

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie

- Suite de l'examen du projet de loi 2
- Présences en réunion..... 45

Vendredi
17 mai 2024
Séance de 9 heures

Compte rendu n° 30

SESSION ORDINAIRE DE 2023-2024

**Présidence de
Mme Agnès Firmin
Le Bodo,
*présidente***



La réunion commence à neuf heures dix.

La commission spéciale poursuit l'examen du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie.

Article 8 (suite) : *Procédure d'examen de la demande d'aide à mourir jusqu'à la prescription de la substance létale*

Amendement CS1521 de M. Hervé de Lépinau

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

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements CS1474 de Mme Emeline K/Bidi et CS788 de M. Charles de Courson, amendements identiques CS478 de M. Yannick Neuder, CS1168 de M. Thibault Bazin, CS1620 de Mme Annie Vidal et CS1777 de Mme Geneviève Darrieussecq (discussion commune)

Mme Emeline K/Bidi (GDR - NUPES). Mon amendement précise que les avis recueillis par le médecin doivent être écrits et motivés. Toutefois, nous avons voté hier soir la collégialité de la procédure : je m'interroge donc sur la nécessité de le maintenir. J'aimerais avoir l'avis de la rapporteure ou de la ministre sur ce point.

M. Charles de Courson (LIOT). Il s'agit de préciser que l'avis doit être écrit afin de tenir compte de l'éventualité d'un recours.

M. Yannick Neuder (LR). Je ne peux pas laisser dire que nous avons adopté hier le principe de la collégialité : nous avons seulement prévu une consultation pluriprofessionnelle. C'est d'ailleurs paradoxal car nombre de décisions médicales et chirurgicales beaucoup moins importantes pour le patient nécessitent des décisions prises soit par un staff, soit par une unité de concertation. La procédure pour obtenir une valve cardiaque est par exemple plus contraignante – il faut recueillir les avis d'un cardiologue, d'un gériatre et d'un médecin anesthésiste –, alors que pour bénéficier de l'aide active à mourir, il suffit d'un seul avis médical qui fera foi dans la décision. Comment l'expliquerez-vous aux équipes soignantes pluriprofessionnelles et surtout aux patients ?

M. Thibault Bazin (LR). Je dois avouer que l'inquiétude me gagne : après avoir fait disparaître les conditions strictes de consentement et remplacé « court ou moyen terme » par l'expression beaucoup plus vague de « phase avancée ou terminale », vous avez totalement éliminé la notion de pronostic vital engagé. Ce texte risque d'être le plus permissif au monde. C'est très inquiétant pour les soignants.

L'amendement que je propose prévoit que cette procédure devra laisser une trace écrite, comme les arrêts de traitement et la sédation profonde et continue jusqu'au décès. Faites au moins cela !

Mme Annie Vidal (RE). Il s'agit de préciser que l'avis du médecin sera formulé par écrit comme en Belgique et aux Pays-Bas, afin de renforcer la traçabilité de la procédure et de faciliter la révision des décisions médicales.

Mme Geneviève Darrieussecq (Dem). Le projet de loi demande beaucoup aux médecins et aux soignants. Ils doivent être protégés face à la judiciarisation qui ne manquera pas de se développer. Puisqu'un traçage numérique est prévu, il faut que les comptes rendus soient approuvés par tous ceux qui composent le collège et signés de façon numérique. Cela me semble nécessaire pour ne pas mettre les soignants en difficulté.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Concernant la collégialité, la procédure mise en place est semblable à une réunion de concertation pluridisciplinaire, qui est très différente d'un staff. Par ailleurs, le choix de remplacer « à court ou moyen terme » par « en phase avancée ou terminale », dont je ne suis pas sûre qu'il soit meilleur, n'étend pas le périmètre de cette disposition. Enfin, l'article 13 prévoit de façon exhaustive la traçabilité des actes.

Pour toutes ces raisons, avis défavorable.

Mme Catherine Vautrin, ministre du travail, de la santé et des solidarités. Monsieur Bazin, je vous invite à lire l'article L. 1111-12 du code de la santé publique. Cela vous permettra de constater que ce qui a été adopté hier est plus restrictif que ce qui était proposé initialement, contrairement à ce que vous avez pu lire cette nuit – je vois fort bien à quel courrier vous faites allusion. Nous nous inscrivons dans la logique du patient en extrême fin de vie ; c'est tellement vrai que cet article du code sert aujourd'hui à l'arrêt des traitements. C'est cela que les parlementaires ont voté à l'alinéa 4 de l'article 6. Il est important que vous soyez informé des débats qui furent les nôtres hier.

S'agissant de la traçabilité des décisions, la question est celle de l'expertise médicale faite par un médecin qui doit ensuite prendre l'avis d'un médecin de spécialité s'il n'est pas lui-même médecin de spécialité, et d'un personnel paramédical. L'article 13 précise bien que chacun des actes donne lieu à un enregistrement par les professionnels concernés dans un système d'information : c'est donc bien un écrit.

Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques CS841 de M. Charles de Courson et CS869 de M. Julien Odoul

M. Charles de Courson (LIOT). L'amendement concerne la clause de conscience. Il s'agit de rappeler que le médecin consulté doit être volontaire.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Un médecin qui souhaiterait faire jouer sa clause de conscience doit être protégé. Il apparaît primordial de préciser dans le projet de loi que seul un médecin volontaire ou qui consent à pratiquer l'euthanasie peut répondre à une demande. L'Ordre national des médecins a rappelé l'importance de cette clause.

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

Amendements identiques CS1074 de Mme Sandrine Rousseau et CS1546 de M. Thomas Ménagé

Mme Julie Laernoës (Ecolo - NUPES). Il s'agit de préciser que le médecin consulté ne doit présenter aucun lien hiérarchique avec le médecin chargé de l'appréciation de la demande, afin que son avis soit libre et éclairé.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement CS1546 est défendu.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Cela peut compliquer la tâche du médecin s'il souhaite consulter un praticien dans son propre établissement. Avis défavorable.

