rendre la procédure plus rigoureuse – nous parlons tout de même d'un geste qui n'est pas anodin.

J'ai évoqué des problèmes importants : l'impossibilité de consulter un registre s'agissant des personnes qui font l'objet d'une mesure de protection et l'absence de témoins au moment de la demande.

Mon amendement prévoit aussi une nouvelle mesure : l'intervention d'un algologue. Car nous savons que la douleur est un enjeu important, notamment pour toutes les personnes chez qui ce texte suscite des interrogations.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je note tout d'abord que vous avez reconnu que, sur la question des majeurs protégés, nous avons amélioré le texte. Il est rare de vous entendre parler ainsi. Cela prouve que nous n'avons pas été fermés à l'idée d'adopter des amendements – d'ailleurs, comme l'a dit Mme la rapporteure, vingt-six ont déjà été votés sur cet article.

Ensuite, la présence d'un témoin se heurterait au principe du secret médical entre le patient et son médecin. Car, si l'on suit votre logique, un témoin devrait être présent pour toutes les autres procédures médicales. Or je ne suis pas sûr qu'un patient l'accepterait, par exemple au moment du démarrage d'un protocole – vous savez très bien que, comme la loi le prévoit, un patient peut refuser de suivre un protocole et d'être assisté.

S'agissant de la mise à disposition du registre, nous comptons sur vous pour nous aider. Vous qui êtes un excellent rapporteur général du budget de la sécurité sociale savez très bien que, s'agissant des soins palliatifs, il a fallu attendre dix ans pour que le registre soit opérationnel et trois ans pour celui prévu dans la loi Claeys-Leonetti. Cette fois, nous serons bien plus performants. Je vous remercie de nous y encourager !

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS32 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement vise à renforcer les garanties entourant la demande d'euthanasie ou de suicide assisté en prévoyant qu'elle soit formulée par écrit devant un officier d'état civil.

L'acte qui consiste à provoquer délibérément la mort d'une personne n'est pas un acte médical ordinaire. À cet égard, la demande de son exécution doit revêtir un caractère solennel et être assortie de garanties exceptionnelles.

Le texte prévoit que la personne formule cette demande « par écrit ou, lorsqu'elle n'est pas en mesure de le faire, par tout autre mode d'expression adapté à ses capacités ». Si ce souci d'accessibilité est légitime, cette rédaction introduit un risque d'interprétation et de contestation concernant la réalité, la stabilité et la liberté du consentement exprimé. Dès lors, la présence d'un officier d'état civil offrirait plusieurs garanties essentielles.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Je ne reviens pas sur l'emploi des termes « euthanasie » et « suicide assisté » – nous en avons déjà discuté.

Comme vous le savez, nous avons modifié l'alinéa 4 en deuxième lecture pour que, par défaut, la demande soit écrite. Nous avons prévu une autre possibilité pour les personnes incapables de réaliser une demande écrite. Je m'oppose à sa suppression.

Par ailleurs, nous parlons bien d'une consultation médicale. Or un officier d'état civil n'y a pas sa place.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). La mesure que je propose vise surtout à vérifier l'identité du demandeur, la réalité de sa volonté et l'absence de toute contrainte ou pression extérieure.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS651 de Mme Annie Vidal, AS258 de Mme Justine Gruet, AS473 de Mme Marie-France Lorho, AS259 et AS260 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Annie Vidal (EPR). Mon amendement est rédactionnel.

Mme Justine Gruet (DR). Les miens ne sont pas rédactionnels mais sémantiques. Il est important de bien nommer les choses. Tel est l'objet de ces amendements qui visent à établir une distinction entre l'injection par un tiers et l'auto-administration. Car, dans cette proposition de loi, elle n'est pas faite – contrairement à ce que l'on observe dans les autres pays qui ont adopté ce type de dispositif –, ce qui revient à nier que ces deux gestes sont totalement différents. Or, en matière d'intentionnalité et d'implication d'un tiers, par exemple, les enjeux ne sont pas les mêmes. Si nous discutons d'une loi d'exception sur la fin de vie, le problème ne se poserait pas de la même manière mais, à en juger par les critères définis à l'article 4, le nombre de personnes éligibles au dispositif est significatif. Nous devons assumer collectivement nos choix au moment où nous rédigeons le texte.

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS473 est un amendement rédactionnel de vérité.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous proposez une nouvelle fois de renommer l'aide à mourir. Mes collègues rapporteurs ont déjà expliqué que nous étions en désaccord avec cette position, sur le fond comme sur la forme.

Avis défavorable.

M. Patrick Hetzel (DR). La rédaction est euphémisante. Si vous ne souhaitiez pas parler d'euthanasie ni de suicide assisté, vous pouviez par exemple employer le terme « aide active à mourir ». Or vous avez rejeté cette proposition, comme toutes celles que nous avons formulées – je ne comprends pas bien pourquoi –, si bien que vous créez une confusion avec les soins palliatifs, dont la mission consiste justement à proposer une aide à mourir.

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

Amendement AS69 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Afin d'instaurer une véritable collégialité – et non une collégialité de façade –, telle qu'elle se pratique habituellement, je propose que la demande du patient soit étudiée par une équipe soignante. Le dispositif prévoit qu'une seule personne décide. Or une procédure réellement collégiale suppose que plusieurs professionnels analysent la situation du patient mais aussi que la décision soit prise collectivement.

Prenons l'exemple d'un tribunal, composé de trois magistrats : au moment du vote, la décision ne peut être prise que si au moins deux des magistrats se prononcent dans le même sens. Pouvez-vous donc nous expliquer, monsieur le rapporteur général, pourquoi, dans ce dispositif, la décision est confiée à un seul acteur ?

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Monsieur Hetzel, vous êtes trop habile et connaissez trop bien le texte pour confondre ainsi les articles 5 et 6. L'article 6 fixe parfaitement les conditions de la collégialité. Je ne vous laisserai pas dire qu'il s'agit d'une fausse collégialité. La décision est prise par plusieurs professionnels de santé. En revanche, c'est bien le médecin qui reçoit la demande qui instruit le dossier, comme cela se passe pour toutes les procédures, au quotidien – je vous invite à vous rendre dans les hôpitaux pour le vérifier. Par exemple, lorsqu'un patient doit suivre un traitement dans un établissement hospitalier, un médecin instructeur analyse le dossier puis, dans un deuxième temps, fait appel à plusieurs collègues. C'est donc bien une procédure collégiale – même si un hôpital n'est pas un tribunal.

Avis défavorable.

M. le président Frédéric Valletoux. Je me permets d'ajouter que nous avons défini les modalités de la collégialité en adoptant un amendement que plusieurs collègues et moi avons présenté en première lecture. Or son dispositif reprenait totalement celui élaboré pour la loi Claeys-Leonetti, qui n'est absolument pas contesté.

M. Thibault Bazin (DR). Je vous remercie, monsieur le président, d'avoir rejoint notre combat en faveur de la collégialité. Au passage, nous constatons que les multiples lectures prévues par la navette sont utiles : nos messages finissent par être entendus puisque, depuis la première lecture, nous avons déjà pu apporter de nombreuses corrections qui étaient nécessaires – même si beaucoup reste à faire.

Toutefois, il existe une différence fondamentale avec la procédure entourant la sédation profonde et continue jusqu'au décès. Dans ce dernier cas, c'est une équipe traitante qui est mobilisée. En revanche, dans le cas de l'aide à mourir, lorsque le patient demandera qu'on soulage sa souffrance – et aura parfois même besoin de soins palliatifs –, il se retrouvera face à un médecin et à des professionnels qui ne le connaîtront pas forcément et ne connaîtront peut-être même pas la pathologie dont il souffre.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous débattons de cette question lors de l'examen de l'article 6.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Pour avoir travaillé dans des services de réanimation, je peux témoigner du fait que, souvent, la collégialité est constituée de trois personnes – un médecin, une infirmière et une aide-soignante –, qui prennent leur décision au pied du lit du patient. Parfois, il s'agit du médecin de garde, qui prend connaissance du dossier lorsqu'il rencontre le patient.

Le caractère collégial de la procédure est inscrit à l'article 6, ce qui est une bonne chose. Cependant, lorsque les soins palliatifs sont pratiqués à domicile, il n'est pas possible de réunir plus de trois professionnels. Par conséquent, si un collègue de plus de trois personnes devenait obligatoire, on ne pourrait pas accéder à la demande du patient – car la collégialité ne peut pas être à géométrie variable.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. M. le président Valletoux a très justement rappelé que le dispositif reprenait celui de la loi Claeys-Leonetti – que je tiens à la disposition de M. Bazin même si je pense qu’il la connaît parfaitement.

D’autre part, il est inexact d’affirmer que, dans le cas de la procédure de sédation profonde et continue jusqu’au décès, telle que prévue par la loi Claeys-Leonetti, quatre praticiens entourent le patient.

M. Thibault Bazin (DR). Il n’y a pas non plus quatre praticiens dans le cas de l’aide à mourir !

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Ne nous demandez pas d’inscrire cette mesure dans la proposition de loi, alors que la loi Claeys-Leonetti, dont vous estimez qu’elle offre des garanties suffisantes, ne la prévoit pas.

La commission rejette l’amendement.

Amendement AS67 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). L’ouverture d’une liste de médecins volontaires pour pratiquer une aide à mourir rendrait la procédure plus fluide. C’est pourquoi cet amendement prévoit d’ajouter, à l’alinéa 4, que le médecin doit être volontaire et inscrit auprès de la commission prévue à l’article 15.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous savez que l’article 14 introduit une clause de conscience spécifique à l’aide à mourir : aucun médecin ne sera contraint de recevoir une demande et d’entamer la procédure. Il est donc inutile de préciser que le médecin doit être volontaire.

D’autre part, une obligation d’inscription auprès de la commission restreindrait fortement l’accès à l’aide à mourir. Il faudrait non seulement que tous les médecins qui acceptent de recevoir une demande effectuent une démarche auprès de la commission mais également que les personnes qui souhaitent recourir à l’aide à mourir aient connaissance de la liste de ces médecins.

Avis défavorable.

La commission rejette l’amendement.

Amendement AS472 de Mme Marie-France Lorho

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

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

Amendement AS161 de Mme Karen Erodi

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). L'amendement vise à préciser que la demande peut être formulée ou confirmée par les directives anticipées ou par la personne de confiance. Car il ne faudrait pas que l'on invente ou devine une telle demande : le médecin doit s'appuyer sur ce que la personne a écrit noir sur blanc, lorsqu'elle était maîtresse d'elle-même.

Le texte prévoit que l'expression de la volonté doit être réitérée en pleine conscience. Cependant, qu'en est-il pour un patient dont l'état se dégrade brutalement ? Tout le processus s'arrête et on le condamne à une fin qu'il avait pourtant refusée par écrit. Vous me direz qu'on ne peut avoir de certitude en la matière. Or la loi Kouchner de 2002 a justement créé la désignation de la personne de confiance pour porter la voix de celui ou de celle qui ne peut plus s'exprimer. La loi Claeys-Leonetti de 2016 a rendu les directives anticipées contraignantes pour que la volonté survive à la perte de conscience. Nous ne proposons rien d'inédit, nous prolongeons une logique que le législateur a déjà choisie.

L'aide à mourir doit être un droit effectif, y compris pour celles et ceux dont l'esprit s'assombrit pendant que le corps, lui, continue de faire souffrir et de se dégrader petit à petit. Là encore, tout signe de refus interrompt immédiatement le processus.

La dignité ne se réduit pas à une fenêtre de tir de quelques jours. Alors que nous créons un accès supplémentaire à une fin de vie digne, vous ne pouvez pas exclure certaines personnes du dispositif.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. J'entends vos arguments et j'y suis sensible. Cependant, dans un souci d'équilibre, nous avons préféré ne pas prendre en considération les directives anticipées. Puisqu'il s'agit d'un droit que l'on crée – et non d'un droit que l'on supprime –, nous devons nous assurer que la personne veut réellement y avoir accès. Elle doit donc réitérer sa demande et peut changer d'avis jusqu'à la dernière seconde.

Avis défavorable.

M. Yannick Monnet (GDR). La question des directives anticipées a fait l'objet d'un débat entre nous. Je suis opposé à une telle mesure car le rapport de chacun à la mort est très personnel, et peut évoluer – il faut l'accepter. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous avons tenu à préciser que le patient pouvait exprimer son choix jusqu'au dernier moment. Nous savons par exemple que, bien souvent, lorsqu'une personne est prise en charge en unité de soins palliatifs, au bout d'une semaine, elle change totalement d'avis s'agissant de la demande d'aide à mourir.

Imaginons qu'une personne renonce à sa demande mais ne soit pas en mesure de l'exprimer : si la mesure que vous proposez était appliquée, ce serait une catastrophe.

La commission rejette l'amendement.

Amendement rédactionnel AS704 de Mme Audrey Abadie-Amiel

M. Christophe Bentz (RN). Permettez-moi de me méfier des amendements rédactionnels de Mme la rapporteure. Car je vous rappelle qu'en deuxième lecture, l'adoption de deux de vos amendements rédactionnels, précisément sur cet article, a entraîné la suppression de la notion d'effectivité s'agissant de l'accès à un psychologue et aux soins palliatifs – je vous l'assure, tout cela est vérifiable.

Cet amendement ne me semble donc, lui non plus, pas tout à fait rédactionnel. Je rappelle que, dans cette même phrase, l'interdiction de confirmer la demande par téléconsultation résulte de l'adoption, en première lecture, d'un amendement du Rassemblement national. La modification consistant à écrire « sa demande » plutôt que « une demande » peut paraître, à première vue, purement rédactionnelle, mais cette nouvelle formulation laisse supposer qu'une autre demande pourrait être faite par téléconsultation. Par conséquent, nous devrions soit nous en tenir à la formulation que nous avions proposée et qui avait été adoptée, soit, éventuellement, écrire : « de demande ».

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS257 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Même si nous constatons qu'un seul amendement, qui plus est rédactionnel, a été adopté par cette commission, nous allons continuer d'avancer nos arguments car les avis émis répondent, nous semble-t-il, à une volonté de garantir un équilibre d'ordre politique plus qu'éthique – comme nous l'avons observé avec l'amendement relatif aux directives anticipées.

J'en viens à mon amendement. Le caractère libre de la démarche doit être évalué au moment du recueil de la demande qui constitue la première étape structurante de la procédure d'aide à mourir. S'agissant de la réalité du caractère libre et éclairé de l'avis – soit le cinquième critère –, vous avez refusé qu'un juge expert vienne vérifier l'absence de pression induite. Or, pour être en mesure d'affirmer qu'une personne ne subit pas de pression, il faut procéder à une analyse très fine. C'est pourquoi cet amendement prévoit que la demande soit recueillie lors d'un entretien individuel, hors la présence de tout tiers.

M. Pilato affirmait hier qu'un médecin connaît bien son patient et sait donc parfaitement si des pressions sont exercées ou non. Or, suivant la rédaction actuelle du texte, le patient peut faire sa demande à un médecin qui ne le connaît absolument pas.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous souhaitez préciser que la demande est réalisée hors présence d'un tiers et consignée au dossier.

C'est à la personne seule de savoir si elle souhaite être accompagnée ou non ; il y va du respect de sa vie privée et du secret des informations qui la concernent.

Par ailleurs, chaque acte de la procédure sera consigné dans le système d'information créé par l'article 11.

Avis défavorable.

M. Patrick Hetzel (DR). Vos arguments, madame la rapporteure, ne permettent pas de lever l'ambiguïté. Nous vous mettons en garde depuis un certain temps sur le risque d'abus de faiblesse. Un entretien individuel hors la présence de tiers écarterait tout risque de pression. Je ne vois pas en quoi cette mesure vous dérange.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Tout à l'heure, il a été proposé qu'une tierce personne soit présente avec le médecin et le patient qui demande l'aide à mourir. Je m'y suis opposé, en invoquant le secret médical. Nous sommes ici dans le même cas de figure puisqu'il est question d'un entretien personnalisé entre le médecin et le patient. Par conséquent, votre demande est satisfaite.

Ensuite, la procédure sera parfaitement consignée puisque le médecin devra rendre compte de toutes les étapes. Nous avons attendu dix ans pour obtenir la traçabilité des soins palliatifs, mais celle-ci sera disponible le plus vite possible.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS474 de Mme Marie-France Lorho

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

Amendement AS70 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). L'amendement vise à prévoir, à l'alinéa 7, relatif aux personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique, la consultation de la personne de confiance, de la famille et des proches.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. C'est à Philippe Juvin, membre de votre groupe, que nous devons la rédaction de cet alinéa, adoptée en première lecture. Nous avons été sensibles à ses arguments.

Vous venez de dire, il y a quelques secondes, qu'il ne faudrait pas qu'une pression soit exercée. À présent, vous dites qu'il faudrait rendre obligatoire la consultation de la personne de confiance avant d'interroger le malade qui demande l'aide à mourir. Or la personne de confiance peut exercer une pression sur ce dernier.

M. Thibault Bazin (DR). Philippe Juvin, Patrick Hetzel et moi-même sommes très inquiets pour les personnes faisant l'objet de mesures de protection.

L'alinéa 7 a été modifié de façon substantielle. Mais, faute de disposer du registre prévu à l'article 427-1 du code civil, il n'est pas opérant. Lorsqu'on lui demandera s'il fait l'objet d'une mesure de protection, le patient dira oui ou non, mais comment le médecin pourra-t-il vérifier l'exactitude de sa réponse ?

C'est tout l'intérêt de prévoir, à l'alinéa 7, une consultation de la personne de confiance. Quiconque connaît des personnes faisant l'objet de mesures de protection sait que l'entourage peut prévenir qu'elles sont sous tutelle ou sous curatelle. Tel est le sens de cet amendement.

M. René Pilato (LFI-NFP). J'aimerais qu'on lise les deux premières phrases de l'alinéa dans leur intégralité : « 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. Il vérifie ces informations en consultant le registre mentionné à l'article 427-1 du code civil. » Il faut arrêter le délire, maintenant !

M. Philippe Vigier, rapporteur général. M. Pilato a été très précis. Thibault Bazin, en tant que rapporteur général de la commission des affaires sociales, nous aidera à faire en sorte que le registre soit prêt à peu près au moment où la loi entrera en vigueur.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS76 de M. Patrick Hetzel et AS692 de Mme Annie Vidal (discussion commune)

M. Patrick Hetzel (DR). Le registre, pour le moment, n'est pas disponible – c'est bien le problème.

Nous sommes un certain nombre à considérer qu'il faut traiter de manière spécifique le cas des majeurs protégés, qui ne sont pas en mesure d'effectuer certains actes de la vie courante. Pourtant, le texte admet qu'ils peuvent exprimer un consentement libre et éclairé. Il y a là une contradiction manifeste.

Au demeurant, l'avis du Conseil d'État est très clair. Il considère l'euthanasie et le suicide assisté comme des actes « *dont la nature implique un consentement strictement personnel, au sens de l'article 458 du code civil* ». En l'espèce, l'article 458 du code civil n'est pas respecté pour les majeurs protégés.

Mme Annie Vidal (EPR). Mon amendement vise à soumettre à un contrôle judiciaire préalable toute demande d'aide à mourir émanant d'une personne placée sous mesure de protection juridique. Les personnes sous tutelle ou curatelle sont, par définition, celles dont le législateur a lui-même reconnu que les facultés de discernement sont altérées au point de justifier une protection de l'État. Il serait profondément incohérent que ce même législateur les autorise à commettre l'acte irréversible par excellence sans exiger une garantie judiciaire préalable.

Le droit commun de la protection des majeurs prévoit déjà l'intervention obligatoire du juge des contentieux de la protection pour de nombreux actes bien moins graves. Le médecin, si compétent soit-il, n'est pas en mesure d'apprécier seul, dans le cadre d'une procédure médicale, si la volonté d'une personne protégée est suffisamment libre et éclairée pour fonder une décision de cette nature. Seul le juge des contentieux de la protection, qui connaît la situation personnelle de l'intéressé et dispose des outils procéduraux nécessaires, est en mesure de se prononcer sur ce point avec les garanties qu'exige un acte aussi définitif.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Le principe, pour les majeurs protégés, est l'autonomie. Aux termes 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 ne leur a pas interdit de refuser un traitement ni d'accéder à une sédation profonde et continue jusqu'au décès ; il n'a pas non plus rendu obligatoire l'intervention du juge des tutelles pour les y autoriser.

Le présent texte comporte des mesures spécifiques à leur égard, pour satisfaire la nécessité de donner des garanties supplémentaires aux personnes vulnérables : la personne assurant la protection juridique est obligatoirement informée ; le collège pluriprofessionnel a connaissance de ses observations.

Par ailleurs, dès la première lecture, nous avons renforcé la protection que nous devons à ces personnes, en ouvrant une voie de recours aux personnes chargées de la mesure de protection, conformément à l'avis du Conseil d'État. En deuxième lecture, nous avons introduit la saisine d'un médecin spécialiste des majeurs protégés.