Mme la ministre. Même avis.

M. Thibault Bazin (LR). Tout comme vous le faites certainement, madame la ministre, nous nous tenons informés des débats même lorsque nous sommes absents. Je viens de relire l'article L. 1111-12 du code de la santé publique. Il concerne les malades refusant un traitement et les malades en fin de vie. Or, nous débattons des personnes atteintes d'une affection grave et incurable mais dont le pronostic vital n'est pas engagé, et qui peuvent vivre encore cinq, dix ou quinze ans.

La commission rejette les amendements.

L'amendement CS1619 de Mme Annie Vidal est retiré.

Amendement CS1622 de Mme Annie Vidal

Mme Annie Vidal (RE). L'amendement précise que le médecin volontaire est étranger à l'équipe chargée du patient et que s'il doit être compétent dans le domaine de l'affection en cause, il n'est pas obligatoirement un spécialiste ou un expert. Cette formulation reprend tout simplement les dispositions de l'article R. 4127-37-1 du code de la santé publique, relatif à la déontologie médicale, sur la notion de médecin consultant.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. La notion de médecin compétent est plus floue que celle retenue dans le texte. Avis défavorable.

Mme la ministre. La notion de compétence dans le domaine de l'affection en cause ne semble pas assez précise car elle ne se rapporte à aucun référentiel médical, au contraire du spécialiste.

Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

Amendement CS2017 de Mme Laurence Cristol

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Il s'agit de préciser que le médecin consulté est un spécialiste de la pathologie du patient, même si le premier médecin l'est également. L'avis de deux spécialistes est de nature à renforcer la qualité de l'évaluation de la demande.

La commission adopte l'amendement.

Amendement CS790 de M. Laurent Panifous

M. Charles de Courson (LIOT). Cet amendement précise que le médecin consulté sur l'évaluation de la demande d'aide à mourir ne doit pas avoir de lien hiérarchique avec le premier médecin. Il s'agit de la formulation retenue dans le cadre de la procédure collégiale prévue pour la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Cela peut rendre la procédure compliquée quand il s'agit de médecins travaillant dans un même établissement. Avis défavorable.

Mme la ministre. Même avis.

Mme Julie Laernoës (Ecolo - NUPES). Je ne comprends pas ce refus : il me paraît important que le médecin émettant un avis ne soit pas soumis à un lien hiérarchique afin que le premier médecin ne puisse orienter son évaluation. Cela ne signifie pas qu'ils ne peuvent travailler dans le même cabinet, dès lors que cette garantie est apportée.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Lien hiérarchique ou pas, quand on est médecin, on donne son avis. Il faut faire confiance au corps médical.

M. Yannick Neuder (LR). On ne doit vraiment pas travailler dans les mêmes hôpitaux ! Qu'il s'agisse d'une unité de concertation ou d'un staff, quand on prend une décision importante comme une intervention de chirurgie cardiaque ou un suicide assisté, la parole de l'assistant chef de clinique, qui a un ou deux ans d'expérience une fois thésé, sera moins entendue que celle du médecin anesthésiste ou du chirurgien qui a vingt-cinq ans de pratique. C'est bien l'intérêt de ces staffs, qui ont une visée pédagogique puisque nos étudiants y assistent, qu'il y ait une hiérarchisation. Je voudrais mettre fin à un fantasme : on ne vote ni dans les staffs ni dans les unités de concertation. Le dossier médical du patient indique que la décision a été prise non par un médecin, mais par l'unité de concertation ou par le staff. Cela évite d'ailleurs la judiciarisation évoquée par Mme Darrieussecq.

La commission adopte l'amendement.

Amendements CS1475 de M. Pierre Dharréville, CS496 de M. Yannick Neuder et CS2016 de Mme Laurence Cristol (discussion commune)

Mme Emeline K/Bidi (GDR - NUPES). L'amendement CS1475 précise que le médecin doit examiner la personne et accéder à son dossier médical avant de notifier son avis motivé pour l'aide à mourir.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Mon amendement prescrit que le médecin consultant examine en principe la personne, sauf s'il ne l'estime pas nécessaire, afin de ne pas alourdir inutilement la procédure, notamment lorsque le pronostic vital est engagé à court terme. Le but est de renverser la logique du texte en précisant que, par principe, le médecin examine le patient.

Avis défavorable sur les deux premiers amendements.

Mme la ministre. Même avis.

Mme Annie Genevard (LR). Je voudrais dire en préambule combien la journée d'hier a été, de notre point de vue, une journée noire, dont le bilan est catastrophique. Pronostic vital engagé supprimé, demande d'euthanasie inscrite dans les directives anticipées, « moyen terme » remplacé par le terme plus vague de « phase avancée », euthanasie par un

proche maintenue, volontariat du soignant rejeté. Nous devons mesurer à quel point nous avons fait sauter des digues.

S'agissant de cet amendement, je ne comprends pas : pourquoi indiquer « sauf s'il ne l'estime pas nécessaire » ? Dans les auditions de la commission spéciale, beaucoup de médecins ont dit qu'on ne pouvait pas donner un avis sans voir le malade.

M. René Pilato (LFI - NUPES). J'aimerais que l'on s'astreigne à acter ce qui a été voté démocratiquement. Se plaindre de tout ce qu'il s'est passé les jours précédents ne changera pas le vote. Plutôt que d'en parler à chaque prise de parole, je vous invite à amender le texte qui viendra en séance publique et à faire confiance à la démocratie.

Mme Annie Genevard (LR). Je ne sais pas si la composition de cette commission est démocratique !

Mme la présidente Agnès Firmin Le Bodo. Madame Genevard, la démocratie suppose le respect de l'indépendance de chaque groupe dans la composition de la commission.

Mme Cécile Rilhac (RE). Les groupes sont maîtres dans le choix des députés qui composent cette commission et il me semble, au vu de ce que j'observe, que cela a été respecté, quels que soient les positionnements des uns et des autres, plus ou moins maximalistes, vis-à-vis de ce projet de loi.

Je trouve l'amendement de la rapporteure intéressant car il facilite la vie des patients en évitant l'empilement de démarches administratives et en leur épargnant un nouveau passage devant le médecin. Le dossier médical est tellement bien constitué qu'il suffit de le lire, sans qu'il soit nécessaire d'examiner la personne.

M. Thierry Frappé (RN). Déontologiquement, un médecin doit examiner le patient. L'aide à mourir étant un acte important, le minimum est que le médecin le voie effectivement. Je ne suis donc pas d'accord avec le terme « sauf s'il ne l'estime pas nécessaire ».

Mme Natalia Pouzyreff (RE). Il convient de clarifier cette disposition : l'avis d'un second médecin est sollicité par un premier médecin qui, lui, aura examiné le patient. L'expertise de ce second médecin lui permet de juger à partir du dossier médical. De plus, cet amendement n'exclut rien parce qu'il pourra, s'il l'estime nécessaire, examiner le patient.

Mme Geneviève Darrieussecq (Dem). Sans doute suis-je de la vieille école mais, pour moi, la base de l'acte médical, c'est l'examen clinique du patient.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. S'agissant de la procédure collégiale, tous les médecins présents dans une réunion de concertation n'ont pas examiné le patient. Cela permet de prendre du recul et d'assurer une certaine objectivité quand il y a des décisions difficiles à prendre, qui mettent en jeu la vie du patient. C'est donc très complémentaire.

Mon amendement pose le principe de l'examen du patient mais permet d'envisager de pas le faire lorsque cela s'avère impossible, par exemple sur du court terme. Il ne s'agit donc pas de refuser quoi que ce soit mais de bénéficier de la collégialité pour porter un regard neuf sur un dossier délicat.

Mme la ministre. Sans refaire le débat d'hier, il faut clarifier certains points. Le volontariat médical a été maintenu dans le texte. Les directives anticipées ne suffisent pas pour bénéficier de l'aide à mourir. Il est important de rappeler qu'à tous les stades, et jusqu'au moment de l'administration du produit létal, c'est la volonté du patient qui prime. Nous écoutons et nous respectons les convictions de chacun. Le texte évolue au cours de son examen en commission. Il est important, d'un point de vue démocratique, de respecter la volonté exprimée par les législateurs.

M. Yannick Neuder (LR). Le sens de ces amendements était de remettre l'examen clinique au cœur de la consultation médicale. C'est aussi l'objectif de la réforme en cours du troisième cycle des études de santé car nous constatons que les étudiants passent plus de temps devant leurs écrans que devant les malades. Ce sont les dangers du numérique. Ne pas replacer l'examen clinique au cœur de la pratique médicale est une erreur.

*La commission **rejette** successivement les amendements CS1475 et CS496, puis **adopte** l'amendement CS2016.*

*En conséquence, les amendements CS1775 de M. Philippe Vigier, CS479 de M. Yannick Neuder, CS58 de Mme Emmanuelle Ménard, CS143 de Mme Marie-France Lorho, CS299 de M. Fabien Di Filippo, CS1621 de Mme Annie Vidal et CS1126 de M. Thibault Bazin **tombent**.*

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission **rejette** l'amendement CS1624 de Mme Annie Vidal.*

Amendement CS816 de M. Raphaël Gérard

M. Joël Giraud (RE). Cet amendement autorise l'examen du patient et le recueil de l'avis du médecin par téléconsultation. Mais il me semble que nous avons adopté une disposition en ce sens hier. Si vous me le confirmez, je retire mon amendement.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Je vous le confirme.

*L'amendement est **retiré**.*

Amendement CS916 de M. Philippe Juvin

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

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

Amendement CS1169 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (LR). Les auxiliaires médicaux et les aides-soignants ne doivent pas être impliqués dans la procédure de mort administrée. De plus, ils ne peuvent faire l'objet de sanctions disciplinaires ordinaires comme le prévoit l'article 17, ces professions n'étant pas organisées en ordre professionnel.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Je suis surprise par votre amendement. Le texte s'ouvre à l'avis non seulement d'un deuxième médecin spécialiste mais également des soignants, ce qui a toute sa pertinence compte tenu de leur connaissance du patient. Consulter plusieurs professionnels est gage d'expertise.

Avis défavorable.

Mme la ministre. Nous avons souvent évoqué le sujet de la place des paramédicaux. Les aides-soignants et infirmiers, en contact quotidien avec les patients, les entendent s'exprimer dans ces moments de vie. Il est important d'entendre leur voix.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Monsieur Bazin, vous avez dit que vous aviez passé beaucoup de temps à discuter avec les collègues des services de soins palliatifs. Ils ont dû vous expliquer que, bien souvent, quand les médecins discutent en réunion des patients, ils reviennent en courant avec les dossiers sous le bras pour demander aux équipes paramédicales si la personne souffrait pendant la toilette ou si elle avait des difficultés à déglutir. Les aides-soignants et les auxiliaires médicaux ont toute leur place dans cette collégialité.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS1234 de M. Thierry Frappé

M. Thierry Frappé (RN). Mon amendement a pour objectif d'ajouter l'infirmier à l'auxiliaire médical plutôt que de regrouper tout le monde sous le même terme.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Un infirmier relève de la catégorie des auxiliaires médicaux, tout comme un kinésithérapeute ou un psychologue. Votre amendement est donc satisfait.

Avis défavorable.

Mme la ministre. Même avis.

Mme Annie Genevard (LR). Je peine à comprendre pourquoi on recueille obligatoirement l'avis d'un auxiliaire médical ou d'un aide-soignant alors que la consultation d'autres professionnels, notamment psychologues et infirmiers, n'est qu'une possibilité. Leurs avis ont pourtant toute leur importance.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Chaque cas étant particulier, l'objectif du texte est de s'adapter aux malades. Il me semble donc pertinent de pouvoir décider, au cas par cas, de ce qui est le mieux pour le patient, qui est au cœur de la décision.