L'accès à l'aide à mourir des majeurs protégés fait partie de l'équilibre du texte. Le médecin vérifiera, avec l'appui du collège pluriprofessionnel, leur aptitude à manifester une volonté de façon libre et éclairée, comme le prévoit l'article 2.

Avis défavorable.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Nous soutenons ces deux amendements, qui visent à empêcher les majeurs protégés de recourir à l'aide à mourir. Celle-ci suppose une volonté libre, éclairée et personnelle – tout le monde, je pense, sera d'accord avec moi sur ce point. Or, par définition, une personne qui fait l'objet d'une mesure de protection juridique présente une altération de ses facultés et requiert une protection particulière.

S'agissant d'une décision aussi grave et irréversible, le doute doit toujours profiter à la protection des personnes vulnérables. Ces amendements apportent une garantie de prudence et une sécurité juridique indispensables.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je citerai le Conseil d'État : « *l'aide à mourir s'entend comme un "acte dont la nature implique un consentement strictement personnel", au sens de l'article 458 du code civil, qui ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée* ». Ne pas écarter les personnes protégées de l'aide à mourir les protège.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS143 Mme Christine Loir et AS255 de Mme Justine Gruet

Mme Christine Loir (RN). S'agissant de décisions médicales particulièrement graves, *a fortiori* de l'aide à mourir, il est impératif de s'assurer que la personne concernée est pleinement capable d'exprimer une volonté libre et éclairée. Lui demander si elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique ne suffit pas.

Le médecin doit procéder à une vérification effective. À défaut, une personne placée sous tutelle ou sous curatelle pourrait être amenée à prendre une décision qui méconnaîtrait les garanties que la loi lui reconnaît. C'est une question de protection des personnes vulnérables et de respect de la loi fondamentale.

Mme Justine Gruet (DR). Il s'agit de prévoir explicitement une vérification – j'ai même envisagé de préciser qu'elle devait être faite dès le début. En effet, une simple demande ne suffit pas. Passer à côté d'un majeur protégé, c'est ne pas l'orienter dans la bonne voie, c'est omettre les garde-fous nécessaires.

Que fait-on d'ici au 31 décembre 2028 ? Je propose d'appliquer le principe de précaution en prévoyant que la loi ne s'applique pas avant le 31 décembre 2028. Vous semblez pressé, monsieur le rapporteur général, qu'elle soit promulguée. Mais on ne peut pas conférer aux médecins cette responsabilité tant qu'ils ne sont pas en mesure de vérifier. Il est essentiel que les majeurs protégés soient orientés dans la bonne voie et, pour ce faire, qu'ils bénéficient de la vigilance nécessaire. Nous leur devons bien ça.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vos amendements sont satisfaits par la deuxième phrase de l'alinéa. Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). La vérification a lieu si la personne a dit qu'elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique. Si elle ne le dit pas, nul ne vérifie. L'oubli peut être volontaire ou involontaire, par exemple en cas d'incapacité à verbaliser. L'enjeu est fondamental : il s'agit de prévoir les garde-fous nécessaires pour la suite de la procédure.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Madame Gruet, nous allons lire ensemble l'alinéa 7, ce qui permettra à chacun d'être parfaitement éclairé. « Le médecin demande à la personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance. Il vérifie ces informations ». Que demander de plus ? Il demande et vérifie. Les deux mots figurent dans l'alinéa.

M. Yannick Monnet (GDR). La précision n'est pas sans intérêt. J'avais compris l'alinéa comme une vérification systématique, quelle que soit la réponse à la question. Le médecin vérifie-t-il bien dans tous les cas de figure ? Si la personne dit qu'elle ne fait pas l'objet d'une mesure de protection juridique, vérifie-t-il ?

M. Philippe Vigier, rapporteur général. « 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. » Donc, il demande à toute personne. « Il vérifie ces informations » – celles que la personne lui a données.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS71 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Si nous voulons que l'alinéa 7 soit clair, il faut rédiger ainsi sa première phrase : « Le médecin demande à la personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique. » C'est oui ou c'est non. Dans un second temps, il vérifie, quelle que soit la réponse. Puis, il « délivre à la personne protégée une information loyale ». Ce sont les trois éléments essentiels de cet alinéa.

Je propose donc de supprimer les mots « avec assistance ou représentation relative à la personne », qui ont surtout pour effet de créer une ambiguïté. Surtout, il faut s'assurer que le consentement est individuel. Vous considérez, monsieur le rapporteur général, que ce point est satisfait dans la mesure où la rédaction adoptée est celle souhaitée par le Conseil d'État. Si tel est le cas, aucune ambiguïté ne doit subsister.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. J'ai lu tout à l'heure l'extrait de l'avis du Conseil d'État justifiant l'inclusion des majeurs protégés dans le dispositif. Vous souhaitez supprimer les mots « avec assistance ou représentation juridique ». Or cette précision permet de bien identifier les deux cas de figure, qui n'emportent pas les mêmes conséquences. Sa suppression introduirait une confusion dans le texte.

Mon interprétation diverge de la vôtre, ce qui, vous me l'accorderez, n'a rien d'inadmissible. Je suis pour la simplification et la lisibilité, non pour la confusion.

Avis défavorable.

M. Patrick Hetzel (DR). Nos avis divergent. Je pense exactement le contraire. Il faut s'assurer que la personne fait ou non l'objet d'une mesure de protection juridique, en lui posant la question, puis en vérifiant ce qu'il en est dans le registre. Tout ajout crée de la confusion. Telle est mon interprétation de l'alinéa 7.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS656 de Mme Annie Vidal

Mme Annie Vidal (EPR). L'amendement prévoit la consultation, en sus de celle du registre prévu à l'article 427-1 du code civil, du registre prévu à l'article 477-1 relatif aux mandats de protection future, qui est opérationnel. En effet, le registre unique ne le sera pas avant 2028 – nous avons étudié de près la question lors de l'examen de la proposition de loi visant à moderniser et à simplifier la protection juridique des majeurs. C'est un amendement de précision.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Avis défavorable.

Le médecin instruit une demande dans un délai de quinze jours. De ce fait, l'important est de savoir si la personne est protégée à l'instant T et non si elle a demandé à l'être à l'avenir, dans un ou trois ans.

Mme Annie Vidal (EPR). Consulter un mandat de protection future, c'est vérifier l'information. Si une personne demande un mandat de protection future, c'est enregistré. Lorsqu'elle demandera, en présence du médecin, l'accès à l'aide à mourir, ce qu'elle aura inscrit dans le mandat de protection future sera toujours visible, même si c'était cinq ans auparavant.

Un mandat de protection future, comme son nom l'indique, concerne l'avenir de la personne qui le rédige au moment où elle le rédige, non au moment de la demande d'aide à mourir. Il importe que le médecin sache s'il en existe un.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS256 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Monsieur le rapporteur général, vous indiquez que la vérification est automatique. Toutefois, une personne protégée peut l'être à plusieurs titres. Comment fait-on d'ici au 31 décembre 2028 ? Le délai est quand même de deux ans et demi. Comment les médecins feront-ils pour vérifier ?

Notre responsabilité de législateur est de doter le médecin de moyens de vérification. Il ne s'agit pas d'interdire l'accès à l'aide à mourir aux personnes protégées, mais de s'assurer que, vulnérables, elles sont orientées dans la bonne voie.

Je propose donc de compléter la deuxième phrase de l'alinéa 7 par les mots « ou, le cas échéant, en effectuant toute démarche utile auprès de l'autorité judiciaire compétente ». Ce moyen de vérification existe. En l'absence de registre jusqu'à décembre 2028, soit on reporte l'entrée en vigueur de la loi, soit on complète l'alinéa comme je propose de le faire. Ce n'est pas une question secondaire. Il y va de la protection des personnes les plus vulnérables.

Nous donnons déjà beaucoup de responsabilités aux médecins, notamment le recueil de l'avis libre et éclairé. Donnons-leur au moins les moyens de vérifier s'ils ont affaire à une personne faisant l'objet d'une mesure de protection.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. J'étais déjà député lors de l'examen de la proposition de loi Claeys-Leonetti, en 2015. Je faisais partie de ceux qui demandaient quels seraient les critères d'évaluation de la loi et les registres. Il a fallu dix ans pour les obtenir. Menons le même combat pour faire en sorte qu'il y ait une traçabilité.

Vous avez rappelé la date du 31 décembre 2028. C'est le Gouvernement qui l'a arrêtée. Au départ, le registre devait être opérationnel au 31 décembre 2026, par anticipation d'une adoption antérieure de la proposition de loi. La ministre a avancé des raisons techniques, que pour ma part j'aime toujours bien comprendre, pour justifier le report. Je ne voudrais pas que certains allongent encore ce délai, alors même qu'on peut probablement le raccourcir.

Par ailleurs, la ministre a indiqué que la consultation de l'extrait de l'acte de naissance, qui contient une mention des mesures de protection, sera rendue possible par le décret en Conseil d'État prévu à l'article 13.

En outre, les mesures de protection figurent très souvent dans les dossiers médicaux, dont disposeront les médecins en attendant que le fichier soit pleinement fonctionnel – j'imagine que nous allons, avec le soutien de Thibault Bazin, pousser le Gouvernement à accélérer.

Enfin, le médecin discute avec le médecin traitant de la personne ou avec la personne de confiance ; tous deux connaissent la situation du patient et peuvent lui indiquer s'il fait l'objet d'une mesure de protection. Il y a donc trois garde-fous.

L'exigence est la même en matière de soins palliatifs. Ce n'est que depuis un an et demi que nous commençons à avoir un début de traçabilité. Savez-vous, mes chers collègues, quelle est la proportion de soins palliatifs tracés ? Moins de 10 %. Et je n'entends personne en parler, alors même que leur suivi devrait être tout à fait exhaustif. Moi, je m'en indigne ; j'espère vous faire partager mon indignation.

M. Thibault Bazin (DR). Monsieur le rapporteur général, vous me prêtez beaucoup de pouvoir. Je suis un rapporteur général qui se concentre sur les lois de financement de la sécurité sociale.

La loi dite « bien-vieillir » disposait que le registre devrait être opérationnel au plus tard le 31 décembre 2026 – nous avions tous espéré qu'il le serait en 2024 ou 2025. Or, début mai, nous avons examiné la proposition de loi relative à la protection des majeurs, dont notre collègue Annie Vidal, ici présente, est la rapporteure. L'article 7 de ce texte prévoit de reporter l'échéance au 31 décembre 2028. Vous voyez que j'ai très peu de pouvoir sur l'application des mesures de la loi « bien-vieillir ».

Vous nous dites que le texte sera adopté avant la fin de l'année, peut-être même avant le 15 juillet. Je vous oppose les réalités, celles de la vie, celles du registre. Pour les personnes qui font l'objet d'une mesure de protection, nous avons un problème. La rédaction proposée fait état d'un outil qui ne sera pas opérationnel avant deux ans.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Cher collègue, sans vouloir vous prêter plus de pouvoir que vous n'en avez, il me semble que vous êtes quelqu'un qui, en politique, dit toujours que, si l'on a la volonté, on est capable. C'est au politique de faire en sorte d'accélérer les choses quand c'est nécessaire.

Je l'ai dit : comme vous, je regrette le report au 31 décembre 2028. J'ai énuméré les trois sources d'information qu'il est possible de recouper pour vérifier la situation de la personne. Mais je ne fais pas partie de ceux, et je sais que vous n'en faites pas davantage partie, qui estiment qu'il faut s'aligner sur une date sortie d'une administration centrale.

Nous verrons quels sont les obstacles. Je suis persuadé que nous serons ensemble, avec la même énergie, la même force, pour faire en sorte que l'indispensable soit réalisé.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS179 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). L'amendement vise à prendre en compte la vulnérabilité des personnes sous tutelle, non en les excluant de la procédure mais en instaurant une présomption d'incapacité qui, comme toute présomption peut être renversée. Il s'agit de les protéger, s'agissant d'un acte irréversible, tout au long de la procédure.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous souhaitez introduire une présomption d'incapacité à manifester une volonté libre et éclairée pour les personnes sous tutelle. Pour elles, le principe est l'autonomie. Elles doivent prendre seules les décisions relatives à leur personne.

L'accès à l'aide à mourir des majeurs protégés fait partie de l'équilibre du texte. Leur aptitude à manifester une volonté libre et éclairée sera étudiée aux termes de l'article 2.

Mme Annie Vidal (EPR). Je suis surprise d'entendre dire que le principe, pour les majeurs protégés, est l'autonomie, dès lors que le législateur a lui-même décidé que, si des procédures et des examens établissent qu'une personne n'est pas capable d'accomplir seule certains actes de la vie civile, alors elle a besoin d'être accompagnée ou représentée. C'est contradictoire.

M. Yannick Monnet (GDR). Une personne protégée ne l'est pas dans tous les domaines de la vie ; elle peut faire beaucoup de choses seule. Il ne faut pas réduire la personne protégée à une accumulation d'inaptitudes, même si certaines tâches doivent être encadrées.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Il ne s'agit pas d'exclure ces gens du dispositif, mais de prévoir une présomption d'inaptitude, susceptible d'être écartée.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS732 de Mme Audrey Abadie-Amiel

M. Philippe Vigier, rapporteur général. La dernière phrase de l'alinéa 7 est ainsi rédigée : « Le médecin délivre à la personne protégée une information loyale sur son état et adaptée à ses facultés de discernement. ». Nous souhaitons supprimer les mots « loyale sur son état et », introduits en première lecture. Ils peuvent prêter à confusion – je n'imagine pas un médecin délivrer à un patient une information déloyale.

Éviter toute confusion, tel est donc l'objet de cet amendement de précision. Je tiens à dire à notre collègue Monnet que je comprends l'esprit de cet ajout et que le maintien des mots « adaptée à ses facultés de discernement » permet de ne pas trahir sa pensée.

M. Christophe Bentz (RN). Je l'ai dit, nous avons un passif au sujet des amendements présentés comme rédactionnels. Celui-ci me laisse sceptique. Concrètement, vous souhaitez supprimer la notion de loyauté de l'information donnée à une personne protégée sur son état.

Vous justifiez cette proposition, dans l'exposé sommaire, par l'affirmation suivante : « Il n'est pas utile de préciser que l'information est loyale sur son état ». Pardonnez-moi, mais l'information doit être loyale !

La loyauté, c'est à la fois la fiabilité et la sincérité de l'information. C'est ce qui fait une information de confiance. Cela me paraît absolument essentiel. Je ne vois pas comment on peut dire que la loyauté de cette information est superflue. J'avoue être assez choqué par cet amendement.

M. René Pilato (LFI-NFP). Je ne suis pas d'accord avec l'interprétation de M. Bentz. Qu'il soit écrit dans l'exposé sommaire qu'il « *n'est pas utile de préciser que l'information est loyale* » n'implique pas que celle-ci est déloyale.

Non, il n'est pas utile de préciser dans la loi que l'information est loyale. On présuppose que le médecin donne une information loyale, parce que c'est sa raison d'être – aucun médecin ne vous mentira.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS73 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). L'alinéa 7 concerne les majeurs bénéficiant d'une protection juridique. Si on les protège juridiquement, c'est que l'on considère qu'ils présentent une forme de vulnérabilité qui nécessite cette protection. Il faut donc tout mettre en œuvre pour que cette protection soit effective.

Je propose, pour sécuriser le dispositif, de compléter l'alinéa 7 par la phrase suivante : « En cas de doute sur les facultés de discernement, la procédure est interrompue ». Si on développe des actes de protection juridique, c'est bien parce qu'il y a des vulnérabilités, lesquelles – M. Monnet a raison sur ce point – peuvent être de diverse nature, donc affecter les capacités de discernement. Il s'agit de s'assurer que l'avis de la personne concernée est éclairé ; s'il ne l'est pas, il faut le préciser.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Avis défavorable.

L'évaluation des conditions d'accès débute à l'article 6 et non à l'article 5. À ce stade, le médecin ne peut douter du discernement de la personne, puisqu'il n'a pas engagé la procédure prévue à l'article 6. C'est à l'issue de cette procédure qu'il pourra, en cas de doute sur le discernement, rendre une décision défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Ce que vous faites est inadmissible. Des doutes et des incertitudes subsistent, et vous supprimez des termes un peu superfétatoires sur la loyauté de l'information. En fait, vous remettez en cause le code de déontologie médicale, qui prévoit l'obligation de donner une information loyale. C'est une régression.

Pendant un an et demi, nous ne serons pas en mesure de donner aux médecins les moyens de vérifier la situation du demandeur, et cela ne vous pose pas de problème. En revanche, vous avez le culot de supprimer la précision assurant la loyauté de l'information. Fût-elle satisfaite, c'est difficile à admettre.

Vous avez l'air pressé de faire adopter ce texte de loi, même sans les garanties et les garde-fous nécessaires. L'ajout proposé par notre collègue Hetzel est sensé : en cas de doute sur les facultés de discernement, la procédure est interrompue. Parfois, il est bon d'écrire noir sur blanc ce qui semble élémentaire.

M. René Pilato (LFI-NFP). L'alinéa 9 de l'article 4 prévoit que la personne demandant l'aide à mourir doit être « apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée » ; l'article 5, quant à lui, détaille la procédure ; enfin, l'article 6 vise à vérifier que la demande est libre et éclairée. La disposition que vous proposez d'introduire est déjà prévue. Vous ne cessez de répéter que la loi est bavarde : ne la complexifiez pas, s'il vous plaît !

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Madame Gruet, vous appartenez au corps médical : la loyauté et la déontologie ont un sens. Cela a animé toute ma vie professionnelle, et je ne peux pas laisser penser qu'un médecin pourrait communiquer une information déloyale.

Par ailleurs, puisque vous dites vouloir une loi lisible et compréhensible, ne mélangez pas tout : pourquoi parler de ce qui viendra dans l'article 6 alors que nous examinons l'article 5 ? C'est un jeu auquel vous jouez depuis le début du texte, pour faire durer les débats. À l'article 4, on parle de l'article 4 ; à l'article 5, on parle de l'article 5, etc. Ce sera beaucoup plus constructif.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS215 de M. Thierry Frappé

M. Thierry Frappé (RN). L'amendement vise à renforcer et à préciser l'information délivrée à la personne qui sollicite l'aide à mourir, en intégrant explicitement le déroulement prévisible de la maladie et les conséquences des traitements envisageables. Il affirme le caractère préalable et obligatoire de cette phase d'information ; c'est une condition essentielle pour que la volonté exprimée soit libre et éclairée.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous proposez une nouvelle rédaction de l'alinéa 9 ; très proche de l'actuelle, elle ne me paraît apporter aucune plus-value. De plus, elle ajoute davantage de complexité, de telle sorte que la rédaction actuelle me semble bien plus adaptée.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS33 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Cet amendement vise à préciser l'information qui doit être délivrée au patient en substituant à la référence générale aux « dispositifs d'accompagnement disponibles » la mention explicite des « soins palliatifs qui peuvent lui être dispensés ». Cette modification n'est pas simplement rédactionnelle : elle répond à une exigence fondamentale du droit de la santé, à savoir garantir un consentement réellement libre et éclairé du patient.

Il s'agit d'un amendement de bon sens. Les soins palliatifs apportent une réponse essentielle aux personnes confrontées à une maladie grave ou à une situation de fin de vie. Il paraît donc nécessaire que la loi garantisse que cette information soit délivrée de manière explicite et systématique. L'information actuelle, trop large, pourrait englober une multitude de dispositifs sans assurer que les soins palliatifs soient effectivement présentés aux patients.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. L'information sur les soins palliatifs est prévue à l'alinéa 10 du présent article ; votre amendement est donc satisfait.

Avis défavorable.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Pouvez-vous nous indiquer ce que vous entendez par « dispositifs d'accompagnement disponibles » ?

M. Stéphane Delautrette (SOC). La disposition que vous proposez est beaucoup plus restrictive que le texte car l'accompagnement d'un patient, quand bien même sa maladie en est à un stade avancé, ne repose pas uniquement sur les soins palliatifs. Les médecins peuvent proposer de nombreuses solutions, certes pour soulager la douleur mais aussi pour prodiguer des soins autres que soins palliatifs. L'objectif est donc d'informer le patient sur les différentes prises en charge possibles.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS477 de Mme Marie-France Lorho

M. Christophe Bentz (RN). Cet amendement de précision porte sur les dispositifs d'accompagnement disponibles, mais aussi sur les droits de la personne visant à garantir la prise en charge de ses besoins médicaux, matériels, psychologiques et sociaux. Il faut en effet informer le patient qu'il a un droit à l'aide à mourir, c'est-à-dire à un accompagnement en soins palliatifs.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Les précisions que vous souhaitez ajouter figurent déjà dans les dispositifs d'accompagnement disponibles. Il n'est donc pas nécessaire de détailler autant cet alinéa.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS475 de Mme Marie-France Lorho

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

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

Amendement AS499 de Mme Sylvie Bonnet

Mme Sylvie Bonnet (DR). Il s'agit d'interdire le don d'organes après un suicide assisté ou une euthanasie. En effet, pour des personnes en fin de vie dont le pronostic vital est engagé, notamment en cas de cancers très invasifs, l'état des organes peut soulever de graves interrogations et le principe de précaution doit s'appliquer pour le receveur.

Par ailleurs, il ne faudrait pas que des personnes jeunes qui sont en fin de vie soient incitées à l'euthanasie ou au suicide assisté pour permettre un don d'organes. On constate en effet, en Belgique ou aux Pays-Bas, que de jeunes patients atteints d'une maladie psychiatrique peuvent voir dans ce don d'organes une justification à leur geste, comme une forme d'euthanasie altruiste.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je ne reviendrai pas sur la situation d'une personne qui demande l'aide à mourir – vous la connaissez comme moi : je ne suis pas persuadé que ses organes, compte tenu de leur état fonctionnel, soient utiles à d'éventuels receveurs. En revanche, chaque individu donne ses organes, sauf s'il précise expressément qu'il le refuse. Votre proposition poserait donc un problème d'égalité devant la loi.

Avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Tout d'abord, vous dites que l'on constate des cas en Belgique ou aux Pays-Bas, mais nous aimerions bien savoir sur quelles études repose cette affirmation.

Ensuite, même si elle souhaite faire un don d'organes, la personne reste soumise au respect des cinq critères. Or on ne peut pas feindre d'être en fin de vie ou en état de souffrance, quel que soit l'élan de générosité qui vous anime.

Enfin, une telle proposition révèle une ignorance totale de l'état des corps des personnes qui font une demande d'aide à mourir. La plupart d'entre elles ne sont absolument pas éligibles au don d'organes. Vous essayez d'inventer des situations probablement inexistantes et auxquelles le texte que nous examinons ne s'applique pas du tout, dans le but de provoquer des paniques morales avec des arguments totalement fallacieux.

M. Jérôme End (DR). Je soutiens cet amendement car le principe de précaution doit l'emporter. Lorsque vous avez subi une gastroscopie souple, il vous est déjà interdit de donner votre sang dans les deux mois qui suivent, pour des raisons scientifiques et sanitaires.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Ne confondez pas don du sang et don d'organes : cela n'a rien à voir. Nous pourrions en reparler.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS180 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé et AS506 de Mme Karine Lebon, amendement AS181 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé (discussion commune)

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Les deux amendements que j'ai déposés renvoient au plan personnalisé d'accompagnement créé par la loi relative aux soins palliatifs, afin que le médecin saisi d'une demande d'aide à mourir puisse prendre connaissance du plan du patient lorsque celui-ci en a formalisé un, ou qu'il puisse informer le patient de la possibilité d'en élaborer un.

M. Yannick Monnet (GDR). Je défends l'amendement AS506 et je souscris à ce que vient de dire ma collègue. Dans ce texte que je considère être une loi d'exception, la question du soin ne doit jamais être évacuée, à quelque stade de la procédure que l'on se trouve. Si une personne fait le choix de recourir à l'aide à mourir, je le respecte : il faut lui accorder ce droit. Mais il faut aussi continuer à travailler sur la prise en charge de la douleur et de la perte d'autonomie ; c'est l'objectif du plan personnalisé d'accompagnement.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. L'alinéa 9, tel qu'il est rédigé, n'empêche pas d'évoquer le plan personnalisé d'accompagnement : il n'est donc pas nécessaire de le préciser. De plus, l'alinéa 10 prévoit déjà une information sur les soins palliatifs et un accès à ceux-ci si la personne le souhaite. Enfin, l'article 13 renvoie à un décret en Conseil d'État la définition des modalités d'information.

Avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). Je ne sais pas si je voterai pour ou contre l'amendement de ma collègue mais celui-ci est la conséquence de la division du projet de loi initial en deux textes : le plan personnalisé d'accompagnement figurait en effet dans la partie relative aux soins d'accompagnement. Sa mise en place était prévue dès l'annonce d'une maladie grave et il devait suivre le patient jusqu'à la fin, le cas échéant avec une aide à mourir si ce dernier en exprimait le souhait.

M. Yannick Monnet (GDR). Selon Mme la rapporteure, rien n'empêche d'évoquer le plan personnalisé d'accompagnement. Or nous pensons que celui-ci doit être proposé : le médecin doit s'informer de l'existence d'un tel plan et, à défaut, en proposer un au patient. Cette disposition ne doit pas être renvoyée au décret ; c'est au législateur de décider.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Un peu plus tôt, M. Delautrette a expliqué que mon amendement sur les dispositifs d'accompagnement disponibles ne pouvait être accepté car cela relevait du texte sur les soins palliatifs ; ici, le même argument est employé contre la mention du plan personnalisé d'accompagnement : cela ne va pas. Je ne vois pas quel problème poserait le fait de préciser à l'alinéa 9 que le médecin doit s'informer du plan personnalisé d'accompagnement.

M. René Pilato (LFI-NFP). Si l'on vous diagnostique une maladie grave, vous bénéficierez d'un plan personnalisé d'accompagnement, pour vous accompagner au mieux : cela relève du texte sur les soins palliatifs. En cas de guérison, vous sortez des soins palliatifs – tant mieux pour vous. Mais si la maladie

s'aggrave et ne peut être enrayée, deux solutions s'offrent à vous : soit vous conservez le plan d'accompagnement et vous finissez avec la sédation profonde et continue jusqu'au décès, soit vous demandez l'aide à mourir et, à condition de respecter les cinq critères, notamment concernant les souffrances réfractaires et insupportables, vous basculez dans le champ du présent texte. L'accompagnement cesse alors, puisque vous décidez du moment du décès – sous réserve que votre choix demeure libre et éclairé jusqu'au bout.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). À vous entendre, les soins palliatifs constituent un préalable à l'aide à mourir.

M. René Pilato (LFI-NFP). Non !

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Si, c'est exactement la manière dont vous venez de l'expliquer : vous avez fait des soins palliatifs un préalable.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. J'entends les arguments des uns et des autres, mais attention à l'interprétation qui peut en être faite. Les amendements AS180 et AS506 tendent à préciser que le médecin devra s'assurer de la mise en œuvre du plan d'accompagnement : chacun comprend bien que cela bouscule la procédure.

L'amendement AS181, en revanche, vise seulement à ajouter que le médecin « [p]rend connaissance du contenu du plan personnalisé d'accompagnement prévu à l'article L. 1110-10-1 du présent code, si la personne en a élaboré un ». Il est moins coercitif ; toutefois, je ne voudrais pas que la case « soins palliatifs » devienne obligatoire si le patient n'en veut pas. N'oublions pas que c'est la demande du patient qui régit tout ce texte, à la différence de celui sur les soins palliatifs – lorsque des soins palliatifs sont engagés, des directives anticipées peuvent être prises mais la demande du patient n'est jamais réitérée. Je préfère que l'on étudie l'amendement AS181 d'ici la séance car sa portée est moindre. À ce stade, j'émetts un avis défavorable.

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

Amendements AS79 de M. Patrick Hetzel et AS620 de M. Christophe Bentz (discussion commune)

M. Patrick Hetzel (DR). Il s'agit de garantir l'effectivité de l'accès aux soins palliatifs. La rédaction actuelle nous gêne car nous ne sommes absolument pas certains que les patients entrant dans un processus d'euthanasie ou de suicide assisté auront pu, s'ils le souhaitent, bénéficier en amont de soins palliatifs. Il serait absolument fou que des concitoyennes et des concitoyens aient recours à l'aide à mourir simplement parce qu'ils n'auront pas eu accès aux soins palliatifs.

M. Christophe Bentz (RN). Voici le fameux amendement de rétablissement de l'accès effectif aux soins palliatifs, notion que vous avez fait supprimer lors de la précédente lecture, à la faveur d'un amendement prétendument rédactionnel.

Si on informe une personne qu'elle peut avoir accès aux soins palliatifs, cela reste une possibilité. En revanche, si on l'informe qu'elle peut y avoir accès de manière effective, en lui indiquant qu'une place est disponible en établissement ou qu'il y a du personnel en équipe mobile pour les soins à domicile, alors cela devient une garantie : la différence est fondamentale. Mon amendement n'a donc rien de rédactionnel.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Ces deux amendements visent à revenir à la rédaction antérieure à la deuxième lecture. L'ajout proposé n'est pas utile car le médecin « s'assure » – le présent de l'indicatif valant obligation – que la personne puisse avoir accès aux soins palliatifs, si elle le souhaite. L'effectivité de l'accès est garantie par l'obligation faite aux médecins. Nous n'avons aucunement changé le sens de l'alinéa, mais simplement clarifié et simplifié sa rédaction.

Avis défavorable.

M. Yannick Monnet (GDR). Je suis favorable à ces amendements, même s'il s'agit d'amendements de repli – selon moi, cette obligation devrait figurer à l'article 4 car l'effectivité des soins palliatifs doit être assurée dès le stade de l'examen des critères.

Cela étant, si vous vous trouvez en plein milieu de la Haute-Loire, je serais curieux de savoir comment le médecin peut s'assurer que vous aurez accès aux soins palliatifs, parce qu'il n'y a ni unité, ni service de soins palliatifs. Ensuite, bétonner le texte sur ce point est aussi une manière de réaffirmer que notre priorité va aux soins, notamment aux soins palliatifs, et non à l'aide à mourir, qui doit rester l'exception.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Les collègues du Rassemblement national ont visiblement complètement oublié le débat que nous avons eu sur les soins palliatifs. Par ailleurs, ce n'est pas nous qui avons souhaité que deux textes distincts soient examinés. Et je rappelle qu'ils ont voté contre le fait d'instaurer un droit opposable en la matière. Ils n'en ont pas voulu, tout comme ils refusent de se battre pour que la sécurité sociale dispose des recettes suffisantes pour financer des politiques d'accès à la santé correspondant aux besoins de l'ensemble du territoire.

Nous examinons le texte sur le droit à l'aide à mourir, pas celui sur les soins palliatifs. Si l'accès à ces derniers est évidemment important, je rappelle que certains voulaient rendre obligatoire le recours à des soins palliatifs avant de demander l'aide à mourir. Ce n'est pas l'objet de cet amendement, certes, mais on sait que le but est de contraindre les personnes. Or la liberté d'accès aux soins est une question particulièrement importante ; c'est la raison pour laquelle nous tenons tant à l'expression « si elle le souhaite ». Préciser que le médecin s'assure que la personne « puisse y avoir accès » me semble également tout à fait cohérent.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS78 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). Il s'agit de préciser, à l'alinéa 10, qu'une personne qui souhaite accéder aux soins palliatifs doit pouvoir le faire « dans un délai compatible avec son état de santé, quel que soit son lieu de résidence ou son lieu de soins ». Il ne faudrait pas que cette personne ait recours au suicide assisté ou à l'euthanasie parce que l'accès aux soins palliatifs ne lui aurait pas été assuré.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. L'accès aux soins palliatifs est précisément l'objet de l'alinéa 10, qui prévoit que le médecin s'assure que la personne qui le souhaite puisse y avoir accès. Les médecins savent pertinemment dans quels délais leurs patients doivent être pris en charge ; nous pouvons leur faire confiance.

Avis défavorable.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Après avoir adopté un premier texte sur les soins palliatifs, nous sommes en train d'examiner un second texte, relatif à l'aide à mourir, dans lequel certains voudraient reparler des soins palliatifs. La loi Kouchner relative aux droits des malades pose le principe de la liberté d'accéder aux soins quels qu'ils soient, notamment aux soins palliatifs. On n'est pas obligé d'y avoir recours : certains patients choisissent de ne pas bénéficier de soins palliatifs, ou n'en ont pas le temps. Il faut préserver cette liberté de choix et ne pas en faire un préalable obligatoire à l'aide à mourir.

M. Patrick Hetzel (DR). Soyons précis : contrairement aux soins palliatifs, l'aide à mourir ne constitue en aucun cas un soin ; c'est un acte d'une autre nature.

Par ailleurs, nous ne sommes pas dans une logique de défiance à l'égard des médecins mais, en tant que législateur, nous avons le devoir de sécuriser le dispositif et de préciser certains points afin d'assurer que les droits seront bien effectifs. Ne pas le faire reviendrait à créer de l'insécurité juridique. Nous ne devons pas prendre de risques sur un sujet aussi important.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS507 de M. Yannick Monnet et AS182 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé (discussion commune)

M. Yannick Monnet (GDR). Je souhaite rappeler que nous ne cherchons pas à imposer les soins palliatifs : il est précisé que ceux-ci seront administrés si la personne le souhaite. Nous nous inscrivons donc dans un cadre légal.

Par ailleurs, si nous avons des doutes sur l'accès effectif aux soins palliatifs, c'est en raison de l'état de notre système de santé. Quand seulement un département sur deux est équipé d'unités de soins palliatifs, on ne peut que s'inquiéter. Je suis favorable à ce droit, mais je souhaite que l'on réaffirme son effectivité dans la loi.

Mon amendement va plus loin en prévoyant que le médecin vérifie si la prise en charge est suffisante. Vouloir renforcer tant l'accès aux soins palliatifs que leur qualité, c'est une manière d'affirmer que c'est une loi d'exception et que la priorité reste le soin.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Je partage totalement les inquiétudes de M. Monnet, raison pour laquelle j'ai déposé un amendement quasi identique. L'aide à mourir doit rester l'exception, et nous devons inscrire dans la loi les précautions qui s'imposent.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Nous restons toujours dans une loi d'exception. Je vous renvoie à l'argument percutant de Mme Simonnet : pour résoudre définitivement ce problème, il fallait voter les soins palliatifs opposables. Je suis d'ailleurs l'un des rares à l'avoir dit au cours des débats.

Monsieur Monnet, autant je vous suis quand vous écrivez que le médecin doit s'assurer que « cette prise en charge est effective, suffisante et satisfaisante, notamment en matière de prise en charge de la douleur » – encore que la perception de la douleur est différente d'un individu à l'autre ; il faut donc être prudent sur ce sujet –, autant je ne vous suis pas, même si je reconnais que votre raisonnement est habile, quand vous affirmez qu'il faut absolument passer par la case « soins palliatifs ». Contrairement à vous, je pense que cela relève du libre choix du patient. La loi Kouchner avait ouvert la voie en la matière – cela avait d'ailleurs donné lieu à des débats passionnés. En médecine, un patient a le choix d'accepter ou de refuser un traitement.

Enfin, vous êtes mal tombé en évoquant le département de la Haute-Loire, car celui-ci bénéficie d'une unité de soins palliatifs. Il faudra choisir un autre exemple.

Mme Justine Gruet (DR). Dire « vous n'aviez qu'à voter le droit opposable », c'est de la chicanerie politique ! Vous savez bien qu'un droit opposable contribuerait à judiciariser un système de santé qui n'offre pas un accès effectif aux soins palliatifs. Nos patients valent mieux que ça !

Nous ne cherchons pas à restreindre pour embêter, mais pour nous assurer que le patient aura vraiment le choix. Or quel choix a-t-on quand un département ne propose pas de soins palliatifs ? Notre crainte, c'est que l'on se dirige vers un choix par défaut, que l'on ait recours à l'aide à mourir faute de soins palliatifs. C'est précisément ce que M. Monnet vient d'expliquer. Vous semblez penser que nos amendements visent à restreindre ce droit que vous voulez élargir, alors que notre but est de garantir l'effectivité du droit aux soins palliatifs.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je ne cherche pas à imposer l'aide à mourir par défaut : je ne vous suis absolument pas sur ce point ! La différence entre nous est totale : c'est bien le patient qui est au cœur du dispositif. Nous lui proposons les soins palliatifs et nous vérifions leur effectivité, ce qui est déjà important, mais c'est lui qui décide.

Je vous concède que certains départements ne sont pas couverts par des soins palliatifs fixes, mais il y a des équipes mobiles partout, je l'affirme ici. Vous pourrez le vérifier sur une carte, comme je l'ai fait. Il ne faut pas avancer des arguments à la légère sur un sujet aussi grave, madame Gruet – pensez à l'image que nous envoyons à ceux qui nous regardent ! Il y a bien des soignants au chevet des patients.

J'entends votre défiance, je peux comprendre votre argumentation, mais nous parlons d'un droit nouveau, et l'accord des patients est réitéré jusqu'à la dernière seconde. Arrêtons de faire sans cesse l'amalgame avec les soins palliatifs : les deux textes sont totalement séparés. De grâce, n'obscurcissons pas le débat en ressortant toujours les mêmes arguments, qui n'auront d'autres conséquences que de provoquer l'incompréhension de celles et de ceux qui nous regardent.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS144 de Mme Christine Loir

Mme Christine Loir (RN). Une étude de la maison médicale Jeanne Garnier a montré que 90 % des demandes d'aide à mourir formulées à l'entrée de l'hospitalisation étaient retirées au cours de la prise en charge palliative. Ce chiffre révèle, et c'est essentiel, que derrière la demande de mourir, il y a bien souvent la peur de souffrir, d'être abandonné et de perdre toute dignité. Nous devons avant tout informer, soulager et accompagner, et l'amendement tend à garantir que la volonté du patient soit réellement libre et éclairée.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous souhaitez que le médecin informe la personne sur la sédation profonde et continue jusqu'au décès. Votre amendement est satisfait : l'alinéa 9 prévoit que la personne soit informée « sur les traitements et les dispositifs d'accompagnement disponibles » ; l'alinéa 10, que des soins d'accompagnement, y compris des soins palliatifs, lui soient proposés. La sédation profonde et continue jusqu'au décès compte parmi l'une ou l'autre de ces informations déjà prévues par le texte.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Depuis tout à l'heure, nous discutons d'amendements visant à informer le patient. Celui-ci aura ensuite toute liberté de refuser ce qui lui est proposé et de choisir entre soins palliatifs et aide à mourir – nous sommes tous d'accord là-dessus. Toutefois, cette liberté de choix est limitée par le fait que certains départements soient dépourvus d'unités de soins palliatifs, qui ne seront effectives que dans dix ans. Faute d'accompagnement, le patient sera donc obligé de choisir l'aide à mourir.

Vous évoquez par ailleurs le droit opposable, mais un droit n'a de sens que s'il peut être exercé ! Si le droit au logement opposable a ouvert des voies de recours légitimes, il n'a pas résolu la pénurie de logements – ce sera la même chose pour les soins palliatifs.

Mme Annie Vidal (EPR). Je m'étais interdit d'intervenir sur la question des soins palliatifs parce que nous avons décidé de préserver l'étanchéité entre les deux textes, tout au long de leur examen. Il est dommage de ne pas continuer à le faire.

Je ne reviendrai pas sur le droit opposable car nous avons convenu que ce qui importait, c'était l'effectivité. L'amendement AS144 me gêne parce qu'il tend une fois de plus à introduire la notion de sédation profonde et continue jusqu'au décès dans le texte sur l'aide à mourir. Or, telle que nous l'avons définie à l'article 2, l'aide à mourir n'est pas la sédation profonde et continue. Voter cet amendement entretiendrait cette confusion – que favorise d'ailleurs déjà l'expression « aide à mourir », à laquelle je n'adhère pas.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS551 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement est quasiment rédactionnel. En effet, tel que l'alinéa 10 est rédigé, l'accès effectif des proches au psychologue ou au psychiatre n'est pas garanti.

Je rappelle que si nous avons traité séparément les soins palliatifs et l'aide à mourir, c'était pour laisser aux personnes philosophiquement opposées à l'aide à mourir la possibilité de soutenir le texte sur les soins palliatifs. Il n'y a sinon aucune étanchéité entre soins palliatifs et aide à mourir !

Enfin, monsieur le rapporteur général, puisque vous êtes convaincu qu'il est possible d'accéder aux soins palliatifs, nos amendements ne posent pas de problème. Nous mentionnons toujours que ce qu'ils prévoient ne s'applique que si la personne le souhaite, afin de rester dans le cadre de la loi Kouchner.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous souhaitez que le médecin s'assure que la personne, mais aussi ses proches, aient effectivement accès à un psychologue ou à un psychiatre. En l'état du texte, le médecin leur propose à tous une orientation mais ne s'assure de l'accès effectif à ces professionnels que pour la personne concernée par l'aide à mourir. C'est bien la priorité dans le cadre de la procédure ; mon avis est donc défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Monsieur le rapporteur général, vous affirmez que chaque département compte une unité mobile de soins palliatifs. Nous avons cette chance dans ma circonscription, où une équipe mobile de trois personnes soutient les professionnels, mais, par exemple, nous n'avons pas d'hospitalisation à domicile effective. Si on dispose de trois professionnels mais qu'ils ne peuvent pas mettre en œuvre les protocoles, c'est très compliqué.