Mme la ministre. L'article 8, dans son alinéa 5, impose de recueillir obligatoirement l'avis d'un autre médecin et, dans son alinéa 6, d'un personnel paramédical. Quant à l'alinéa 7, il ouvre la possibilité au médecin de consulter tous les professionnels dont il estime l'avis important.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS542 de Mme Marie-France Lorho

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Un auxiliaire médical ou un aide-soignant pourrait accompagner le médecin dans le cadre de la procédure visant à mettre fin à la vie d'une personne. Il faut préciser qu'il doit intervenir auprès du patient depuis une période suffisamment longue pour bien le connaître. À défaut, toute personne ayant été au service du patient, même de manière superficielle, pourrait participer à cette procédure.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. La notion de « période suffisamment longue pour le connaître » me semble floue et ne correspond pas à la réalité. De plus, le projet de loi précise déjà que le professionnel consulté doit intervenir auprès de la personne, ce qui semble suffisant.

Avis défavorable.

Mme la ministre. Même avis.

M. Thibault Bazin (LR). La question de la temporalité est importante. Je tiens à rassurer Mme Fiat : je ne suis pas opposé au principe de recueillir et de prendre en considération l'avis des aides-soignants, bien au contraire. Je pose toutefois la question de la cohérence de l'alinéa 6 avec l'article 17 concernant les sanctions disciplinaires quand il existe un ordre professionnel. C'était là le sens de mon amendement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS113 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (LR). Il s'agit de préciser que les personnes amenées à donner un avis doivent avoir rencontré physiquement la personne demandant une aide à mourir.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Les alinéas de l'article 8 prévoient bien que ces professionnels interviennent auprès de la personne. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS1591 de Mme Danielle Simonnet, amendements identiques CS1052 de M. Stéphane Buchou et CS1803 de M. François Gernigon, amendements CS721 de M. Raphaël Gérard, CS1498 de Mme Danielle Simonnet et CS1641 de Mme Annie Vidal (discussion commune)

Mme Danielle Simonnet (LFI - NUPES). Un patient peut avoir rédigé des directives anticipées et désigné une personne de confiance en plein discernement. Il est important, dans le cas où une procédure d'aide à mourir est enclenchée, de recueillir l'avis de la personne de confiance.

M. Gilles Le Gendre (RE). L'amendement CS1052 propose de recueillir l'avis de la personne de confiance avant que le médecin formule son avis. Cela me semble utile compte tenu du lien particulier que cette personne de confiance entretient avec le patient.

M. François Gernigon (HOR). Mon amendement a pour objectif de permettre au médecin, lors de la procédure d'examen de la demande, de disposer de l'avis de la personne de confiance, connaisseuse des volontés du demandeur.

M. Joël Giraud (RE). L'amendement proposé par Raphaël Gérard rend obligatoire le recueil de l'avis de la personne de confiance désignée par le patient.

Mme Danielle Simonnet (LFI - NUPES). Avec l'amendement CS1498, c'est le même argumentaire que pour un amendement précédent qui, miracle, n'avait pas été déclaré irrecevable au titre de l'article 40.

Mme Annie Vidal (RE). Il s'agit, dans cette procédure qui se veut collégiale, de recueillir l'avis de la personne de confiance ou, à défaut, de son proche aidant. Pour avoir malheureusement fréquenté beaucoup de services d'oncologie et d'unités de soins palliatifs, je peux témoigner du fait que l'une et l'autre sont associés au parcours du patient. Elles ne le seraient pas ici alors que les enjeux sont importants et qu'il leur faudra peut-être faire le geste final. Le médecin ne sera pas obligé d'aller dans leur sens, mais il me paraît impensable de ne pas les consulter dans un parcours aussi complexe, difficile et important.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Je suis très défavorable.

Le rôle de la personne de confiance est d'assister le patient avec son accord lors de ses démarches médicales ou d'exprimer sa volonté lorsqu'il n'est plus en mesure de le faire. Or, nous parlons ici d'une personne en mesure d'exprimer sa volonté de manière libre et éclairée. Si ce texte est équilibré, c'est parce que les mots sont pesés. La volonté du patient est exprimée de manière libre et éclairée à plusieurs reprises, notamment lorsque la procédure arrive à son terme. Il n'y a pas lieu d'associer la personne de confiance si cela n'est pas la volonté du patient. Ne mélangeons pas les situations. En l'occurrence, nous devons aussi protéger le malade car il peut y avoir des abus.

Mme la ministre. Ce texte spécifique est centré sur deux personnes : le patient qui exprime sa volonté ; le médecin qui expertise sa situation pathologique afin de déterminer s'il est ou non éligible à l'aide à mourir. Dans cet article 8, nous en sommes à déterminer le rôle du professionnel de santé, son lien avec le patient. Certains d'entre vous ont évoqué à plusieurs reprises le risque potentiel d'influence d'une personne extérieure. Nous indiquons ici que le patient exprime sa volonté libre et éclairée, sans autre intervenant.

Je suis très défavorable à ces amendements.

Mme Emeline K/Bidi (GDR - NUPES). Dans ces propositions, le plus gênant est le caractère obligatoire de la consultation. On infantilise le patient comme si le fait qu'il soit en fin de vie l'empêchait d'avoir une totale liberté de conscience. Il n'a peut-être pas actualisé la déclaration désignant sa personne de confiance. Mme Fiat nous disait qu'elle en avait déjà changé deux fois ! Imaginez que j'aie désigné mon ancien compagnon, puis oublié de modifier ma déclaration au moment de la rupture. On lui demanderait son avis si j'étais en fin de vie ? Cela me semble compliqué... (*Sourires.*)

Mme. la présidente Agnès Firmin Le Bodo. Que personne ne commente les propos de Mme K/Bidi !

Mme Annie Vidal (RE). Quand on accompagne quelqu'un en train de mourir, ce n'est vraiment pas drôle !