En 2023, la Cour des comptes rapportait qu'un patient sur deux souhaitant recourir aux soins palliatifs n'y avait pas eu accès. C'est le point fondamental, et ce pour quoi je parle de choix par défaut pour l'aide à mourir. Car si le texte sur l'aide à mourir est adopté, il sera appliqué partout sur le territoire ! Disposez-vous de données de la Cour des comptes, par exemple pour 2025, qui indiqueraient qu'il y a bien des unités de soins palliatifs dans tous les départements et que la proportion de patients n'ayant pas accès à ce type de soins a diminué ? C'est ce que nous souhaitons tous.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Je le redis : le texte prévoit que le médecin propose à la personne et à ses proches de les orienter vers un psychologue, mais il ne s'assure que de l'accès du patient.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. J'entends l'argument de M. Monnet. Toutefois, les ressources médicales n'étant pas extensibles, la priorité est de s'assurer que les patients ont bien accès à un psychologue ou à un psychiatre. Quand on inscrit dans la loi des garanties absolues sans avoir les moyens de les honorer, la défiance s'installe. Nous ne pouvons pas rendre l'accès au psychologue et au psychiatre effectif pour les proches au même titre que pour le patient.

Madame Gruet, vous ne pouvez pas dire que les équipes mobiles de soins palliatifs viennent des départements voisins. Je vous présenterai la modélisation pour la région Centre-Val de Loire, que j'ai préparée avec l'agence régionale de santé : vous verrez que, même dans l'Indre, nous avons été capables de les mettre en œuvre.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Je soutiens cet amendement car il sous-entend qu'il est tout aussi important pour les proches que pour la personne concernée de bénéficier d'un soutien psychologique ou psychiatrique s'ils le souhaitent. Je suis psychologue de métier ; je sais bien que le secteur de la santé psychique est dans un état catastrophique. Mais, parce qu'il a été sous-doté de projet de loi de financement de la sécurité sociale en projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et parce que nous ne pouvons pas garantir l'accès effectif à un psychologue ou à un psychiatre à tous ceux qui en auraient ou en exprimeraient le besoin, il faudrait laisser cette possibilité de côté en rédigeant ce texte ? Non. Si nous pensons qu'il faut que les proches aient accès à un psychologue ou à un psychiatre, il faut voter cet amendement – même si cela ne suffira pas et qu'il y aura des batailles pendant le prochain budget.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. J'entends bien vos arguments, mais d'abord, combien y a-t-il de proches ? Comment définir un proche ? Vous connaissez ensuite le problème de l'accès aux soins... Ce n'est pas tout : si nous intégrons cette disposition, le fait que les proches aient effectivement bénéficié de cet accès à un psychologue ou à un psychiatre comptera dans la procédure collégiale – ce qui implique d'obtenir des rendez-vous et d'avoir des retours. Cela nous écarterait du sujet central : la procédure doit d'abord être consacrée au malade. Les proches y sont naturellement associés ; ils sont informés, mais ne sont pas de

ceux qui décident. Qu'ils puissent avoir accès à ces professionnels, pourquoi pas, mais rendre cet accès effectif me semble impossible à l'heure actuelle.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS621 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Madame la rapporteure, par parallélisme des formes, nous demandons de réintroduire à l'alinéa 11 la mention de l'effectivité de l'accès à un psychologue ou à un psychiatre – vous l'avez également supprimée à la faveur d'un amendement prétendument rédactionnel. Nous ne demandons pas de droit opposable à l'accès à un psychologue, mais simplement l'effectivité de cet accès !

Madame Simonnet, vous évoquiez les positions du groupe Rassemblement National. Acceptez que nous les défendions nous-mêmes, parce que vous vous trompez sur tout ! Pour vous, nous souhaiterions l'obligation de passage en soins palliatifs : c'est faux ; les soins palliatifs sont un droit, pas un devoir. Nous nous opposerions aux plans pluriannuels d'investissement dans le PLFSS : c'est tout aussi faux puisque chaque année depuis quatre ans, nous déposons des amendements en leur sens.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Monsieur Bentz, par parallélisme des formes, je suis défavorable à votre amendement !

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS81 de M. Patrick Hetzel

M. Patrick Hetzel (DR). L'amendement tend à compléter l'alinéa 11 par la phrase : « Il s'assure que la décision du patient ne souffre d'aucune pression extérieure. » Dans la mesure où il y a chaque année un certain nombre de condamnations pour abus de faiblesse, nous sommes plusieurs à être particulièrement attachés à ce point. Il faut nous prémunir de ce risque : intégrer cette disposition claire dès l'article 5 permettrait d'entamer ces vérifications dès le début de la procédure.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Votre objectif est d'enrichir le rôle du psychiatre ou du psychologue vers lequel le demandeur est orienté par le contrôle d'éventuelles pressions extérieures. Ce n'est pas l'article 5, mais l'article 6, qui prévoit le contrôle des conditions d'accès à l'aide à mourir prévues à l'article 2. Ensuite, le texte est déjà très clair : la volonté libre et éclairée ne saurait souffrir d'une quelconque pression. Un tel ajout pourrait décourager les demandeurs d'accepter une orientation pourtant utile vers un psychiatre ou un psychologue. Enfin, le contrôle des pressions est prévu aux articles 9 et 10 – nous avons déjà amélioré leur rédaction en deuxième lecture et les rapporteurs proposeront encore d'autres modifications.

Avis défavorable.

M. Patrick Hetzel (DR). La vérification des pressions extérieures doit figurer dès le chapitre qui concerne la procédure – lequel commence par l'article 5. Cette question, comme celle de l'effectivité de l'accès aux soins palliatifs évoquée par M. Monnet, doit apparaître très en amont pour sécuriser le dispositif et nous prémunir du risque d'abus de faiblesse. C'est notre rôle de législateur que de travailler à une rédaction extrêmement protectrice.

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Concernant la rédaction, celle que vous proposez induit que la vérification est faite par le médecin, et non par le psychiatre ou le psychologue vers lequel le demandeur est orienté.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS622 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Je suis sûr que cet amendement fera consensus : il va à la fois dans votre sens et dans le nôtre. Nous proposons qu'à tout moment, la personne puisse renoncer à sa demande mais aussi la reporter sans y renoncer totalement. Ces possibilités me semblent rassurantes pour la personne.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je constate que vous devenez adepte de l'aide à mourir ! Vous proposez d'adoucir l'écriture du texte pour y intégrer la possibilité d'un report de la demande, ce qui s'inscrit dans la démarche. Non, quand on renonce à sa demande, on y renonce, et on met fin au traitement de cette demande.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS623 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Monsieur le rapporteur général, nous n'allons pas du tout dans le sens du texte ! Nous y sommes opposés, mais notre rôle de législateur est d'amender le texte, et, à défaut de supprimer le dispositif, de le restreindre. C'est ce à quoi tend l'amendement AS623 : il ne va pas dans le sens du texte, mais dans celui de la personne, qui doit vraiment comprendre qu'elle peut renoncer à sa demande à tout moment et « par tout moyen ».

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Votre amendement n'apporte rien puisque la personne peut déjà renoncer à sa demande à tout moment, comme elle le souhaite, et en choisissant son mode d'expression. Inutile d'écrire une loi bavarde.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS35 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement vise à garantir que la personne de confiance et les membres de la famille qui le souhaitent seront informés de la procédure. Il ne s'agit pas de remettre en question l'autonomie du patient ni de subordonner sa décision à l'accord de ses proches : sa volonté demeure pleinement souveraine.

Toutefois, il serait difficile de comprendre que ceux qui l'accompagnent au quotidien et partagent ses souffrances, ses interrogations et son parcours de soins soient tenus à l'écart de cette décision grave et irréversible. La littérature scientifique montre d'ailleurs que les conséquences d'un suicide assisté ou d'une euthanasie peuvent être importantes pour les proches : plusieurs études ont mis en évidence des taux significatifs de dépression, d'anxiété ou de syndromes de stress post-traumatique. C'est donc un amendement de bon sens.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Vous souhaitez que le médecin informe non seulement la personne, mais aussi les proches. Mais imaginez un instant que ces proches exercent une pression sur la personne ! C'est précisément ce que nous voulons éviter – et ce que vous demandez depuis le début. Le patient est seul destinataire de l'information du médecin, qu'il peut, ensuite, communiquer à ses proches.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Nous en reparlerons lorsque nous examinerons l'article portant sur le délit d'incitation.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS262, AS263 et AS265 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Ces amendements s'inscrivent dans le débat sémantique. La rapporteure du texte pour les articles précédents nous a indiqué que l'article 5 pouvait être le moment de distinguer euthanasie et suicide assisté – c'est essentiel du point de vue éthique.

L'alinéa 13 prévoit que le médecin « explique à la personne les conditions d'accès à l'aide à mourir et ses modalités de mise en œuvre ». Dans la mesure où c'est à ce moment-là que le médecin détermine s'il s'agira d'une euthanasie ou d'un suicide assisté, puisqu'il évalue l'incapacité physique de la personne, leur différence doit être spécifiée.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Nous avons déjà eu ce débat et mes collègues rapporteurs et moi avons déjà exprimé notre désaccord, sur le fond comme sur la forme.

Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS264 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'objet de cet amendement a été peu abordé. Dans le cas où le patient ne remplit pas les cinq critères d'accès, le médecin doit-il tout de même l'informer des critères et des modalités de mise en œuvre de l'aide à mourir ? Cette question touche au positionnement du médecin et au délit d'incitation. L'amendement vise à restreindre cette information aux seuls patients répondant aux critères d'accès.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. À ce stade, on ignore si le patient remplit les critères puisque c'est la procédure d'examen de la demande d'aide à mourir, définie à l'article 6, qui permet de le savoir. Voter votre amendement serait contreproductif.

Avis défavorable.

L'amendement est retiré.

Amendements AS185 et AS184 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Ces deux amendements visent à prendre les précautions nécessaires – maximales – pour que le malade ne fasse l'objet d'aucune pression extérieure.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous demandez que le médecin s'entretienne avec la personne seule, afin de s'assurer de sa volonté libre et éclairée. Les professionnels de santé sont habitués à recevoir des patients seuls ou accompagnés, et s'entretiennent au besoin en tête-à-tête avec eux. Dans tous les cas, la procédure collégiale apprécie le caractère libre et éclairé de la volonté du patient.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS266 et AS261 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Ces amendements visent à éviter toute pression induite. Il s'agit d'informer la personne des répressions possibles en cas de délits d'entrave et d'incitation, en particulier si elle se trouve en situation de vulnérabilité.

Je constate sinon que l'amendement AS264 ne pourra pas être redéposé à l'article 6 puisqu'une fois la demande faite, c'est de la recevabilité ou non de sa demande que le patient est informé. Le texte dispose donc que celui-ci est informé des conditions d'accès et des modalités de mise en œuvre de l'aide à mourir, même s'il ne satisfait pas aux cinq critères. Cela peut poser un problème, eu égard au délit d'incitation.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. S'agissant de l'amendement AS266, je ne vous suis pas du tout. Alerter la personne sur le fait que ses conditions économiques ou son environnement pourraient peser sur sa décision conduit à l'infantiliser, à exercer une pression et à altérer sa capacité de décision. Ce n'est pas ma volonté ; il faut faire confiance à la personne, et qu'elle puisse prendre sa décision en toute liberté. Il en va de même de l'amendement AS261.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Ces amendements ainsi que l'amendement AS264, sont très étonnants. L'exposé de Mme Gruet est lui-même très paradoxal, puisqu'il nous alerte sur le fait que des personnes ne correspondant pas aux cinq critères pourraient demander si elles y correspondent ! Le principe, c'est qu'une personne qui souhaite accéder à l'aide à mourir en fait la demande à un médecin, qui lui explique les conditions d'accès et établit son éligibilité. Demander qu'une personne n'aille voir le médecin que dans le cas où elle remplit les conditions qu'il est censé lui expliquer ne marche pas ; dans ce cas, il n'y aurait plus de médecins. Nous avons bien compris que votre but était de démanteler tout ce que nous avons construit ; mais là, c'est quand même la tentative la plus exagérée. On dirait presque de l'écriture automatique ! Certaines discussions sont intéressantes, mais pas celle-là.

Mme Justine Gruet (DR). Le médecin pourrait peut-être expliquer à la personne les conditions d'accès à l'aide à mourir sans entrer dans les détails de sa mise en œuvre. Je retravaillerai cet amendement pour la séance.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS183 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). L'amendement vise à s'assurer que la demande d'aide à mourir ne vienne jamais compenser une carence du système de soins et intervienne bien en dernier recours.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Le débat a déjà eu lieu tout à l'heure : le texte dispose déjà à l'alinéa 10 que le médecin s'assure de l'effectivité de l'accès à l'accompagnement et aux soins palliatifs.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS36 et AS37 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement AS36 vise à protéger de toute pression extérieure les personnes placées sous sauvegarde de justice, curatelle, tutelle ou habilitation familiale en saisissant le juge des contentieux de la protection.

L'amendement AS37 tend à informer par écrit la personne de confiance de la formulation d'une demande d'aide à mourir dans un délai de dix jours. Cela ne remet aucunement en cause la liberté de décision du patient ni ne confère aucun pouvoir d'autorisation, d'opposition ou de contrôle à la personne de confiance.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Il est central que le patient soit libre et éclairé et qu'en aucun cas il ne subisse d'injonction. Informer par écrit la personne de confiance pourrait induire une pression en retour, à un moment ou à un autre de la procédure. Nous devons protéger la personne ; la décision n'appartient qu'à elle, et on lui laisse ensuite la liberté d'informer ses proches, sans qu'elle soit obligée de le faire.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS162 de Mme Élise Leboucher

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Nous sommes plusieurs ici à être sensibles à la question des directives anticipées. Je n'ai pas voté les précédents amendements relatifs à ce sujet parce que le délai entre la rédaction des directives et la procédure d'aide à mourir me semblait trop long.

Mon amendement vise, lui, à modifier les directives anticipées du patient au moment où il formule sa demande d'aide à mourir – c'est-à-dire au début de la procédure – afin que, dans le cas où il remplirait les critères d'accès mais tomberait ensuite dans un état d'inconscience, ces directives soient prises en compte et la procédure enclenchée. Il s'agit d'un compromis satisfaisant puisque les directives anticipées sont rédigées au moment où l'aide à mourir est demandée. On ne peut donc pas nous rétorquer que la personne pourrait changer d'avis, comme dans le cas de directives anticipées qui remonteraient à trois ou à cinq ans.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Chère collègue et corapporteuse, je sais combien ce sujet est central pour vous. Cependant, il faut qu'à tout moment de la procédure la personne soit libre et éclairée. Or le discernement est altéré lorsque les soins palliatifs sont engagés et que la sédation profonde et continue jusqu'au décès débute. L'amendement AS162 remettrait en cause l'équilibre du texte ; je n'y suis pas favorable.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Je soutiens cet amendement : il me semble essentiel eu égard aux principes qui sous-tendent cette proposition de loi. Nous défendons le droit à l'aide à mourir – cette ultime liberté – dans des conditions bien précises – quand il n'y a plus d'espoir de guérison, que les soins palliatifs n'ont pas fonctionné, que les douleurs sont réfractaires à tout traitement. À ce moment-là, la personne peut formuler une demande d'aide à mourir auprès du médecin et être éligible. Toutefois, son affection peut évoluer rapidement, et la personne peut par exemple ne pas vouloir que son agonie dure longtemps si elle perd conscience – alors que la sédation profonde et continue jusqu'au décès peut durer plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Il s'agit donc de respecter cette ultime demande et cette ultime liberté, dont attestent les directives anticipées élaborées au moment de la demande.

M. Patrick Hetzel (DR). La spécificité de ce texte tient à la place du consentement libre et éclairé, qui doit être garanti jusqu'à la fin de la procédure. Toute prise en compte de directives anticipées, même modifiées, détruirait ce principe.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS707 de Mme Audrey Abadie-Amiel.

Amendements AS137 de M. Patrick Hetzel, AS186 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé et AS512 M. Yannick Monnet (discussion commune)

M. Patrick Hetzel (DR). Mon amendement prévoit que l'entrée en vigueur de l'obligation de consultation du registre des mesures de protection soit effective dès 2026, et non pas en 2028. Sans cela, la protection des plus vulnérables ne serait pas assurée pendant au moins deux ans après l'entrée en vigueur du texte.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS186 est défendu.

M. Yannick Monnet (GDR). Il ne peut y avoir de doute à cause d'un tel décalage : il faut que le registre des mesures de protection soit consultable dès l'entrée en vigueur de la loi.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Nous avons déjà eu ce long débat tout à l'heure. Mon avis est défavorable, même si je vous accorde qu'il faut disposer de ce registre le plus rapidement possible. Le Gouvernement sera présent en séance ; nous pourrions l'interroger à ce sujet.

M. Thibault Bazin (DR). Monsieur le rapporteur, si vous êtes d'accord pour faire coïncider l'entrée en vigueur de la loi et la mise en œuvre du registre, peut-être pourrions-nous déposer un amendement commun en vue de l'examen en séance ? À chaque lecture du texte, la question de la mise à disposition de ce registre a posé un problème. Il faut avancer sur ce point, car si le Gouvernement annonce que le registre ne sera pas consultable avant 2028, nous aurons besoin d'une solution. Cela concerne tout de même des personnes faisant l'objet d'une mesure de protection.

M. Jean-François Rousset (EPR). De toute évidence, la solution est pour vous que les médecins continuent à réaliser ces actes en toute illégalité et que les malades continuent à souffrir !

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Monsieur le rapporteur général, je suis prêt à ce que nous conjuguions nos efforts pour accélérer les choses – j'imagine que nous y arriverons. Cependant, nous ne pouvons accepter que la loi n'entre pas en vigueur parce que, pour des raisons administratives et techniques, on ne peut avancer la mise à disposition du registre.

Monsieur Monnet, j'ai rappelé que trois démarches permettaient aux médecins de contrôler la déclaration du malade et d'éviter le doute que vous évoquez – je vous les redonnerai pour la séance.

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

Amendement AS187 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

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

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

Amendement AS216 de 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 qui exerce sa responsabilité.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous souhaitez ajouter la signature, par la personne, d'un document attestant qu'elle a reçu toutes les informations et les propositions prévues par l'article 5. Un tel formalisme ne me semble pas utile s'agissant de ces informations. Je rappelle que la demande de la personne est déjà écrite par défaut. Par ailleurs, tous les actes relatifs à la procédure seront consignés par les professionnels de santé concernés dans le système d'information créé à l'article 11.

Avis défavorable.

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

*Puis, suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission **rejette** l'amendement AS267 de Mme Justine Gruet.*

Amendement AS268 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement tend à confier l'information relative à l'aide à mourir aux seuls professionnels de santé participant à la prise en charge du patient, de sorte qu'aucun tiers extérieur ne puisse participer à l'entretien ou à l'accompagnement dans un but incitatif. Afin de prévenir tout risque d'influence, il importe en effet que cette information soit du ressort exclusif de professionnels de santé soumis à des obligations déontologiques de neutralité et d'indépendance.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Cette mesure restreindrait le nombre de médecins autorisés à recevoir la demande d'aide à mourir, ce à quoi je suis opposée. De plus, il s'agit encore une fois d'un amendement tendant à introduire la présence de tiers : mon avis sur ce point est désormais bien connu – il est défavorable.

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

*Puis elle **adopte** l'article 5 **modifié**.*

*

* *

4. Réunion du mercredi 10 juin 2026 à 9 heures 30 (article 6 et article 7)

Lors de sa première réunion du 10 juin 2026, la commission poursuit l'examen, en nouvelle lecture, de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, en deuxième lecture, relative au droit à l'aide à mourir (n° 2773) (M. Philippe Vigier, rapporteur général ; Mme Brigitte Liso, Mme Audrey Abadie-Amiel, M. Stéphane Delautrette et Mme Élise Leboucher, rapporteurs) ⁽¹⁾.

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

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

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

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

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

(1) <https://assnat.fr/EfEc8x>

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

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

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

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

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

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

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

Avis défavorable.

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

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

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

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

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

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

La commission rejette les amendements.

Amendement AS368 de Mme Justine Gruet

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

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

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

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS708 de Mme Audrey Abadie-Amiel

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

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

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

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

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

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

La commission adopte l'amendement.

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

Amendement AS269 de Mme Justine Gruet

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

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

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

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

Avis défavorable.

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS352 de Mme Justine Gruet

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

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

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

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

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

Avis défavorable.

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

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

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

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

La commission rejette l'amendement.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS132 de M. Guillaume Florquin

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

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

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

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

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

L'amendement est satisfait. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

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

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

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

Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS159 de Mme Karen Erodi

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

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

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

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

La commission rejette l'amendement.