M. René Pilato (LFI - NUPES). Dans le cadre de la collégialité, la consultation de la personne de confiance est une corde supplémentaire à l'arc dont disposera le médecin pour prendre sa décision. Nous lui demandons de recueillir l'avis de la personne de confiance, mais

rien ne l'oblige à s'y conformer. C'est un peu ce que nous faisons ici : nous recueillons les avis des uns et des autres, même ceux de nos adversaires politiques, avant que chacun ne décide en son âme et conscience. On peut découvrir une chose à laquelle on n'avait pas pensé. L'ajout de la personne de confiance dans le collège ne nuit pas s'il est destiné à apporter des informations au médecin pour l'aider à se forger son opinion.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Mes chers collègues, compte tenu de la place de vos amendements dans le texte, leur adoption reviendrait à demander à la personne de confiance d'exprimer un avis médical : les douleurs sont-elles réfractaires ? La maladie a-t-elle progressé pour en arriver à un stade terminal ? Ce n'est pas le rôle de la personne de confiance. Rappelons aussi que cette procédure d'aide à mourir concerne des personnes capables d'exprimer leur volonté de manière libre et éclairée. S'il s'agissait d'une personne inconsciente, je serais d'accord. En l'occurrence, ce serait infantiliser le patient, comme l'a expliqué Mme K/Bidi.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). J'abonde dans le sens de ma collègue Fiat. Alors que le texte est construit autour de la volonté de la personne, pourquoi irait-on demander l'avis de quelqu'un d'autre ?

M. Thibault Bazin (LR). Pour ma part, je rejoins Annie Vidal qui se place dans le cadre d'un parcours auquel le proche aidant a participé, alors qu'il n'est pas toujours la personne de confiance désignée à un moment donné. Compte tenu des échanges qu'ils ont pu avoir avec le patient, notamment dans des parcours en cancérologie, ces proches aidants pourraient être consultés.

M. Gilles Le Gendre (RE). Sensible aux arguments développés, je vais prendre sur moi de retirer l'amendement du collègue Buchou.

Mme la ministre. Je tiens à insister, une fois encore, sur un point majeur : nous sommes dans une logique où le patient exprime sa volonté de manière libre et éclairée. Si vous placez une personne, quelle qu'elle soit, entre le médecin et le patient, vous prenez le risque d'une forme d'influence. Certains d'entre vous ont d'ailleurs évoqué les risques de judiciarisation ou les problèmes d'actualisation de la déclaration de personne de confiance. Cela ne veut pas dire que nous ne respectons pas les proches, les gens qui accompagnent le patient.

Avis défavorable.

Les amendements CS1052, CS1803 et CS721 sont retirés.

La commission rejette successivement les amendements CS1591, 1498 et 1641.

Amendement CS1073 de Mme Sandrine Rousseau

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Toutes les maladies psychiatriques ne donnent pas nécessairement lieu à une altération totale du discernement. Aussi une personne atteinte d'une maladie psychiatrique peut-elle remplir les conditions d'accès d'aide à mourir et être capable d'exprimer une volonté libre et éclairée. On peut être atteint d'une pathologie douloureuse qui n'a aucun lien avec la maladie psychiatrique. C'est pourquoi, sans supprimer l'exclusion des personnes dont la maladie psychiatrique altère gravement le discernement, nous proposons qu'en cas de maladie psychiatrique ne l'altérant que partiellement, le médecin

chargé d'apprécier les conditions d'accès recueille l'avis d'un psychiatre afin de qualifier la volonté libre et éclairée de la personne.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Nous avons déjà abordé ce sujet particulier lors de nos débats sur l'alinéa 2 de ce même article. La consultation systématique d'un psychiatre alourdirait la procédure alors même que le projet de loi n'exclut pas que ces personnes aient accès à l'aide à mourir en fonction de leur discernement. Le caractère libre et éclairé de leur volonté sera examiné dans la même procédure que pour toutes les autres personnes. En outre, le texte permet au médecin de recueillir l'avis d'un psychiatre s'il l'estime nécessaire. Je suis favorable de manière générale à ce qu'un psychiatre soit sollicité, mais je ne pense pas qu'il faille le réserver aux personnes atteintes de pathologies psychiatriques. Votre proposition introduit une différence de traitement susceptible de compliquer l'accès à l'aide à mourir pour ces personnes.

Avis défavorable.

Mme Cécile Rilhac (RE). Comme je l'ai dit hier lors de nos échanges sur l'alinéa 2, on ne peut pas exclure des personnes atteintes de maladies psychiatriques mais souffrant aussi d'une autre pathologie qui pourrait leur donner accès à l'aide à mourir. Nous allons insister pour que ces personnes puissent bénéficier de cette procédure.

Mme Julie Laernoës (Ecolo - NUPES). On donne souvent peu de crédit aux paroles des patients atteints de maladies psychiatriques, ce qui rend d'autant plus importante la consultation d'un psychiatre. Il s'agit de protéger l'accès de ces personnes au droit à mourir.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS458 de M. Yannick Neuder

M. Yannick Neuder (LR). Compte tenu de l'importance du consentement libre et éclairé, je souhaite que soit précisé le sort réservé aux personnes sous tutelle et curatelle. Ce placement indique qu'elles ne sont pas aptes à prendre certaines décisions de façon libre et éclairée. Dès lors, faut-il inclure un juge des contentieux de la protection dans le processus décisionnaire les concernant ?

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Nous ne souhaitons pas judiciaireiser une procédure médicale. La saisine d'un juge ne me semble pas opportune pour apprécier ces critères : il devrait se référer lui-même à l'avis d'un médecin. Cela risque d'allonger la procédure pour les majeurs protégés et donc d'entraver leur accès à ce droit. Rappelons que la loi en vigueur prévoit l'autorisation du juge des contentieux de la protection pour des actes médicaux graves concernant un majeur protégé. Cette autorisation se justifie par la nécessité de vérifier son aptitude à exprimer une volonté libre et éclairée dans des hypothèses où il n'existe pas de mécanismes de vérification de cette aptitude. Or, le projet de loi prévoit déjà une procédure pour vérifier la volonté libre et éclairée de la personne. Il n'y a pas lieu d'y ajouter la saisine d'un juge.

Avis défavorable.

Mme la ministre. Raisonnant par analogie, je rappelle que le juge des contentieux de la protection ne donne pas d'avis ou d'autorisation en matière de sédation profonde et continue.

Avis défavorable.

M. Charles de Courson (LIOT). On peut hésiter par respect du parallélisme des formes. Cela étant, le jugement désignant un tuteur ou curateur contient-il des éléments relatifs à notre débat ? J'en doute. Un juge des contentieux de la protection peut-il dire que vous n'avez pas votre liberté de décision dans ce domaine ? Si ce n'est pas le cas, le parallélisme des formes n'a pas à s'appliquer.

M. Hervé de Lépinau (RN). Lorsque vous êtes incapable majeur, on part du principe que vous devez être assisté dans les actes de la vie courante. Cette assistance porte généralement sur des questions matérielles telles que la gestion du compte en banque. Mais elle peut aller au-delà : le tuteur pourra, par exemple, saisir le juge dans l'hypothèse d'un placement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, et on entre alors dans un domaine lié au bien-être et à la santé. La protection doit s'étendre à cette décision irréversible. Vous allez placer deux tiers, le tuteur et le juge des contentieux de la protection, dans une très grave difficulté d'appréciation.

Mme la ministre. Pour tenir compte de la situation de vulnérabilité des majeurs protégés, qui bénéficient d'une mesure de protection à la personne, assistance ou représentation, nous avons prévu des garanties supplémentaires conformément aux recommandations du Conseil d'État. Tout d'abord, le majeur protégé doit indiquer au médecin qui reçoit la demande d'aide à mourir qu'il bénéficie d'une mesure de protection ; c'est l'article 7, alinéa 3. Ensuite, le médecin informe la personne chargée de la mesure de protection que le majeur protégé a adressé une demande d'aide à mourir. Il tient compte des observations formulées par la personne chargée de la mesure de protection ; c'est l'article 8, alinéa 8. Enfin, le médecin indique à la personne chargée de la mesure de protection le sens de sa décision ; c'est l'article 8, alinéa 9. Le texte contient donc des mesures précises concernant les majeurs protégés.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS1170 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (LR). Si la personne en charge d'une mesure de protection ne réagit pas, on considère que son silence vaut acceptation et qu'elle consent. On l'informe mais on ne demande pas son accord.

Quant à mon amendement, je le considère défendu car il a trait à un sujet déjà évoqué.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Nous avons, en effet, déjà discuté de ce sujet. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS2015 de Mme Laurence Cristol

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Je propose de renforcer la collégialité de la procédure en donnant au médecin la possibilité de consulter les professionnels de l'établissement médico-social où est hébergée la personne qui fait la demande.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, les amendements CS1239 de Mme Nicole Dubré-Chirat et CS672 de Mme Christine Pires Beaune tombent.

Amendements CS1075, CS1076, CS1077 et CS1078 de Mme Sandrine Rousseau, amendement CS1341 de Mme Julie Laernoës (discussion commune)

Mme Julie Laernoës (Ecolo - NUPES). Je retire les amendements CS1075, CS1076, CS1077, CS1078 et CS1079, qui n'ont plus lieu d'être car ils font référence à la notion de « court et moyen terme », supprimée hier.

Quant à l'amendement CS1341, il crée un protocole dérogatoire pour ouvrir l'accès au dispositif d'aide à mourir aux mineurs sur la base de conditions spécifiques définies par la Haute Autorité de santé (HAS). Un amendement de coordination est prévu à l'article 18. Je remercie tous les collègues qui, lors de nos précédents échanges sur ce sujet difficile, se sont exprimés pour que nous ayons un débat apaisé. Il n'est pas de plus grand drame pour un parent que de perdre son enfant. Alors imaginez ce que cela signifie de le voir souffrir d'une maladie incurable qui engage sa vie, de le voir en grande souffrance à la fin de sa vie.

Des protocoles médicaux d'aide à mourir pour les mineurs existent aux Pays-Bas et en Belgique, ce qui prouve qu'il est possible de mettre en œuvre une procédure éthique pour eux. Contrairement à ce que prétendent certains, cela ne constitue absolument pas une dérive car, fort heureusement, les cas sont très rares. Il est néanmoins important de réagir à la situation de mineurs qui souffrent autant que les majeurs d'une affection grave et incurable, et dont les douleurs sont réfractaires à tout traitement. Il faut réfléchir à une application spécifique et prévoir des précautions particulières définies par la HAS. Rappelons d'ailleurs que la sédation profonde et continue, permise par la loi du 2 février 2016, s'adresse à tous les patients sans aucune condition d'âge. Aucune condition supplémentaire n'est exigée pour les mineurs.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Nous avons discuté des critères d'accès à l'aide à mourir lors de l'examen de l'article 6. Je réitère un avis fermement défavorable concernant l'inclusion des mineurs dans le dispositif d'aide à mourir. Leur exclusion repose sur des considérations éthiques : ils n'ont pas la capacité des adultes à exprimer une volonté libre et éclairée. Elle se fonde aussi sur des raisons scientifiques : les jeunes patients peuvent avoir des perspectives de guérison différentes de celles des adultes.

Mme la ministre. Nous avons déjà eu ce débat. Avis très défavorable.

M. Thierry Frappé (RN). Alors que nous protégeons la santé mentale des adolescents et que nous reconnaissons qu'ils peuvent avoir des troubles de l'humeur, il est proposé de leur donner accès à l'aide à mourir. Ce n'est ni la bonne réponse ni le bon moment.

Les amendements CS1075, CS1076, CS1077 et CS1078 sont retirés.

La commission rejette l'amendement CS1341.

L'amendement CS1079 est retiré.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement CS1477 de Mme Emeline K/Bidi.