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

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

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

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

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Je le répète, pour les déficients intellectuels, les critères d'accès sont clairs : si la personne dispose d'une volonté libre et éclairée, elle pourra avoir accès au dispositif ; sinon, elle ne le pourra pas.

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

Avis défavorable.

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

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

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

Amendement AS189 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

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

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

Amendement AS709 de Mme Audrey Abadie-Amiel

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

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

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

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

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

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS190 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

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

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS10 de M. Thibault Bazin

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

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

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

Avis défavorable.

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

Amendement AS710 de Mme Audrey Abadie-Amiel

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

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

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

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

Amendement AS192 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

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

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

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS12 de M. Thibault Bazin

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

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

Avis défavorable.

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

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

M. le président Frédéric Valletoux. Je tiens à souligner que la collégialité est bien prévue par le texte et que la procédure est calquée sur celle de la sédation profonde et continue. Tous les efforts visant à démontrer que cette proposition de loi introduit des nuances, voire abaisse l'exigence de collégialité par rapport à la

procédure Claeys-Leonetti, sont démentis par cette loi même, qui prévoit le recours à un médecin expert qui ne doit pas connaître le patient et qui est extérieur au traitement de celui-ci.

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

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS89 de M. Patrick Hetzel

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

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

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Avis défavorable.

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

Mme Justine Gruet (DR). Sans vouloir faire trop d'allers-retours entre les articles, je souligne que l'article 4 était important pour définir les personnes qui pourraient accéder à la suite de la procédure. Par ailleurs, il ne suffit pas de répéter que le troisième critère prévu par cet article 4 est sécurisant, restrictif et limité à des

personnes en fin de vie pour qu'il le soit effectivement. Ayez l'honnêteté de dire que c'est une ouverture à des patients qui ne sont pas nécessairement en fin de vie.

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

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

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

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS546 de M. Yannick Monnet

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

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS711 de Mme Audrey Abadie-Amiel

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

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

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

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

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

La commission adopte l'amendement.

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

Amendement AS145 de Mme Christine Loir

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

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

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS39 de Mme Sandrine Dogor-Such

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

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

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

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

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

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS201 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

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

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

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

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS485 de Mme Marie-France Lorho

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

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

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

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS146 de Mme Christine Loir

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

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

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS486 de Mme Marie-France Lorho

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

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

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS712 de Mme Audrey Abadie-Amiel

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

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

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

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

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

Amendement AS538 de M. Yannick Neuder

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

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

Avis défavorable.

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

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

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

Amendement AS555 de Mme Karine Lebon

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

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

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

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

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

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

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

Avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS147 de Mme Christine Loir

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

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

Avis défavorable.

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

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

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

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

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

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

La commission rejette l'amendement.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Amendement AS713 de Mme Audrey Abadie-Amiel

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

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

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

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

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

Amendement AS489 de Mme Marie-France Lorho

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

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

Amendement AS149 de Mme Christine Loir

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

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

Avis défavorable.

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

Amendement AS195 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

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

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

La commission rejette l'amendement.

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

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

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

Amendement AS75 de M. Thibault Bazin

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

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

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

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

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

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

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

Mme Justine Gruet (DR). Mon amendement est très intéressant en ce qu'il découle des auditions et des précédentes lectures. En l'état, le texte impose au médecin de notifier sa décision dans un délai maximal de quinze jours à compter de

la demande du patient, y compris lorsque le décès n'est pas imminent. Or les législations étrangères retiennent la logique inverse avec non un plafond mais une période d'évaluation minimale, destinée à garantir que tous les moyens de soulager la douleur ont été envisagés.

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

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

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

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

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

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

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

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

La commission rejette successivement les amendements.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il y a lieu de prendre en compte la célérité de la procédure car l'état de santé de la personne peut exiger une réponse rapide, de même que l'attente peut être difficilement supportable pour une telle demande. Le médecin a besoin d'un minimum de temps pour engager la procédure et recueillir des avis. La conciliation de ces impératifs implique d'écarter des délais qui, dans un sens comme dans l'autre, ne me paraissent pas crédibles.

L'avis est donc défavorable sur les amendements.

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

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

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

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

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

Amendement AS714 de Mme Audrey Abadie-Amiel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Amendement AS358 de Mme Justine Gruet

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

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

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

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS275 de Mme Justine Gruet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS91 de M. Patrick Hetzel

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

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

La commission rejette l'amendement.

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

Amendement AS382 de Mme Justine Gruet

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

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

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

L'avis est défavorable.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Cela fait plusieurs fois que nous revenons sur la notion de terme. Nous avons voulu solder cette discussion car cette notion est extrêmement difficile à appréhender. La maladie peut malheureusement évoluer très rapidement chez certaines personnes et plus lentement chez d'autres : il est impossible de prédire le rythme de progression de la pathologie. La notion de terme rend le texte ineffectif et ne répond pas à la situation dans laquelle les patients se trouvent.

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

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

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

La commission rejette l'amendement.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS557 de Mme Karine Lebon

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

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

Avis défavorable.

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

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

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

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

Mme Annie Vidal (EPR). Il s'agit d'une mesure de repli par rapport à la proposition précédente, qui consistait à prévoir un délai de réflexion de droit commun de quinze jours. S'il n'est pas possible d'étendre le délai à quinze jours pour tout le monde, je propose que ce soit au moins le cas pour les personnes majeures sous protection juridique. À titre d'exemple, la curatelle, qui est la mesure de protection juridique la plus légère, concerne des personnes dont les facultés mentales et corporelles sont altérées et qui ont besoin d'être accompagnées dans les actes importants de la vie civile sans pour autant être privées de leurs droits. Leur vulnérabilité particulière justifie des garanties renforcées. Un délai de deux jours est trop court pour que le représentant légal prenne connaissance de la situation et assure un accompagnement de la personne placée sous sa protection dans le cadre d'une réflexion éclairée. Cela rend la protection illusoire.

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

Avis défavorable.

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

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

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

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

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

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

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

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

Avis défavorable.

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

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Je rappelle que nous avons voté ces amendements lors des lectures précédentes. J'avais déjà posé la question à l'époque : que se passera-t-il si nous n'autorisons pas un soignant à réaliser cet acte dans le moment d'intimité où la personne prend son médicament ? Si une personne qui a décidé de bénéficier de l'aide à mourir demande à une personne présente de réaliser ce geste, celle-ci le fera. Ne pas voter ces amendements, ce serait mettre en danger

les personnes qui accompliront ce geste en dehors de la légalité. À titre personnel, je suis très favorable à cette disposition. Non seulement elle apportera de la sérénité et rassurera les personnes qui auront recours à ce geste mais elle protégera les soignants. Je voudrais dire à nos collègues socialistes que le fait de voter l'un de ces amendements en commission – quitte à ce que nous en rediscutions dans l'hémicycle – constituerait un message signifiant.

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

*La commission **adopte** l'amendement AS524.*

*En conséquence, l'amendement AS163 **tombe**.*

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

Amendement AS715 de Mme Audrey Abadie-Amiel

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

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

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

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

Amendement AS496 de M. Jean-François Rousset

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

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

L'amendement est retiré.

Amendement AS199 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

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

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

Amendement AS152 de Mme Christine Loir

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

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

Avis défavorable.

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

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Il faut distinguer les pharmaciens d'officine des pharmaciens hospitaliers. Des difficultés pourront survenir lorsque la dose létale arrivera en officine. Il faut aussi prendre en compte le point de vue des syndicats de pharmaciens. Cette question ne fait pas l'unanimité au sein de la profession.

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

Amendement AS716 de Mme Audrey Abadie-Amiel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Amendement AS42 de Mme Sandrine Dogor-Such

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

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

Avis défavorable.

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

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

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

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

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

Amendement AS283 de Mme Justine Gruet

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

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

Avis défavorable.

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

Amendement AS202 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

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

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

Amendement AS93 de M. Patrick Hetzel

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

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

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

Amendement AS718 de M. Stéphane Delautrette

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

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

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

Mme Justine Gruet (DR). Mon amendement vise à préciser les lieux dans lesquels peut intervenir l'administration de la substance létale, à savoir au « domicile [de la personne], dans un établissement de santé ou dans un établissement ou un service social ou médico-social mentionné à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles dans lequel elle est prise en charge, à l'exclusion de tout établissement recevant du public ».

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

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

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

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

Avis défavorable sur les deux amendements.

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

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

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

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

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

Amendement AS94 de M. Patrick Hetzel

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

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

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

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

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

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

Amendement AS284 de Mme Justine Gruet

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

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

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

Amendement AS285 de Mme Justine Gruet

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

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

Avis défavorable.

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

La commission rejette l'amendement.

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

Amendement AS719 de M. Stéphane Delautrette

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

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

Amendement AS289 de Mme Justine Gruet

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

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

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

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

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

Amendement AS153 de Mme Christine Loir

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

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

J'émetts un avis défavorable.

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS288 de Mme Justine Gruet

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

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

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

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

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

Avis défavorable.

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

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

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

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS287 de Mme Justine Gruet

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

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

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

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

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

*Puis elle **adopte** l'article 7 **modifié**.*

*

* *

5. Réunion du mercredi 10 juin 2026 à 15 heures (article 8 à article 20 et titre)

Lors de sa seconde réunion du 10 juin 2026, la commission poursuit l'examen, en nouvelle lecture, de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, en deuxième lecture, relative au droit à l'aide à mourir (n° 2773) (M. Philippe Vigier, rapporteur général ; Mme Brigitte Liso, Mme Audrey Abadie-Amiel, M. Stéphane Delautrette et Mme Élise Leboucher, rapporteurs) ⁽¹⁾.

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

Amendement de suppression AS626 de M. Christophe Bentz

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

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

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

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

(1) <https://assnat.fr/YvsPU4>

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

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

Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS370 de Mme Justine Gruet

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

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS154 de Mme Christine Loir

Mme Christine Loir (RN). L'article 8 prévoit que le médecin ou l'infirmier est chargé d'accompagner la personne dans les étapes liées à la préparation et à la délivrance de la substance létale. Or le mot « accompagner » n'est pas neutre : il renvoie au soin, à la présence, à la relation humaine et continue. En l'occurrence, la

loi définit un cadre strictement procédural. Employer le mot « accompagner » revient à entretenir une confusion entre l'accompagnement des soins et un acte qui conduit à la mort. Aussi proposons-nous de remplacer ce terme par le mot « assister », qui décrit précisément la réalité de l'intention du professionnel de santé et garantit au patient une information claire sur la nature de la procédure. S'agissant d'un sujet aussi grave, la précision des mots n'est pas un détail : elle participe d'une exigence de clarté et de sincérité.

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

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS720 de M. Stéphane Delautrette

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

Mme Justine Gruet (DR). Je suis défavorable à cet amendement. Vous dites que c'est une mesure de simplification, mais c'est aussi une façon un peu déguisée d'accélérer la procédure. Alors que nous nous efforçons de sécuriser davantage le dispositif, vous agissez en sens inverse en offrant la possibilité de se passer du rôle d'intermédiaire de la pharmacie d'officine.

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

La commission adopte l'amendement.

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

Amendement AS44 de Mme Sandrine Dogor-Such

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

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

Avis défavorable.

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

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 8 modifié.

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

Amendement de suppression ASI55 de Mme Christine Loir

Mme Christine Loir (RN). Nous proposons de supprimer l'article 9, qui organise l'administration de la substance létale par un médecin ou un infirmier. Il ne s'agit pas d'un simple dispositif technique. Le jour de l'administration, le professionnel de santé doit vérifier une dernière fois la volonté du patient, préparer la procédure et en assurer le déroulement. On n'est donc plus dans un soin, ni dans l'accompagnement palliatif : il est demandé à un soignant de participer directement à un acte qui provoque la mort. Lorsque la substance létale est administrée par un tiers, il s'agit d'une euthanasie. On ne peut pas demander à ceux dont la mission est de soigner, de soulager et d'accompagner d'être placés au cœur même de l'acte légal.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Vous souhaitez supprimer l'article 9, qui constitue le cœur du dispositif de l'aide à mourir puisqu'il concerne l'administration de la substance létale. Sans surprise, je suis défavorable à votre

amendement. Je rappelle que cet article a été sensiblement amélioré en première lecture par l'adoption de vingt amendements en commission et en séance, qui concernaient notamment la vigilance vis-à-vis des pressions extérieures et le rôle du professionnel avant et après l'administration ; en outre, ils ont procédé à des améliorations rédactionnelles. En deuxième lecture, nous avons encore amélioré la rédaction de l'article en adoptant six amendements. Il me semble que nous avons sécurisé la procédure que doit suivre le professionnel lorsqu'il constate des pressions : c'est une modification qui n'a rien de mineur et qui a été poursuivie à l'article 10.

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

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS99 de M. Patrick Hetzel

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

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS371 de Mme Justine Gruet

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

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS560 de M. Yannick Monnet

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

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

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

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

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

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

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

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je vous rappelle les termes de l'alinéa 6 de l'article 2, que nous avons adopté lundi : « Le droit à l'aide à mourir est le droit pour une personne qui en a exprimé la demande d'être autorisée à recourir à une substance létale et accompagnée, dans les conditions prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7, afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est physiquement pas en mesure de le faire, qu'elle se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier. » Du fait de l'adoption, ce matin, de l'amendement de Mme Simonnet, les articles 2 et 6 ne sont plus coordonnés. Il me semble préférable que l'auto-administration s'exerce dans les conditions que nous avons définies afin de préserver l'équilibre trouvé lors du vote de l'article 2. Nous aurons l'occasion d'en débattre en séance.

Avis défavorable.

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

La commission rejette les amendements.

Amendement AS156 de Mme Christine Loir

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

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

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS102 de M. Patrick Hetzel

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

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

Avis défavorable.

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

La commission rejette l'amendement.

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

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

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

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

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

Avis défavorable.

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

Mme Justine Gruet (DR). Monsieur le rapporteur, j'aurais aimé que vous nous disiez que l'amendement de M. Hetzel était satisfait. Comme nous l'avons dit lors des lectures précédentes, s'il y a le moindre doute quant à l'existence d'une pression extérieure, il faut dénoncer ces actes, constitutifs d'abus de faiblesse, au procureur de la République, conformément à l'article 40 du code de procédure pénale. Vous dites que l'information du procureur n'est pas la priorité, mais une procédure doit être engagée afin de sanctionner ces agissements.

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

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Madame Dogor-Such, je vous invite à lire attentivement le dispositif de l'amendement. L'alinéa 4 de l'article 9 dispose que « [Le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne] veille à ce qu'elle ne subisse de la part des personnes qui l'entourent aucune pression pour procéder ou pour renoncer à l'administration de la substance létale. » L'amendement ajoute les précisions suivantes : « S'il constate des pressions pour procéder à cette administration, il suspend la procédure. Le cas échéant, il en informe immédiatement le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 qui décide dans les meilleurs délais de la poursuite de la procédure ou de son arrêt dans les conditions prévues au 2° du I de l'article L. 1111-12-8. Lorsque la procédure peut se poursuivre et qu'il est nécessaire de définir une nouvelle date, le professionnel de santé convient de cette date avec la

personne dans les conditions prévues à l'article L. 1111-12-5. » On ne peut pas être plus précis. Cela répond, me semble-t-il, à des préoccupations qui ont été exprimées quant à la conduite que doit tenir le professionnel confronté à cette situation.

*La commission **adopte** l'amendement AS721.*

*En conséquence, l'amendement AS100 **tombe**.*

Amendement AS101 de M. Patrick Hetzel

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

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

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

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

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

Mme Sylvie Bonnet (DR). La fin de l'alinéa 6 crée un droit à l'euthanasie, dans la mesure où il est prévu qu'un patient capable de s'administrer lui-même le produit létal puisse demander à un membre du personnel de santé de le faire. L'amendement AS103 vise donc à supprimer les mots : « ou l'administre ».

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

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

Avis défavorable.

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

Amendement AS291 de Mme Justine Gruet

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

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

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement ASI39 de Mme Christine Loir

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

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous avons bien compris que vous souhaitiez que les malades demandent le moins possible l'aide à mourir, voire y renoncent. Si la personne demande un report, cela peut être parce qu'elle considère que le moment n'est pas venu et qu'elle a encore des jours à vivre dans de bonnes conditions. Il me semble que vous pourriez être favorable à ce qu'elle puisse alors différer sa décision, ce que l'adoption de votre amendement ne permettrait pas. Si la personne renonce à l'injection, il sera simplement mis fin à la procédure.

Avis défavorable.

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS104 de M. Patrick Hetzel

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

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS561 de M. Yannick Monnet

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

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

Avis défavorable.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Je suis pour ma part favorable à cet amendement. Sa rédaction, plus explicite, respecte la logique d'autonomie : elle permet de mieux prendre en compte la volonté qu'exprime la personne et d'organiser rapidement une intervention en cas de difficulté. Écoutons la voix des associations !

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

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

Amendement AS722 de M. Stéphane Delautrette

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

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

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

Amendement AS165 de M. Hadrien Clouet

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

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

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

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Avis défavorable.

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

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

Ensuite, la question de savoir quelle case cocher sur le certificat de décès ne relève pas de la compétence du législateur. Lorsque j'avais interrogé Mme Vautrin en première lecture, elle s'était engagée à faire évoluer le modèle des certificats de décès. Lors des débats en deuxième lecture, Mme Rist nous a informés que les travaux avaient avancé et qu'une nouvelle case réservée à l'aide à mourir serait ajoutée. Elle devrait nous en dire davantage en séance.

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

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

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

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

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

La commission adopte l'amendement.

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

Amendement AS292 de Mme Justine Gruet

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

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

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle **adopte** l'article 9 **modifié**.

Article 10 : Arrêt des procédures

Amendement de suppression AS628 de M. Christophe Bentz

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

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

Amendement AS372 de Mme Justine Gruet

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

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

La commission rejette l'amendement.

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

Amendement AS562 de Mme Karine Lebon

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

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

Amendement AS24 de M. Thibault Bazin

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

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Avis défavorable.

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

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

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

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS46 de Mme Sandrine Dogor-Such

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

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

Amendement AS203 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

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

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

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Avis défavorable.

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

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

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

Pour revenir à mon tour sur la notion de mort naturelle, voudriez-vous créer aussi une case spéciale lorsqu'une mort intervient après une sédation profonde et continue ? Pour remplir les certificats de décès des patients qui demandent l'aide à mourir, il faut simplement savoir quelle maladie incurable les a conduits vers la mort.

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

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

Amendement AS630 de M. Christophe Bentz

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

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

Amendement AS168 de M. Hadrien Clouet

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

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

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS631 et AS632 de M. Christophe Bentz

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

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

Amendement AS105 de M. Patrick Hetzel

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

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

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 10 modifié.

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

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

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

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

Amendement AS373 de Mme Justine Gruet

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

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

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

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

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

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

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

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

Avis défavorable sur le sous-amendement.

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

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

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

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

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

Amendement AS299 de Mme Justine Gruet

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

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

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

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

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 11 modifié.

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

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

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

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

Amendement AS374 de Mme Justine Gruet

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

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

Amendement AS204 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

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

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

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

Amendement AS80 de M. Thibault Bazin

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Ces amendements ne remettent pas en cause l'expertise des médecins. Ils apportent une garantie procédurale supplémentaire pour sécuriser juridiquement les décisions et renforcer la confiance dans le dispositif. Ils permettent également de préserver les droits de la personne

concernée et de ses proches, tout en complétant utilement le travail d'évaluation déjà réalisé par les médecins. Rappelons qu'il ne s'agit bien que d'une possibilité de recours.

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

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

La commission rejette successivement les amendements.

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

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

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

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

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

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

Je suis donc défavorable à ces amendements.

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

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

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

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

L'amendement AS563 est retiré.

La commission rejette successivement les amendements AS108 et AS126.

Amendement AS726 de M. Stéphane Delautrette

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

Mme Justine Gruet (DR). Il est surprenant que ce domaine juridique soit le seul à échapper au droit de recours. Pourquoi, en ce cas, prévoir à l'article 15 la présence d'un membre de la Cour de cassation ? En outre, dans le cadre de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, le contentieux n'est pas réservé au juge administratif. Cela semble paradoxal.

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

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

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

(Présidence de Mme Annie Vidal, vice-présidente)

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

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

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

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

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

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

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

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

Avis défavorable.

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

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

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

Amendement AS733 de M. Stéphane Delautrette

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L’amendement AS77 est retiré.

La commission rejette l’amendement AS110.

Amendements AS308 et AS309 de Mme Justine Gruet

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

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

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

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle adopte l’article 12 modifié.

Article 13 : Mesures réglementaires d’application

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

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

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

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

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

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

Avis défavorable.