Amendement CS1586 de Mme Anne Bergantz

Mme Anne Bergantz (Dem). Cet amendement n'a pas fait l'objet d'une discussion commune avec ceux qui traitaient de la consultation d'un proche aidant ou d'une personne de confiance parce qu'il n'a pas été inséré au même endroit du texte. Il s'agit de donner la possibilité de consulter les proches du patient. À mon avis, cela ne remet pas en cause la notion de volonté libre et éclairée, contrairement à ce que j'ai pu entendre. Ce proche aidant peut témoigner du cheminement de la personne malade, apporter un regard autre que médical sur sa demande d'aide à mourir. Il peut parler de son environnement, son parcours avant la maladie, sa philosophie de vie, ses motivations existentielles. Donnée avec l'accord de la personne malade, ce regard supplémentaire est un appui non seulement pour elle, mais également pour le médecin qui évalue la demande d'aide à mourir.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Je partage votre volonté d'associer les proches aidants qui, particulièrement dans la société actuelle, jouent un rôle pivot que nous cherchons à conforter. En revanche, il n'est pas opportun de prévoir le recueil de leurs avis dans cette procédure qui vise à réunir des avis de professionnels de santé pour apprécier des critères médicaux. Pour que sa volonté soit libre et éclairée, il faut que la personne ne soit pas influencée par un proche – époux, enfant, parent – dépourvu de compétences médicales particulières et dont la présence peut être contre-productive. Cette volonté de garder une objectivité n'enlève rien à l'importance de la présence des proches.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS1516 de M. Hervé de Lépinau

M. Hervé de Lépinau (RN). Je souhaite renforcer l'obligation de consultation des tuteurs ou curateurs d'adultes protégés. Certains majeurs protégés sont dans le déni de leur état et n'informent pas les tiers du fait qu'ils sont sous protection de justice. Nous proposons donc d'ajouter la mention « À peine d'irrégularité », au début du 3^o de l'alinéa 8. Nous voulons éviter que certaines personnes ne passent entre les mailles du filet, c'est-à-dire qu'elles rencontrent le médecin sans l'informer de la procédure dont ils font l'objet, et que l'on en arrive à l'euthanasie ou au suicide assisté d'une personne sous protection de justice.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Votre amendement n'apporte rien au dispositif prévu. Avis défavorable

Mme la ministre. Si je comprends l'intention, la forme pose problème : si le patient ne l'informe pas, le médecin peut difficilement consulter le mandataire. Avis défavorable

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS793 de M. Charles de Courson

M. Charles de Courson (LIOT). Il vise à préciser la procédure d'évaluation de la demande d'aide à mourir pour les personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne. Le médecin devrait saisir le juge des contentieux de la protection.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Pour des raisons développées précédemment, j'émet un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements CS957 de Mme Mireille Clapot et CS558 de Mme Annie Genevard (discussion commune)

Mme Cécile Rilhac (RE). L'amendement CS957 est défendu.

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement CS558 est défendu.

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

Amendements CS1518 de M. Hervé de Lépinau et CS1859 de M. René Pilato (discussion commune)

M. Hervé de Lépinau (RN). Au lieu de se contenter de recueillir l'avis du tuteur, nous proposons de lui donner le pouvoir de s'opposer au suicide assisté ou à l'euthanasie de l'adulte placé sous sa protection. D'après mon expérience, que ce soit une personne physique ou une association, le tuteur accompagne la personne dans un parcours qui peut durer plusieurs années. Il connaît ce majeur protégé et ses problèmes cognitifs. S'il peut faire des observations de nature à mettre en cause le consentement libre et éclairé de la personne protégée, il doit pouvoir s'opposer à l'acte d'euthanasie ou de suicide assisté.

M. René Pilato (LFI - NUPES). Nous proposons que le médecin « recueille » les observations du tuteur, là où le texte prévoit qu'il en « tient compte ». Il s'agit de supprimer l'idée de contrainte en cohérence avec nos précédentes positions. Une fois qu'il a recueilli ces observations, le médecin se forge son opinion. Ce n'est pas un débat sémantique : de manière cohérente, nous voulons que le médecin conserve son libre arbitre.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Monsieur de Lépinau, ce droit d'opposition remettrait gravement en cause l'autonomie des majeurs protégés. Un tel droit de veto de la personne chargée d'une mesure de protection irait à l'encontre de l'article 458 du code civil, selon lequel « l'accomplissement des actes dont la nature implique un consentement strictement personnel ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée ». De plus, dans aucune autre procédure, la personne en charge de la protection ne peut s'opposer à une décision du majeur protégé. Le code de la santé publique souligne que le consentement personnel du majeur protégé doit toujours être recherché en priorité. En cas de désaccord entre la personne protégée et celle en charge de la mesure de protection, cette dernière saisit le juge des contentieux de la protection qui statue sur la décision à prendre.

Quant à vous, monsieur Pilato, vous proposez de prévoir que le médecin « recueille » les observations de la personne en charge de la mesure de protection. Contrairement à ce que vous indiquez, le fait de prévoir que le médecin « tient compte » des observations de la personne en charge de la mesure ne signifie pas qu'il est lié par son avis. En l'état, votre amendement est donc satisfait.

Avis défavorable pour les deux amendements.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement CS2014 de Mme Laurence Cristol

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Cet amendement s'inscrit dans le cadre des différentes propositions tendant à renforcer la collégialité de la procédure. Il prévoit que la concertation entre les professionnels de santé peut être effectuée à distance afin de faciliter le recueil des avis. Il revient au médecin de se prononcer sur la demande d'aide à mourir à l'issue de cette concertation.

Mme la ministre. Avis favorable.

M. Thibault Bazin (LR). Donnez-vous vraiment corps à la concertation et à la collégialité à travers votre proposition ? Permettez-moi d'en douter ! Dans ces processus de décision complexes concernant des situations très lourdes, la concertation à distance n'est pas adaptée. En réponse à nos inquiétudes, madame la ministre, vous nous avez lu un courrier de la HAS. J'aimerais que vous puissiez me le transmettre parce que je n'ai rien reçu, sous aucune forme. Je le répète : on ne peut pas présenter la suppression de l'exigence du pronostic vital engagé comme une restriction du projet de loi. C'est plutôt un élargissement.