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

Amendement AS111 de M. Patrick Hetzel

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

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

Amendement AS375 de Mme Justine Gruet

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

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

Amendement AS728 de M. Stéphane Delautrette

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Lors de la deuxième lecture, nous avons précisé en séance publique que le décret d’application de la loi serait pris après avis du Conseil national de l’Ordre des médecins. Je propose de supprimer cet

ajout, car le décret, qui porte sur des aspects procéduraux, ne relève pas des attributions de l'Ordre, qui concernent la déontologie médicale et le cadre d'exercice de la médecine.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Chapitre IV Clause de conscience

Article 14 : Création d'une clause de conscience spécifique

Amendement de suppression AS684 de Mme Annie Vidal

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

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS320 de Mme Justine Gruet

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

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

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

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

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

Cette clause est réservée aux médecins – celui qui diagnostique, celui qui prodigue le soin, celui qui prescrit – et ne s’applique donc pas aux exécutants de la prescription, comme les pharmaciens. Sinon, comment ferait-on pour les chimiothérapies, par exemple ? Le pharmacien de la PUI pourrait faire jouer sa clause de conscience et refuser de préparer la substance, pourtant prescrite par le médecin et attendue du patient. C’est ça, la vraie vie, et nous la prenons en pleine face !

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

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

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

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

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

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

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

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Tous les actes que j’ai cités sont des actes médicaux, pour lesquels on peut faire jouer la clause de conscience. Vous ne supprimez pas cette clause : elle existe, elle est respectée, elle est protégée. Nous protégeons les soignants. Contrairement à vous, qui voulez sans cesse faire intervenir une tierce personne pour voir si elle a le même jugement que le médecin sur le

caractère libre et éclairé de la volonté du patient, nous faisons confiance aux praticiens et nous les laissons libres de pratiquer l'acte ou non – c'est une marque de respect absolu. Et sur ce point, nous serons intangibles.

La commission rejette l'amendement.

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

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

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

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

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

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

La commission rejette successivement les amendements.

(Présidence de M. Frédéric Valletoux, président)

Amendement AS360 de Mme Justine Gruet

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

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

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Le texte prévoit que la clause de conscience bénéficiera aux professionnels intervenant directement dans la procédure, c'est-à-dire au médecin auprès duquel la demande est introduite, aux professionnels

de santé participant au collège pluriprofessionnel – médecins spécialistes, aides-soignants, auxiliaires médicaux – et au médecin ou à l’infirmier sollicité pour accompagner la personne lors de l’administration de la substance.

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

Avis défavorable.

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

La commission rejette l’amendement.

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

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

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

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

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

Avis défavorable.

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

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

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

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

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

Amendement AS47 de Mme Sandrine Dogor-Such

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

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

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

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS86 de M. Thibault Bazin

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

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

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

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Une extension trop large de la clause de conscience risquerait d'aboutir à la création de zones dans lesquelles le droit français ne s'appliquerait pas, et pourrait aussi donner lieu à des pratiques déviantes : pour éviter qu'un pharmacien ne puisse faire valoir sa clause de conscience, certains professionnels pourraient être amenés à prescrire toute autre substance qui, en grande quantité, deviendrait létale.

La commission rejette l'amendement.

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

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

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

Amendements AS362 et AS363 de Mme Justine Gruet

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

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

Avis défavorable.

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

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

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS48 de Mme Sandrine Dogor-Such

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

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

Avis défavorable.

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

Amendement AS28 de M. Thibault Bazin

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

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

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

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

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

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

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

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

J'émet donc un avis défavorable.

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

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

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

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

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

La commission rejette les amendements.

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

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

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

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

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

Je ne pense pas que le refus de pratiquer l'aide à mourir va se généraliser parmi les établissements – et si cela arrive, cela sera le signe d'un manque d'acceptabilité du texte.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Si l'on vous suit, une personne en fin de vie résidant dans un établissement qui refuse l'aide à mourir ne pourrait donc y recourir qu'à condition d'être déplacée dans un autre. Or dans les faits, on sait qu'elle ne pourrait pas l'être. Cela me pose un vrai problème.

Si l'ensemble des professionnels d'un établissement font valoir leur clause de conscience, il ne leur sera jamais fait obligation de mettre en œuvre l'aide à mourir. Le directeur d'établissement devra cependant laisser entrer les professionnels extérieurs volontaires pour le faire, afin qu'ils puissent intervenir là où réside la personne. Nous sommes garants de l'effectivité du droit pour toutes et tous.

Mme Annie Vidal (EPR). Je vous invite à relire mon amendement : il donne aussi la possibilité au responsable de l'établissement d'orienter le patient vers un dispositif pouvant être une équipe mobile de soins palliatifs, une équipe de gériatrie ou un service d'hospitalisation à domicile. De cette façon, la personne n'est pas déplacée et ce n'est pas l'équipe de l'établissement qui intervient. C'est un bon compromis, qui permet l'effectivité du droit et le respect du projet d'établissement.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Madame Gruet, je vous invite à ne pas diffuser d'informations dont vous savez qu'elles sont erronées puisque nous l'avons dit à plusieurs reprises au sein de notre commission.

Imaginez ensuite qu'un établissement ait pour projet d'accompagner les personnes dans l'aide à mourir de façon quasi systématique. Heureusement, la proposition de loi empêche la survenue d'une telle situation puisqu'elle interdit l'incitation. Mais vous mesurez l'absurdité du raisonnement consistant à donner la priorité au projet d'établissement sur les droits des individus.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Tel que vous l'exposez, madame Vidal, votre amendement est satisfait par le texte.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Dans la droite ligne de ce que vient de dire notre collègue Amiot, je voudrais souligner qu'un médecin ne doit pas se sentir obligé de pratiquer l'aide à mourir parce que l'équipe médicale qu'il rejoint le fait. Je veux qu'il soit protégé par la clause de conscience dans tous les cas, et je répète que cette clause est individuelle.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS314 et AS316 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Ils sont défendus car, même si vous ne les avez pas écoutés, vous avez déjà entendu mes arguments.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. J'ai bien écouté, j'ai bien entendu, mais je n'ai pas été convaincu : je reste défavorable à vos amendements.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS315 de Mme Justine Gruet et AS701 de Mme Annie Vidal

Mme Justine Gruet (DR). Nous proposons de remplacer une obligation par une faculté en remplaçant les termes « est tenu d' » par le mot « peut ». En leur imposant la mise en œuvre de l'aide à mourir, la proposition de loi prive en effet les établissements de la faculté d'apprécier sa compatibilité avec leur projet. Le présent amendement contribuera ainsi à une application du texte plus souple, plus sécurisée et plus respectueuse des réalités institutionnelles, tout en préservant le pluralisme du système de santé et du secteur médico-social.

Mme Annie Vidal (EPR). Cette formule est un compromis qui soulagerait nos différentes inquiétudes. Compte tenu du faible nombre de personnes qui, selon vous, seront éligibles à l'aide à mourir, le remplacement d'une obligation par une faculté ne serait pas très gênant. En l'acceptant, vous montreriez que vous écoutez celles et ceux qui ne partagent pas tout à fait votre approche.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. C'est bien tenté mais disons la vérité : vous souhaitez permettre à des directeurs de s'opposer à l'intervention dans leur établissement de professionnels de santé.

Avis défavorable.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. J'ajouterai que le rôle d'un directeur d'établissement n'est pas d'écrire un projet médical. Quant à la suppression de l'obligation qui pèse sur lui, elle entraînerait un changement total de paradigme. Je le redis : les professionnels auront la liberté de faire ou de ne pas faire.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS535 de M. Yannick Neuder

M. Thibault Bazin (DR). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS208 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Justine Gruet (DR). Les établissements ont l'obligation de permettre l'intervention en leur sein de professionnels de santé ; le présent amendement vise à leur donner la faculté, le cas échéant, d'orienter le patient vers ces mêmes professionnels.

Cette évolution rédactionnelle répond à une exigence d'équilibre entre l'effectivité des droits reconnus aux patients, d'une part, et la préservation de la liberté de conscience et du caractère propre de certains établissements, d'autre part.

Vous avez nié l'existence de clauses de conscience collectives, monsieur le président. Or l'article L. 2212-8, alinéa 3, du code de la santé publique dispose : « Un établissement de santé privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux. » Je ne dis pas que c'est bien ou mal. Simplement, cela montre qu'un établissement peut refuser de pratiquer une IVG dès lors que la réalisation de celle-ci peut être garantie sur le territoire.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS51 de Mme Sandrine Dogor-Such

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Pour éviter toute ambiguïté, il faut qu'un établissement puisse annoncer de manière transparente que l'euthanasie et le suicide assisté ne sont pas pratiqués en son sein. Cela permettrait le respect de la liberté de conscience collective et préserverait la cohérence du projet d'accompagnement proposé aux résidents.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous avons déjà eu ce débat ; mon avis reste défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS317 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement précise qu'il ne s'agit pas pour nous d'entraver l'accès à l'aide à mourir, mais de l'accompagner, dans un établissement à même de faire bénéficier un patient de ce droit.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Avis défavorable.

Mme Annie Vidal (EPR). Ce qui est important, c'est que l'accès au droit soit effectif dans chaque territoire ; cela ne veut pas dire que cette procédure doit être possible dans chaque établissement.

La clause de conscience collective existe pour l'IVG : l'article L. 2212-8 du code de la santé publique dispose qu'« un établissement de santé privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux ». Nous pourrions adapter cette clause en écrivant « peut » au lieu de « est tenu ».

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Les situations ne sont pas comparables. Une personne qui veut avoir recours à l'IVG peut se déplacer vers un autre établissement ; on parle ici de personnes en fin de vie, qui ne peuvent pas toujours être déplacées.

En revanche, nous l'avons déjà dit, la clause de conscience individuelle peut être utilisée par tous les professionnels de ces établissements.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS484 de M. Eddy Casterman et AS114 de M. Patrick Hetzel (discussion commune)

M. Eddy Casterman (RN). La question de la clause de conscience collective des établissements est fondamentale. Les établissements de santé privés ou confessionnels ne sont pas de simples structures juridiques : des générations de soignants, de religieux et de bénévoles y ont consacré leur vie à accueillir, à soigner, à soulager, à accompagner les plus fragiles. Ils en ont fait un principe fondamental. Ces établissements sont bâtis sur la volonté d'être aux côtés de la personne souffrante jusqu'à ses derniers instants, et c'est ce qui anime tous les jours leurs équipes.

Je suis opposé à l'euthanasie parce que je crois que la mission de soin est bien de prendre soin et jamais de provoquer la mort ; vous ne partagez pas cette conviction, mais vous pouvez entendre qu'il serait injuste de contraindre ces établissements à permettre dans leurs murs des actes que leurs équipes réprouvent. C'est une supplique que je vous adresse : ne demandez pas à ceux qui ont consacré leur existence à accompagner la vie jusqu'à son terme naturel de renier leur raison d'être.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS114 va dans le même sens : il s'agit d'assurer le respect des projets des établissements choisis par les patients.

Il y a deux situations, monsieur le rapporteur : un malade en phase terminale et un malade en phase avancée ; dans la seconde, les personnes ne sont pas en fin de vie et pourront se déplacer. Dans le cas des dons d'organes de type Maastricht 3, les patients sont déplacés – alors qu'ils sont aussi difficilement transportables.

Madame Amiot, ce que vous dites est intéressant. Vous avez justement refusé tout à l'heure l'amendement qui excluait l'hypothèse d'établissements qui se consacraient exclusivement à l'aide à mourir. Et, ici, vous refusez que des établissements puissent, pour des raisons éthiques, ne pas accueillir ces procédures.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Avis défavorable aux deux amendements.

Nous avons eu ce débat à de multiples reprises. Je rappelle que ces établissements sont les lieux de résidence des personnes ; or, tel que le texte est rédigé, l'aide à mourir doit pouvoir être pratiquée, si la personne le souhaite, dans son lieu de résidence.

Mme Brigitte Liso (EPR). « *Cet amendement permet de respecter le caractère propre de certains établissements* », écrit M. Hetzel dans l'exposé sommaire de son amendement. Il n'est question ici ni des patients, ni des soignants ; vous ne protégez ni les uns, ni les autres.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

Amendement AS50 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (DR). Il est important d'avoir un débat sincère. Je pense aux professionnels engagés dans des établissements spécialisés en soins palliatifs, qui ont un projet propre, et dont les équipes sont opposées, en conscience, à la pratique de l'euthanasie ou du suicide assisté.

La directive européenne du 27 novembre 2000 comme la décision de la cour d'appel de Paris du 27 novembre 2013 font appel à la notion d'« entreprise de conviction » – entités qui ne sont pas forcément des entreprises à but lucratif. Les projets de ces établissements reposent sur des règles éthiques. J'aimerais que ce point soit pris en compte, dans l'esprit dans lequel le Premier ministre a proposé de supprimer les délits d'entrave et d'incitation à l'aide à mourir.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Nous avons déjà eu ce débat. Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement, puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** successivement les amendements AS318 et AS319 de Mme Justine Gruet.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 14 **non modifié**.*

Chapitre V Contrôle et évaluation

Avant l'article 15

Amendement AS637 de M. Christophe Bentz

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Cet amendement de bon sens précise que le contrôle évoqué dans le titre du chapitre V a lieu *a priori* et *a posteriori*. Un contrôle *a priori* apporte une garantie supplémentaire avant toute décision irréversible ; il renforce la sécurité juridique, mais aussi la confiance des citoyens. Le contrôle *a posteriori* n'intervient, lui, qu'une fois que la décision a produit ses effets. La prévention avant l'acte est aussi importante que l'évaluation après l'acte.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Je ne peux pas vous laisser dire que nous n'avons pas prévu de contrôle *a priori*. La procédure était déjà très encadrée et nous l'avons encore améliorée. Le consentement comme le caractère libre et éclairé de la volonté exprimée sont vérifiés et, si l'on soupçonne des pressions, la procédure peut être suspendue.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (DR). À mon sens, le contrôle *a priori* n'existe pas. Le médecin qui instruit la demande vérifie que les conditions sont remplies mais personne ne le contrôle, lui, *a priori*. Seule la personne qui formule la demande peut formuler un recours. Et si le médecin donne son accord alors que les conditions ne sont pas remplies, la seule personne qui aurait pu faire un recours sera déçue.

Vous avez fermé cette voie du contrôle *a priori*. C'est un choix que vous faites, il est respectable, mais nous le dénonçons.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Vous ne pouvez pas dire que rien n'est fait pour s'assurer du respect de la procédure et de la volonté de la personne ! La sécurisation en amont me paraît suffisante. Un contrôle tel que vous le souhaitez ne me paraît pas nécessaire.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Je ne peux pas laisser utiliser des arguments qui ne correspondent pas à la réalité. La décision est collégiale, il en est fait une transcription et nous avons renforcé sa traçabilité.

M. Thibault Bazin (DR). D'accord, mais ce n'est pas la même chose qu'un contrôle !

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Merci de le reconnaître.

Et, *a posteriori*, il y aura une évaluation précise – en moins de deux ans, quand il en aura fallu dix pour la loi Claey-Leonetti !

*La commission **rejette** l'amendement.*

Article 15 : *Création d'une commission de contrôle et d'évaluation*

Amendements de suppression AS638 de M. Christophe Bentz et AS685 de Mme Annie Vidal

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement AS638 est défendu.

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission **rejette** les amendements.*

*Puis, suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle **rejette** l'amendement AS377 de Mme Justine Gruet et elle **rejette** successivement les amendements en discussion commune AS321, AS322 et AS324 de Mme Justine Gruet.*

Amendement AS323 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement vise à préciser que le contrôle *a posteriori* est systématique. La rédaction actuelle ne garantit pas que toutes les procédures feront l'objet d'une vérification exhaustive. Ne me dites pas que ce serait un travail considérable, puisque vous dites ne pas vous attendre à un nombre important de procédures.

Les gens sont surpris lorsque nous évoquons ce déséquilibre entre contrôle *a priori* et contrôle *a posteriori*. C'est un choix que vous devez assumer : un collègue sera consulté, éventuellement à distance, mais c'est bien un seul médecin qui aura vérifié la légalité des critères. C'est confier aux médecins une lourde responsabilité, notamment dans le tri des souffrances.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. L'amendement est satisfait, je vous l'avais déjà dit. Il est précisé que la commission de contrôle et d'évaluation examine chaque procédure d'aide à mourir.

*L'amendement est **retiré**.*

*La commission **adopte** l'amendement rédactionnel AS730 de Mme Élise Leboucher.*

Amendement AS115 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement vise à préciser que les données font apparaître une distinction entre une auto-administration et une administration par un tiers. Vous n'avez pas souhaité adopter une dénomination différente : la frontière est donc faible. Lors de la précédente lecture, vous avez d'ailleurs adopté un amendement après plusieurs secondes délibérations. Je vous redis qu'en termes éthiques, l'engagement d'un tiers dans la procédure est un changement important. Il me paraît essentiel que cette distinction apparaisse dans le recueil des données.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Nous avons déjà eu ces échanges. Ce sont deux actes différents ; ils seront notifiés de manière différente.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Sera-t-il facile d'extraire ces données pour les analyser et comprendre comment les personnes s'approprient ce nouveau droit ? On sait qu'au Canada, où les deux gestes sont permis, il y a 10 000 euthanasies pour 7 suicides assistés.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendements AS325 de Mme Justine Gruet, AS542 de M. Yannick Neuder et AS698 de Mme Annie Vidal

M. Thibault Bazin (DR). L'amendement AS542 est défendu.

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission **rejette** successivement les amendements.*

Amendements identiques AS68 de M. Thibault Bazin et AS209 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé, amendement AS326 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

M. Thibault Bazin (DR). Mon amendement est un amendement de cohérence.

M. François Gernigon (HOR). L'amendement AS209 est défendu.

Mme Justine Gruet (DR). Mon amendement portait sur le volontariat.

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission **rejette** successivement les amendements AS68 et AS209 puis l'amendement AS326.*

Amendement AS135 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS731 de Mme Élise Leboucher.*

Amendement AS116 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement prévoit qu'un tiers qui estimerait que la procédure n'est pas respectée peut saisir la commission. Je comprends qu'il faille respecter le secret professionnel ; mais, en l'état actuel du texte, seules les personnes impliquées dans la procédure auront accès aux données. Cela me paraît déséquilibré, et risque de poser problème en cas de désaccord. Imaginons que se posent des questions d'héritage, par exemple. Il me semble important d'apporter plus de garanties.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Je comprends votre interrogation. Mais le texte ne prévoit pas que la commission agisse à la suite d'une saisine : ce n'est ni un ordre professionnel, ni un procureur de la République.

L'article 12 est très clair sur les voies de recours contre la décision du médecin. J'indique par ailleurs que la proposition de loi ne modifie pas le droit pénal existant, auquel les tiers pourront toujours se référer. On ne sort pas du droit commun.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS727 de Mme Élise Leboucher

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Cet amendement, qu'évoquait Stéphane Delautrette tout à l'heure, précise l'objet du décret en Conseil d'État qui définira les finalités et les modalités de traitement des données enregistrées dans le système d'information créé pour assurer le suivi de la procédure.

Par cohérence avec la modification proposée par l'amendement AS725 à l'article 11, il prévoit que ce décret définisse les catégories de données susceptibles d'être enregistrées dans le système d'information, l'objectif étant d'y inclure les signalements qui pourraient être effectués dans le cadre de la procédure ainsi que des données facultatives, de nature sociologique, qui seraient recueillies avec le consentement de la personne concernée.

En second lieu, l'amendement précise que ce décret – qui fera l'objet d'un avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés – devra préciser les conditions d'accès des membres de la commission et de son personnel aux données du système d'information, y compris aux informations relatives à la situation médicale de la personne.

Seuls les médecins membres de la commission ou participant à ses missions accéderont au dossier médical de la personne détenu par les professionnels et les établissements de santé ; les autres membres de la commission auront uniquement accès aux données inscrites dans le système d'information, à chaque étape de la procédure, par les professionnels concernés.

Mme Justine Gruet (DR). Pourquoi cet amendement ? Y a-t-il eu une évolution sur ce point ? Ou bien s'agit-il de restreindre ce que l'on pouvait attendre de ce décret ?

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Outre la coordination avec l'amendement AS725, il s'agit de préciser que les médecins qui aident la commission pourront eux aussi avoir accès aux données.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS117 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). Cet amendement tend à prévoir que tous les membres de la commission à qui est confié le contrôle *a posteriori* ont accès au dossier médical de la personne décédée.

M. Bazin l'a dit, aucun contrôle *a priori* n'est prévu : un seul médecin prendra la décision. Les seuls contrôles seront faits par les médecins et pour les médecins. Ainsi, l'information recule, le droit au recours recule. Je fais bien sûr toute confiance aux médecins, mais nous leur confions une lourde responsabilité en leur demandant d'évaluer si les cinq conditions sont remplies. Un contrôle *a priori* pourrait même les rassurer.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. L'ensemble des membres de la commission auront accès aux actes enregistrés dans le système d'information en lien avec la procédure, dont des informations médicales. En revanche, seuls les médecins auront accès aux autres informations médicales : c'est le choix qui a été fait.

Mme Justine Gruet (DR). Le cinquième critère, celui de la manifestation d'une volonté libre et éclairée, est à mon sens plus juridique que médical. Autant il ne paraît pas problématique de demander aux médecins de juger si les critères qui relèvent de leur compétence sont remplis, autant l'évaluation des autres pourrait être confiée, par exemple, à un magistrat.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Le système d'information n'intégrera pas uniquement des données médicales. Tous les membres de la commission auront accès à l'ensemble de la procédure ; si un médecin a repéré des pressions exercées sur le patient, par exemple, elles y seront consignées. En revanche, ceux qui ne sont pas médecins n'auront pas accès au dossier médical, qui peut contenir d'autres renseignements, par exemple sur des pathologies autres que celles qui ont conduit à la procédure.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. La commission vérifie la procédure, et nous lui donnons ici les moyens de le faire. Le dossier médical, c'est autre chose, c'est toute la vie du patient. Tous les professionnels n'ont pas accès à l'ensemble du dossier.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS118 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS705 de Mme Élise Leboucher

Mme Élise Leboucher, rapporteure. J'ai commencé à évoquer cet amendement tout à l'heure. Il tend d'abord à préciser les conditions d'accès aux données médicales autres que celles présentes dans le système d'information. Il étend ensuite aux médecins constituant le personnel de la commission l'accès à ces dossiers qui, en l'état de la rédaction de l'article, est limité aux médecins membres de cette commission.

*La commission **adopte** l'amendement.*

Amendement AS119 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendements AS327, AS328 et AS329 de Mme Justine Gruet (discussion commune)

Mme Justine Gruet (DR). Ce sont des amendements sémantiques qui portent sur la différence entre les deux gestes.

Dans la mesure où la personne est décédée, pourquoi opposez-vous le secret médical aux membres de la commission qui ne sont pas médecins ? Ne peut-on lever le secret médical dans ce cas, afin que chacun dispose des mêmes informations ?

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Le secret médical n'est pas levé à la mort de la personne.

Mme Annie Vidal (EPR). J'avais déposé un amendement – jugé irrecevable – qui visait à ajouter à cette commission des représentants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Le texte prévoit la présence de deux membres d'associations agréées représentant les usagers du système de santé. Cela peut répondre à votre préoccupation.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS62 de M. Thibault Bazin et AS210 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

M. Thibault Bazin (DR). Je propose que le Conseil national de l'Ordre des médecins soit consulté sur la composition de la commission de contrôle et d'évaluation. Nous renforçons la sécurité, la légitimité et l'éthique du dispositif, et les ordres disposent d'experts et de sections dédiées. Il me semblerait intéressant que les deux médecins qui seront nommés le soient après avis du Conseil de l'Ordre.

M. François Gernigon (HOR). L'amendement AS210 est défendu.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Ce n'est pas le travail du Conseil de l'Ordre, qui est chargé de la déontologie et de la vérification du respect de la loi. On ne peut pas être juge et partie.

M. Thibault Bazin (DR). Je ne suis pas d'accord. Il arrive que les ordres désignent des représentants dans des instances. C'est bien de cela qu'il s'agit ici.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS121 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). Dans le même esprit que le précédent, cet amendement propose que les médecins membres de la commission de contrôle et d'évaluation soient nommés sur proposition du Conseil national de l'Ordre des médecins. Comment ces médecins seront-ils recrutés ? La solution que nous proposons nous paraît la plus transparente.

Il serait par ailleurs logique que la commission comprenne des personnes favorables comme défavorables à l'aide à mourir, afin d'assurer une sorte de neutralité dans l'appréciation des procédures. La commission ne doit pas être orientée – dans un sens ou un autre. Cela la protégerait d'ailleurs des contestations systématiques et idéologiques.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Les modalités d'application de cet article seront déterminées par un décret en Conseil d'État. On peut imaginer plusieurs types de désignation, par le Gouvernement ou par des syndicats représentatifs, par exemple. Il ne me paraît pas utile de figer une solution dans la loi, en l'occurrence la désignation par l'Ordre des médecins.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS134 de M. Arnaud Simion

M. Arnaud Simion (SOC). Nous souhaitons garantir l'équilibre et l'impartialité de la future commission de contrôle et d'évaluation. Nous proposons qu'au moins l'un des deux médecins qui y seront nommés par le Gouvernement soit inscrit au registre des professionnels de santé disposés à accompagner les patients demandant l'aide à mourir. Il ne s'agit pas d'imposer une orientation particulière, mais de garantir qu'une seule sensibilité ne pourra pas monopoliser la représentation médicale au sein de cette commission.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Il ne semble pas opportun de lier la composition de la commission à l'appartenance à une liste de médecins favorables à l'aide à mourir car il n'existe pas de lien de corrélation. Un médecin peut être membre de la commission et favorable à l'aide à mourir sans la mettre en œuvre, et inversement.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. De plus, une telle disposition entraverait la clause de conscience. Et comme l'a indiqué la rapporteure, un médecin peut être favorable à l'aide à mourir mais ne pas l'appliquer systématiquement. Il ne faut surtout pas placer les médecins dans des cases prédéterminées ; préservons les professionnels de santé.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Un seul médecin décidera, il sera à la fois expert, décideur et exécutant. Je pense qu'un second médecin qui ne connaît pas le patient pourrait également donner son avis.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Il est ici question de la composition de la commission de contrôle et d'évaluation chargée du contrôle *a posteriori*, dans laquelle deux médecins vont étudier toutes les situations. Aucun d'entre eux n'aura de lien avec les patients. Ces médecins vont analyser l'ensemble des procédures de manière systémique. Cela devrait vous rassurer.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS734 de Mme Élise Leboucher

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Cet amendement apporte une précision rédactionnelle. La commission doit comprendre un représentant de chacune des deux plus hautes juridictions, le Conseil d'État et la Cour de cassation. Pour éviter de restreindre les choix possibles parmi les magistrats, nous proposons de remplacer le terme de conseiller par celui de membre.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 15 **modifié**.*

Article 16 : Définition des substances létales autorisées

Amendements de suppression AS639 de M. Christophe Bentz et AS685 de Mme Annie Vidal

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement AS639 est défendu.

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteur, la commission **rejette** les amendements.*

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission **rejette** les amendements en discussion commune AS330, AS331 et AS332 puis l'amendement AS378 de Mme Justine Gruet.*

Amendement AS333 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Cet article charge la HAS de définir les bonnes pratiques et les conditions d'utilisation des substances létales autorisées. Les recommandations qu'émettra la HAS devraient incorporer un volet sur la prévention et le repérage des interventions extérieures à caractère incitatif dans les établissements de santé et médico-sociaux. Nous en revenons à la cinquième condition pour pratiquer l'aide à mourir : l'avis libre et éclairé. Le médecin qui devra évaluer la légalité de ce critère n'y sera pas habitué, à la différence d'un magistrat. Il faut donc lui fournir les outils nécessaires pour détecter des pressions indues ou extérieures.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Avis défavorable, ce n'est pas le rôle de la HAS. Quant aux pressions que vous évoquez, rien dans le texte ne fait obstacle à la saisine du procureur pour de tels agissements.

Mme Justine Gruet (DR). Si ce n'est pas le rôle de la HAS, qui peut introduire un apprentissage sur la reconnaissance des pressions indues sur les personnes au sein des formations dispensées par les facultés de médecine ?

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Je vous apporterai des éléments de réponse en séance publique.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS334 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Un médecin analyse toujours l'environnement du patient et le traite toujours dans sa globalité. Dans ce texte, il ne s'agit pas d'accompagner un soin mais un geste létal, et il peut exister des pressions indues, pour des raisons financières au sein de la famille par exemple. Nous ne pouvons pas nous permettre de dire que nous n'avons pas la réponse, il faut former les médecins à évaluer la globalité de l'environnement, puisque vous avez refusé qu'un magistrat le fasse.

Comme vous venez de m’inviter à le faire, je déposerai un amendement en séance publique – sur lequel j’espère que vous vous en remettrez à la sagesse de l’Assemblée – sur les moyens de déterminer l’incapacité physique du patient à procéder à l’auto-administration avec les technologies existantes, ce qui justifierait de recourir à l’injection par un tiers. Vous aviez suggéré que la HAS prépare un livret de bonnes pratiques à ce sujet.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Avis défavorable, et rendez-vous en séance publique pour la suite de la discussion.

La commission rejette l’amendement.

Puis elle adopte l’article 16 non modifié.

Chapitre VI Dispositions pénales

Article 17 : Délit d’entrave à l’aide à mourir

Amendements de suppression AS58 de M. Thibault Bazin, AS60 de Mme Nicole Dubré-Chirat, AS357 de Mme Justine Gruet, AS481 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS640 de M. Christophe Bentz et AS687 de Mme Annie Vidal

M. Thibault Bazin (DR). Nous en venons à un article qui a suscité beaucoup d’émotion et qui a profondément heurté, puisqu’il instaure un délit d’entrave à l’euthanasie et au suicide assisté. Le Gouvernement a annoncé qu’il n’y était plus favorable.

Si cet article venait à être adopté, nous nous demandons si des associations mobilisées pour éviter le suicide pourraient être inculpées sur ce fondement. Suivant la logique de cet article, des personnes pleines de bonne volonté pourraient se voir entravées alors qu’elles ne cherchent pas du tout à imposer leur volonté, mais simplement à faire preuve de fraternité et de compassion à l’égard de patients isolés ou en souffrance. Cet article va beaucoup trop loin, il faut le supprimer.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Les deux délits introduits par cet article ont été ajoutés lors des différentes lectures. Le délit d’entrave a été ajouté en première lecture, sur le modèle du délit d’entrave à l’IVG. Le délit d’incitation a été adopté en deuxième lecture par effet miroir.

L’IVG se déroule dans un lieu unique et identifié, ce qui permet à des associations d’entraver son exercice. La situation n’est donc pas comparable. Les personnes en fin de vie ne sont pas rassemblées dans un même lieu, et nous ne notons pas une agitation particulière autour des services de soins palliatifs qui pratiquent la sédation profonde. Le contexte est très différent ; l’aide à mourir sera administrée au cas par cas, dans des services hospitaliers, dans des Ehpad, à domicile. Aucune information n’est donnée sur les lieux où elle pourrait être administrée. Nous proposons de supprimer ces deux délits qui n’ont pas de raison d’être.

Mme Justine Gruet (DR). Nous nous apprêtons à supprimer cet article qui a adressé un message délétère à nos soignants en laissant penser qu'ils pourraient être pénalisés pour avoir voulu accompagner un patient, tant en raison du délit d'entrave que du délit d'incitation.

L'accompagnement de personnes gravement malades exige une mobilisation prioritaire du système de soins. Il ne saurait conduire à instaurer un cadre pénal susceptible de fragiliser l'expression de réserves, de convictions ou de mises en garde légitimes sur un sujet qui engage directement la vie humaine. La priorité doit donc être d'accompagner les patients. Le droit pénal comporte déjà des dispositions permettant de sanctionner les comportements caractérisés, notamment les violences, les menaces, le harcèlement, l'abus de faiblesse ou l'entrave matérielle.

Je ne me réjouis pas de la suppression de cet article, car nous avons commis une faute en l'adoptant, d'autant qu'il faisait passer le message qu'il était deux fois plus grave d'entraver que d'inciter, ce qui n'est pas conforme à mes convictions.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). J'ai voté contre le délit d'incitation et contre le délit d'entrave ; je reste donc cohérente en proposant la suppression de cet article. Je partage l'avis selon lequel, sur un sujet compliqué qui touche intimement chacun d'entre nous, nous avons envoyé de mauvais signaux en raison du déséquilibre entre la sanction du délit d'entrave et du délit d'incitation et parce que le droit commun permet déjà de réprimer les pressions qui pourraient être exercées dans un sens ou dans l'autre. Sur un tel sujet, se conformer au droit commun me paraît nécessaire.

M. Christophe Bentz (RN). Il s'agit de l'article le plus grave d'un texte grave ; je l'ai qualifié de signature et de verrou final de ce texte, et j'espère qu'il sera supprimé dans quelques instants. Ce texte ne dit pas la vérité sur ce que vous appelez l'aide à mourir, mais il aurait en plus fallu qu'on ne puisse pas dire la vérité aux patients sous peine de sanction pénale. Nous en serions arrivés à sanctionner des médecins qui diraient la vérité à leurs patients !

Je me félicite de l'unanimité qui semble se dessiner pour la suppression de cet article. Le seul problème à mes yeux est que le délit d'incitation sera également supprimé alors qu'il faudrait le maintenir. Voilà quel serait l'équilibre !

Mme Annie Vidal (EPR). Si cette nouvelle lecture n'avait qu'une seule raison d'être, ce serait bien la suppression de cet article 17. Ce délit d'entrave envoie un message très négatif aux soignants et les sanctions prévues – deux ans de prison et 30 000 euros d'amende – sont deux fois plus sévères que le droit commun. Cet article criminalise la parole qui se veut parfois bienveillante.

Par ailleurs, il est mal rédigé car il fait référence à des établissements dédiés à l'aide à mourir – qui n'existent pas –, ce qui pourrait suggérer qu'ils existeront un jour. Cet article est donc extrêmement dangereux et j'espère que nous trouverons une majorité pour le supprimer.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Nous arrivons à un moment important et chacun devrait user des mots les plus apaisés possible. Nos débats ont été très sereins jusqu'à présent, ce qui a permis d'adopter plus de 140 amendements au fil des différentes lectures afin de bâtir le texte le plus solide possible.

Lorsque l'ancien rapporteur général Olivier Falorni a déposé ces propositions de loi, ni le délit d'entrave ni le délit d'incitation n'y figuraient. Je m'en souviens très bien, ayant cosigné avec lui la première proposition de loi en 2021. Je tiens à le rappeler à M. Bentz, car l'équilibre ne peut consister à ne regarder qu'une facette et pas l'autre. Ce ne serait pas une démarche convenable. Le délit d'entrave et le délit d'incitation ne figuraient pas non plus dans le projet de loi déposé en 2024, je parle sous le contrôle de Mme Firmin Le Bodo, qui présidait la commission spéciale chargée de l'examen de ce texte. Et chacun connaît parfaitement l'histoire de la loi Veil : Simone Veil, avec le courage formidable qui l'animait, n'a pas créé le délit d'entrave à l'IVG. Il a été instauré près de vingt ans plus tard.

Je sais qu'il s'agit d'un sujet clivant, et à ceux qui expriment un tel enthousiasme en affirmant qu'il s'agit du moment le plus important de l'examen du texte, je réponds que tous les aspects du texte sont importants : adopter la procédure de mise en œuvre de l'aide à mourir ; s'assurer que la demande émane du patient ; discuter des directives anticipées ; assurer la protection des praticiens et des professionnels de santé. Tous ces moments sont essentiels si nous voulons adopter une loi effective qui ouvre un nouveau droit aux patients. Je conçois que certains de nos collègues s'opposent au texte, mais je refuse qu'on cristallise tous les débats sur un seul sujet en prétendant que tout le texte serait déstabilisé. La ficelle serait un peu grosse.

À la faveur de nos débats, je propose d'adopter ces amendements afin de préserver l'équilibre. Mais je le dis avec beaucoup de force et de gravité, et j'associe à mes propos Olivier Falorni, avec lequel je me suis entretenu aujourd'hui même de cette question : ceux qui voudront encourager l'entrave sous quelque forme que ce soit nous trouveront sur leur route. Adoptons donc ces amendements à ce stade, et nous verrons les prises de position de chacun et ce qui se passera dans l'hémicycle. Et nous verrons que tout ne tient pas à la suppression de l'article 17. Car quel parlementaire, parmi nous, a toujours voté des textes qui le satisfaisaient de A à Z ?

Nous ouvrons un nouveau droit qui ne doit pas être entaché par quelques déclarations de tribune. Chacun est libre de son vote, mais je vous propose de voter la suppression de cet article, c'est un facteur d'équilibre auquel nous tenons.

M. René Pilato (LFI-NFP). Nous voterons contre ces amendements de suppression. Depuis que nous avons lié le délit d'entrave et le délit d'incitation, un équilibre a été trouvé et ces deux délits ont toujours été votés conjointement, sans égard pour la différence de sévérité des peines.

Certains de nos collègues clament leur attachement à la loi, rien que la loi, toute la loi, et soutiennent l'inflation des peines quand le moindre délit est commis. Mais ici, parce qu'ils s'opposent idéologiquement au texte, il ne faudrait pas prévoir de sanction. Rappelons-nous de ce qui s'est passé au sujet de l'IVG : il a fallu créer le délit d'entrave. Au vu des comportements au sein de cette commission, de la mauvaise foi employée par ceux qui ne comprennent pas qu'on puisse créer un droit nouveau sans y faire obstruction, imaginez la réaction des fous furieux à l'extérieur de l'hémicycle qui, eux, commettront des délits d'entrave !

M. le président Frédéric Valletoux. Il y a des opinions différentes au sein de cette commission, mais ce n'est pas de la mauvaise foi ; travailler avec des personnes qui ne pensent pas la même chose est le propre de la démocratie.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Les députés du groupe Écologiste et Social sont très attachés à cet article 17. Dans la circonscription dont je suis l'élue, des groupuscules intégristes catholiques obscurantistes ont mené des actions de prière sur l'espace public pendant des années pour essayer d'empêcher l'entrée dans l'hôpital Tenon aux femmes qui souhaitaient avorter. Et le week-end dernier, ces mêmes groupes – notamment Civitas, dont la dissolution a pourtant été prononcée – ont organisé des rassemblements de prière pour s'opposer à des événements culturels, artistiques et créatifs organisés dans le cadre de la Nuit blanche. Nous savons pertinemment que ces mêmes groupes d'extrême droite obscurantistes, condamnés et dissous pour antisémitisme, vont chercher à empêcher l'accès à l'aide à mourir.

Instaurer un délit d'entrave est donc très important. Pour d'autres, il était important d'adosser au délit d'entrave un délit d'incitation. Je n'ai jamais entendu de collectif incitant à l'avortement, et je n'imagine pas que des collectifs se créent pour inciter au recours à l'aide à mourir. Mais nous avons accepté l'ajout du délit d'incitation par souci d'équilibre, il faut le respecter. Je vous demande de ne pas supprimer l'article 17 ; il faut que le délit d'entrave existe dans la loi.

Mme Sandrine Runel (SOC). En effet, tous les moments de l'examen de ce texte sont importants et ont leur gravité. Chacun, ici, a respecté les positions des uns et des autres, bien qu'entendre certains propos pour la deuxième, la troisième ou la quatrième fois puisse se révéler assez pénible. À écouter certains, il apparaît plus nécessaire que jamais de maintenir cet article 17. Ce texte transcrit en effet un équilibre. Les partisans de l'aide à mourir ont renoncé à certaines dispositions, notamment au sujet des modalités d'administration, mais nous ne renoncerons pas au délit d'entrave. Le groupe Socialistes et apparentés s'opposera donc fermement à ces amendements de suppression.

Je rappelle qu'il y a encore des manifestations contre le droit à l'avortement, bien qu'il ait été constitutionnalisé. J'espère que le droit à l'aide à mourir sera incorporé à la Constitution, mais en attendant ce jour, il est nécessaire de maintenir le délit d'entrave et de s'opposer aux amendements de suppression.

Enfin, nous ne savons pas ce qui pourrait advenir en 2027. Pour ma part, j'ai très peur de ce que pourrait faire un nouveau gouvernement.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Le délit d'entrave soulève une difficulté majeure. Il s'agit d'une des questions les plus graves qu'un être humain puisse être amené à prendre et dans un tel contexte, chacun doit bénéficier d'un dialogue libre avec ses proches, avec les soignants, avec des associations, avec celles et ceux qui peuvent apporter un éclairage, un soutien, et même exprimer un doute.

La création d'un délit majeur risque d'introduire une insécurité juridique et de faire peser une menace sur la liberté d'expression et la liberté de conscience. L'expression d'une opinion ou d'une réserve et la proposition d'une alternative, notamment en matière d'accompagnement ou de soins palliatifs, ne doivent pas pouvoir être assimilées à une infraction. Les pressions, les violences, les menaces ou la manipulation sont déjà sanctionnées par notre droit. Il n'est donc pas nécessaire de créer une nouvelle infraction dont les contours demeurent incertains. Sur un sujet aussi sensible, il faut préserver la liberté du débat, la pluralité des points de vue et la possibilité d'un accompagnement humain jusqu'au bout.

Quant à la comparaison avec l'IVG, elle n'a pas lieu d'être. Le droit régissant l'IVG protège la maman ; ici, on ne protège personne.

Mme Justine Gruet (DR). Ces amendements de suppression ne sont pas tous défendus pour les mêmes raisons. Heureusement que j'étais assise lorsque j'ai lu l'exposé des motifs de Mme Dubré-Chirat : l'objet de l'amendement serait de parvenir à un compromis permettant l'adoption du texte !

Ce n'est pas la première fois qu'il est question d'équilibre politique et non d'équilibre éthique ou de considération pour les contraintes que ce nouveau droit va introduire dans notre société. Nous l'avons constaté au sujet de la distinction entre suicide assisté et euthanasie, s'agissant des directives anticipées, ou encore, lors des précédentes lectures, à propos des personnes mineures. Votre objectif est peut-être uniquement de faire adopter un texte, mais en tant que législateur, le mien est de définir un cadre sécurisant. La suppression de cet article va dépénaliser les actes entourant l'aide à mourir mais manifeste aussi la considération que nous apportons à nos soignants. Ne justifions pas cette suppression par la recherche d'un équilibre politique, mais par la recherche d'un encadrement juridique de l'exercice de ce nouveau droit.

Mme Annie Vidal (EPR). Il a fallu trois lectures pour cheminer sur cet article 17. Il ne figurait pas dans le texte initial, il a été adopté tardivement, par amendement voté au bout de la nuit, puis nous avons inlassablement repris cet article à chacune de nos lectures.

Un certain nombre d'entre nous, dont le président Valletoux, ont présenté l'amendement introduisant le délit d'incitation en contrepoint du délit d'entrave.

Il est vrai que tous ces agissements relevant déjà d'autres articles du code pénal, ajouter ces dispositions au texte ne présente pas une nécessité absolue et envoie un message très négatif aux soignants. Pas un seul des soignants que j'ai rencontrés à Paris ou dans ma circonscription n'a manqué de m'en parler. Nous adressons donc un beau message en supprimant totalement cet article 17.

M. Jean-François Rousset (EPR). Cette loi est attendue par les patients et par les médecins, qui ont besoin d'être protégés lorsqu'ils permettront le recours à l'aide à mourir ou qu'ils participent à des soins palliatifs. Est-il nécessaire de créer des délits, dans un sens ou un autre, pour lui donner de la force ? Cette loi aura de la force si nous la soutenons, si nous en faisons la promotion, si nous la sécurisons. Si nous sécurisons les soignants et si les patients sont certains d'être pris en charge convenablement partout dans le territoire, il n'est pas nécessaire de créer des délits pour donner de l'autorité à la loi.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). En effet, il n'est tellement pas nécessaire de créer de délits que le texte initial n'en prévoyait pas. Les articles 222-17 et 223-15-2 du code pénal permettent de sanctionner les dérives dans un sens ou un autre. Supprimer cet article permet également d'envoyer un signal aux soignants qui nous interrogent sur ce délit d'entrave.

M. le président Frédéric Valletoux. Il est vrai que j'avais été à l'initiative de l'amendement qui, en deuxième lecture, le dernier jour, a créé le délit d'incitation. C'était une mesure miroir par rapport au délit d'entrave, qui ne figurait pas dans le texte initial, pas plus d'ailleurs que dans les recommandations formulées par la Convention citoyenne – je parle sous le contrôle d'Agnès Firmin Le Bodo – qui n'a, à aucun moment, souhaité pénaliser ce rendez-vous de l'aide à mourir.

Je suis donc favorable à la suppression de cet article – je n'ai pas d'orgueil d'auteur, si je puis dire –, d'autant que je n'avais imaginé cette mesure qu'en réponse au délit d'entrave qui déstabilisait, selon moi, l'équilibre du texte. Cela lui rendra plus de force et de clarté vis-à-vis des patients qui attendent ce nouveau droit et des soignants qui attendent ce nouveau cadre.

*La commission **adopte** les amendements.*

*En conséquence, l'article 17 est **supprimé** et les amendements AS669 de Mme Annie Vidal, AS379 de Mme Justine Gruet, AS536 de M. Yannick Neuder, AS641 de M. Christophe Bentz, AS138 de M. Patrick Hetzel et AS642 de M. Christophe Bentz, les amendements en discussion commune AS336, AS337 et AS338 de Mme Justine Gruet, les amendements AS442 de Mme Lisette Pollet, AS548 de Mme Marie-France Lorho, AS335 de Mme Justine Gruet, AS549 et AS550 de Mme Marie-France Lorho, AS706 de Mme Élise Leboucher, AS554 et AS553 de Mme Marie-France Lorho, AS52 de Mme Sandrine Dogor-Such et AS670 de Mme Annie Vidal, les amendements identiques AS53 de Mme Sandrine Dogor-Such, AS122 de M. Patrick Hetzel et AS443 de Mme Lisette Pollet, les amendements AS211*

de Mme Nathalie Colin-Oesterlé, AS123 de M. Patrick Hetzel, AS54 de Mme Sandrine Dogor-Such et AS345 de Mme Justine Gruet, les amendements identiques AS212 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé, AS643 de M. Christophe Bentz et AS694 de Mme Annie Vidal ainsi que l'amendement AS558 de Mme Marie-France Lorho **tombent**.

Chapitre VII Dispositions diverses

Article 18 : *Prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des frais exposés dans le cadre de la mise en œuvre de l'aide à mourir*

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission **rejette** les amendements de suppression AS644 de M. Christophe Bentz et AS688 de Mme Annie Vidal.*

Amendement AS380 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Le fait que la collectivité finance l'aide à mourir ne la transforme pas en soin : de nombreuses dépenses prises en charge par l'assurance maladie ne sont pas d'ordre thérapeutique. Le rattachement des renvois à la loi elle-même, et non à une section du code de la santé publique, maintiendrait la distinction entre la solidarité financière et la qualification de l'acte. L'objectif est bien de rembourser, sans le codifier au titre de la santé publique.

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendements identiques AS55 de Mme Sandrine Dogor-Such et AS671 de Mme Annie Vidal

Mme Justine Gruet (DR). J'aimerais comprendre pourquoi, à l'alinéa 8, il est fait mention des mineurs. L'article 18 dispose que ni la participation de l'assuré ni la franchise ne sont exigées pour les mineurs et les bénéficiaires de la protection complémentaire. Dans la mesure où nous avons exclu les mineurs du dispositif, pourquoi y faire référence ?

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Nous avons déjà eu cette discussion. Cette mention est liée à un article du code qui y fait référence et nous ne pouvons pas la supprimer. Cet amendement reviendra probablement en séance et j'aurais l'occasion de faire une nouvelle explication à ce sujet.

*La commission **rejette** les amendements, puis, suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle **rejette** successivement les amendements en discussion commune AS339, AS340 et AS341 de Mme Justine Gruet.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 18 **non modifié**.*

Article 19 : *Neutralisation des dispositions du code des assurances et de la mutualité en cas de mise en œuvre de l'aide à mourir*

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission **rejette** les amendements de suppression AS645 de M. Christophe Bentz et AS689 de Mme Annie Vidal.*

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle **rejette** successivement les amendements en discussion commune AS343, AS342 et AS344 de Mme Justine Gruet.*

Amendement AS381 de Mme Justine Gruet

Mme Justine Gruet (DR). Il s'agit d'un amendement de coordination. En effet, le régime de l'aide à mourir déborde le champ du soin et trouverait davantage sa place dans une loi propre. En proposant, dans les articles concernés, de le codifier dans une autre législation que le code de la santé publique, nous ne supprimons pas ce droit, mais nous permettons de faire la distinction entre le soin et l'accès à l'aide à mourir.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Je reconnais la ténacité de notre collègue sur le sujet. C'est, au contraire, la codification qui facilite l'accès de chacun à la norme.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). La loi est accessible à tout le monde et s'applique en tout point du territoire, quelle que soit sa codification !

M. le président Frédéric Valletoux. Et dans tous les établissements.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS124 de M. Patrick Hetzel

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS564 de Mme Marie-France Lorho

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 19 **non modifié**.*

Article 19 bis : *Habilitation à légiférer par ordonnance pour l'extension et l'adaptation des dispositions en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française, à Wallis-et-Futuna, à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte*

Amendement AS690 de Mme Annie Vidal

Mme Annie Vidal (EPR). Je retire l'amendement.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 19 bis non modifié.

Article 20 : *Gage financier*

La commission maintient la suppression de l'article 20.

Titre

Amendements AS65 de M. Thibault Bazin, AS219 et AS220 de Mme Justine Gruet, AS654 de Mme Annie Vidal et AS221 de Mme Justice Gruet (discussion commune)

M. Thibault Bazin (DR). Pour ne pas faire d'obstruction, j'ai déposé un seul amendement de sémantique, pour répondre à une demande de clarté du Conseil d'État. En effet, la notion d'aide à mourir ne correspond pas à la réalité des actes et il serait plus clair de parler d'aide active à mourir.

Avant d'en venir au vote sur l'ensemble du texte, je voudrais préciser que je me réjouis de la suppression de l'article 17, mais surtout que je déplore l'adoption de plusieurs amendements non rédactionnels, notamment celui qui a supprimé l'exception d'euthanasie et ouvert, à l'article 6, la possibilité de faire intervenir un soignant pour administrer la substance létale, y compris lorsque la personne est en mesure d'y procéder elle-même. Je considère que cette disposition va trop loin et déséquilibre profondément le texte.

Mme Justine Gruet (DR). Je souscris aux propos de mon collègue Thibault Bazin.

Mes trois amendements ont chacun du sens et de l'importance. L'amendement AS219 vise à faire la différence entre l'auto-administration et l'injection par un tiers – vous savez que j'y suis très attachée.

L'amendement AS220 souligne le fait que l'aide à mourir organise une mort provoquée et non une mort naturelle, comme la définit pourtant un amendement adopté à l'article 9, invisibilisant l'acte d'injection d'une substance létale. Certes, on nous explique que le patient va mourir, mais nous allons tous mourir un jour. Le cadre que nous sommes sur le point d'instaurer s'adresse précisément aux patients en fin de vie. De plus, à l'article 4, le troisième critère retenu prouve bien que les

conditions définies pour accéder à l'aide à mourir ne correspondent pas à des patients nécessairement en fin de vie. Il faut le dire franchement, pour que celles et ceux qui auront à se positionner sur le texte sachent ce qu'il contient réellement.

Enfin, l'amendement AS221 souligne la notion d'aide active.

En effet, en ne faisant référence qu'à une aide à mourir, le titre actuel ne permet pas d'appréhender précisément le contenu du texte. Or, et nous y reviendrons en séance, il s'agit non pas de voter sur un concept – pour ou contre l'euthanasie, pour ou contre le suicide assisté – mais sur des termes précis, sur un encadrement juridique qui servira au quotidien des soignants qui devront répondre à la demande des patients. C'est ce qui doit nous inciter à sécuriser le cadre, afin de protéger les personnes les plus vulnérables. Nous nous y sommes efforcés en commission et nous poursuivrons ce travail dans l'hémicycle.

Mme Annie Vidal (EPR). Je retire mon amendement au profit de celui de M. Bazin, qui est mieux-disant et correspond davantage au contenu du texte, c'est-à-dire la légalisation du suicide assisté ou de l'euthanasie.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Je ne reviendrai pas sur le fond de ces amendements, sur lesquels j'émetts un avis défavorable. Je préfère en venir rapidement au vote, que j'espère favorable pour la troisième fois, et je vous donne rendez-vous en séance.

M. Philippe Vigier, rapporteur général. Alors que nous nous apprêtons à nous prononcer, en toute liberté, sur le texte, je tiens à vous remercier, monsieur le président, de la qualité et de la fluidité de nos débats, qui ont permis à chacun de s'exprimer sur les amendements, avec un temps de parole tout à fait convenable. Certes, beaucoup de choses ont été redites, mais cela a permis d'avoir un débat sur le fond, même en troisième lecture. Cela signifie que le Parlement a été respecté.

Il s'agit d'un moment très attendu : huit Français sur dix souhaitent que nous avancions. À cet égard, je vous invite à relire les conclusions de la Convention citoyenne, qui n'était pas composée uniquement de personnes favorables au sujet. Ce texte équilibré s'inscrit dans cet esprit de concorde. Il s'agit non pas d'un texte politique, madame Gruet, mais d'un texte sociétal qui ouvre un droit supplémentaire très attendu – il n'enlèvera rien à personne ; ce n'est pas un droit en moins. Ayons une pensée pour les patients qui nous regardent et pour lesquels il n'y a plus aucune issue à très court terme. Si nous adoptons ce texte, nous aurons fait notre travail de parlementaire, chacun avec la prise de responsabilité qui l'anime et avec son vote, en conscience. C'est tout l'honneur du Parlement.

M. Christophe Bentz (RN). Nous sommes d'accord, en façade, sur le fait que le droit à l'aide à mourir est très attendu par les Français. Mais nous l'avons voté en adoptant la loi relative aux soins palliatifs, promulguée il y a une quinzaine de jours.

Pour le reste, votre texte, qui prétend être une aide à mourir alors que ce n'en est absolument pas une puisqu'il n'y a pas d'accompagnement, consiste bien à légaliser le suicide assisté ou délégué à un soignant, quoi que vous en disiez. Vous pouvez y être favorables, mais nous, nous y sommes défavorables en grande majorité. Le problème n'est donc pas sémantique, mais juridique, humain, médical, social. Il s'agit d'un texte de rupture injuste et d'abandon des patients. Il faut le dire clairement. En tant que législateurs, nous devons la vérité aux Français et nous continuerons à combattre ce texte jusqu'au bout.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je ne m'exprimerai pas sur le fond du texte, le rapporteur général l'ayant très bien fait. Notre commission a fait honneur au travail de député et les uns et les autres ont été à la hauteur – ce n'est pas toujours le cas et je le déplore trop souvent.

Le président a animé nos travaux de manière à faciliter, à apaiser et à donner du rythme à nos échanges. Son style de présidence a contribué à instaurer un état d'esprit positif et respectueux et je l'en remercie, ainsi que le rapporteur général et les rapporteurs thématiques.

M. René Pilato (LFI-NFP). J'aimerais également saluer le travail réalisé au cours des différentes lectures, que ce soit lorsqu'il n'y avait qu'un seul texte ou lorsqu'il a été scindé en deux propositions de loi. Nous avons accompli un travail sérieux, afin d'avancer et de parvenir à un équilibre.

J'ai surtout une pensée pour celles et ceux qui répondent aux cinq critères et qui sont pressés de voir le texte aboutir définitivement pour faire valoir leur droit à l'aide à mourir, en leur âme et conscience, afin de mettre un terme à des souffrances insupportables. Nous le leur devons. Je rejoins les propos précédents : nous avons été à la hauteur de ce qu'attendent les Françaises et les Français.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Il s'agit d'un texte très important, fruit de six ans de travail – certes, il reste encore une lecture à venir –, et très attendu par les Français, qui espèrent, chaque année, avoir enfin accès à ce droit qui n'enlève rien à personne mais offre une possibilité nouvelle aux malades et aux soignants. Nos échanges ont été très riches, avec des appréciations différentes – c'est normal –, et un vote qui reflètera les convictions des uns et des autres. Néanmoins, il est très important d'avancer et de finaliser ce texte, je l'espère avant l'été. Je veux remercier également le président, les vice-présidents ainsi que les rapporteurs et l'ensemble des membres de la commission, qui ont fait en sorte que ce texte tant attendu aboutisse.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Six ans déjà ! Tout n'est pas fini puisqu'il reste encore une lecture dans l'hémicycle, puis une navette avec le Sénat. Néanmoins, nous approchons du but. C'est émouvant quand on se remémore tout le travail engagé. Ce texte est très important, vous l'avez dit, et très attendu par la société. Je repense à tous les messages que j'ai reçus et aux échanges que le texte a suscités en circonscription, dans nos boîtes de courriel ou au cours de débats divers et variés.

Nous instaurons un nouveau droit – l'accès à l'aide à mourir –, qui constitue une ultime liberté, même si, paradoxalement, nous souhaiterions tous que le moins de personnes possible y aient recours par nécessité. Nous avons eu un débat à la fois politique et philosophique, pour y parvenir.

Je remercie le président et les rapporteurs. J'ai, bien sûr, une pensée pour M. Falorni ainsi que pour les associations, notamment celle pour le droit de mourir dans la dignité, qui se sont impliquées depuis tant d'années sur le sujet.

M. Michel Lauzzana (EPR). La sédation profonde et continue, les soins palliatifs et l'aide à mourir sont des dispositifs complémentaires et je ne supporte pas qu'on les oppose les uns aux autres. Je suis heureux que nous adoptions cette proposition de loi pour la cinquième fois. Je m'étais engagé à voter pour auprès de plusieurs personnes et j'espère qu'elle aboutira très rapidement.

M. Jean-François Rousset (EPR). Permettez-moi de remercier également le président pour la conduite des débats et tous les députés qui se sont exprimés. En tant que soignant et praticien ayant participé à ces épisodes de la vie des autres au cours de sa carrière professionnelle, je suis ravi de l'adoption de ce texte et j'espère qu'il en sera de même dans l'hémicycle. Il représente une véritable avancée non seulement pour les malades mais aussi pour les soignants, car, ne vous y trompez pas, il permettra de lever beaucoup d'angoisse et de travailler sereinement.

M. Yannick Monnet (GDR). Je salue comme tout le monde la qualité du travail et l'animation de nos travaux par notre président – nous y sommes habitués et cela ne me surprend plus.

Cependant, je n'arrive pas à me réjouir totalement, non pas en raison de la nature du texte, mais parce que nous vivons dans une société où la seule façon de soulager ses souffrances est de mourir – c'est ce qui lui donne, d'ailleurs, une grande part de légitimité. Il reste encore certaines choses à caler dans l'hémicycle, en particulier un sujet qui me tient à cœur : si le texte instaure un cadre légal permettant d'abrégé ses souffrances par la mort – ce qui ne me choque pas d'un point de vue philosophique –, je constate qu'il a été perçu par les soignants, notamment dans les services de soins palliatifs, comme une entrave, ce qui ne devrait pas être le cas. J'ai une pensée pour ces soignants qui se battent au quotidien contre la mort. Nous devons faire en sorte de réunir tout le monde autour de ce sujet.

Mme Sabine Gervais (Dem). Je suis très émue parce que je succède à Olivier Falorni, qui a mis toute son énergie en faveur de ce texte depuis quatorze ans. Je suis heureuse qu'il aboutisse et j'espère qu'il sera adopté rapidement, courant juin. J'ai aussi une pensée pour tous les malades, tous ceux qui m'ont sollicitée dernièrement et qui souhaitent le voir aboutir.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). Je rappelle qu'à ce stade, le texte n'est pas encore voté et le passage dans l'hémicycle sera un moment important.

J'ai une pensée, bien sûr, pour les malades et pour les soignants. À titre personnel, j'ai une réserve sur le fait de faire de l'hétéro-administration une règle, qui constitue une ligne rouge pour les soignants : si nous voulons en embarquer un maximum, il faudra probablement y revenir en séance.

J'ai aussi une pensée pour les acteurs de la Convention citoyenne, qui ont mené un travail extraordinaire ayant permis d'aboutir au projet de loi défendu par Catherine Vautrin et repris ensuite par Olivier Falorni dans sa proposition de loi.

Néanmoins, ne faisons pas croire à nos concitoyens que le texte est adopté. Nous avons franchi une étape supplémentaire, mais il n'est pas encore définitivement voté.

M. le président Frédéric Valletoux. Je ne reviendrai pas sur le fond du texte. Des débats restent à venir et son examen en séance, dans une dizaine de jours, nous promet des moments animés – c'est bien normal sur un tel sujet. J'espère qu'ils nous permettront d'aboutir à un texte le plus équilibré possible, si chacun fait une part de concession.

Je veux témoigner de la qualité de nos travaux. Je sais que chacun d'entre vous a préparé ce rendez-vous parlementaire avec beaucoup de soin, et certains depuis de longues années, en rencontrant des soignants, des malades et des associations. Chacun est aussi porteur de son expérience personnelle, ce qui a nourri nos travaux. Je sais l'engagement de tous ceux qui ont pris part à ce débat, particulièrement important.

J'ai aussi une pensée pour Olivier Falorni. Je remercie Agnès Firmin Le Bodo qui a présidé la première commission spéciale sur le sujet, le rapporteur général et les rapporteurs thématiques ainsi que les administrateurs, qui fournissent un travail énorme. Mon bureau étant situé près des leurs, je reconnais que je pars toujours avant eux et qu'ils sont toujours là avant moi ! Un grand merci à eux.

Les amendements AS219, AS220, AS654 et AS221 sont retirés.

*La commission **rejette** l'amendement AS65.*

*Puis elle **adopte** l'ensemble de la proposition de loi **modifiée**.*

*
* *

*En conséquence, la commission des affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'**adopter** en nouvelle lecture la présente proposition de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport.*

– Texte adopté par la commission : <https://assnat.fr/Zi2Zod>

– Texte comparatif : <https://assnat.fr/n439ZN>