Mme Emeline K/Bidi (GDR - NUPES). J'ai du mal à avoir un avis tranché sur la concertation à distance. D'un côté, on peut penser que cette disposition ne sert qu'à pallier le manque de médecins et l'existence de déserts médicaux, c'est-à-dire une défaillance de notre système de santé. D'un autre côté, étant originaire des outre-mer, je me rends compte qu'il peut être nécessaire de consulter à distance un spécialiste dont l'avis pourrait être intéressant mais qui n'est pas dans le département. C'est ma sensibilité ultramarine qui l'emporte : je vais voter cet amendement.

La commission adopte l'amendement.

Amendement CS213 de M. Philippe Juvin

M. Thibault Bazin (LR). Pour éviter toute pression extérieure pouvant altérer le libre arbitre de la personne demandeuse de l'aide à mourir, nous souhaitons préciser que le médecin « prend le temps de rencontrer la personne seule, sans présence d'un tiers, afin d'éviter toute pression éventuelle ».

J'en profite pour vous poser une question, madame la ministre : plutôt que de dresser une liste d'intervenants, pourquoi ne pas avoir fait référence à l'article L1110-12 du code de la santé publique et à la notion d'équipe de soins, comme vous l'avez fait au début de nos travaux ?

Mme Laurence Cristol, rapporteure. De même que l'on ne doit pas obliger le patient à associer des membres de sa famille ou sa personne de confiance à l'évaluation, de même il ne faut pas interdire leur présence s'il le souhaite. Votre proposition restrictive n'est pas adaptée à toutes les situations.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements CS557 de Mme Annie Genevard et CS147 de Mme Marie-France Lorho (discussion commune)

M. Thibault Bazin (LR). Il s'agit de compléter l'alinéa 8 par la phrase suivante : « Il saisit le juge des contentieux de la protection assurant le suivi et le contrôle de la mesure de protection, dont l'avis lie celui du médecin. » Madame la ministre, vous avez pris en considération l'avis du Conseil d'État concernant l'information de la personne en charge de la mesure de protection, mais rien n'a été prévu pour la suite. Que se passe-t-il si le juge reste silencieux ?

Mme Lisette Pollet (RN). Je défends l'amendement CS147.

Étant donné la gravité de la décision d'aide à mourir et le caractère irrévocable de l'acte, les personnes vulnérables sous mesure de protection juridique doivent être protégées. Seul le juge des contentieux de la protection a le recul nécessaire pour évaluer la volonté libre de la personne et l'absence de toute influence.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Avis défavorable aux deux amendements.

La saisine d'un juge ne serait vraiment pas opportune. Une telle mission serait très éloignée de l'office du juge des contentieux de la protection, compétent pour les mesures de tutelle, pour trancher les litiges civils portant sur les baux d'habitation, les crédits à la consommation et les situations de surendettement.

Mme la ministre. Mêmes avis que la rapporteure. Le principe du texte est que personne ne peut se substituer au patient en fin de vie.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement CS817 de M. Raphaël Gérard

M. Joël Giraud (RE). En cas de difficulté découlant d'une carence de médecins spécialistes de la pathologie du patient sur le territoire, il est proposé que le médiateur de la Caisse nationale de l'assurance maladie puisse orienter le médecin saisi d'une demande d'aide à mourir vers un confrère volontaire pour recueillir son avis.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Votre amendement permet au médecin en charge de l'évaluation de la demande de consulter la commission d'évaluation et de contrôle s'il se trouve en difficulté pour trouver des soignants auprès desquels recueillir un avis. Le dispositif de l'article 16 du projet de loi prévoit la possibilité pour les médecins qui acceptent d'accompagner des patients dans la procédure d'aide à mourir de se déclarer auprès de cette commission. Dès lors, il sera possible pour le médecin en charge de la demande de se tourner vers la commission pour trouver, dans les meilleurs délais, un professionnel de santé pour une seconde évaluation.

Cet amendement étant satisfait, j'en demande le retrait.

L'amendement est retiré.

Amendement CS146 de Mme Marie-France Lohro

Mme Lisette Pollet (RN). Certaines personnes vulnérables faisant l'objet d'une mesure de protection ne font pas preuve de manière constante de leur capacité de discernement. Leur aptitude à exprimer leur volonté est tributaire de sursauts de leur

conscience parfois altérée. Les individus responsables juridiquement de ces personnes doivent les protéger contre cette potentielle altération.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Il ne revient en aucune manière à la personne chargée de la mesure de protection, qui n'est pas compétente pour apprécier le discernement, de tenir un tel rôle. Aux termes de l'article 8, l'évaluation de la volonté libre et éclairée de la personne se fonde sur les avis médicaux. Votre proposition ne me semble donc ni pertinente ni utile.

Avis défavorable.

Mme la ministre. Même avis.

M. Hervé de Lépinau (RN). La mesure de protection a nécessairement trait au discernement de la personne qui en fait l'objet. Au fond, nous sommes en train de considérer que la protection de sa vie est moins importante que celle, par exemple, de ses choix de consommation. Il conviendrait de rétablir la hiérarchie des importances !

Mme la ministre. C'est justement parce que c'est important qu'il faut que la personne protégée exprime elle-même ce qu'elle souhaite.

La commission rejette l'amendement.

Amendements CS794 de M. Laurent Panifous et CS795 de M. Paul-André Colombani (discussion commune)

M. Laurent Panifous (LIOT). L'alinéa 9 prévoit la notification, par le médecin, de sa décision motivée à la personne souhaitant accéder à l'aide à mourir. Dans la mesure où chaque décision, fruit d'une délibération collégiale, est importante aussi bien pour le patient que pour la traçabilité, le contrôle et l'évaluation de la procédure, nous demandons que cette dernière soit inscrite au dossier médical du patient et qu'elle lui soit communiquée.

M. Charles de Courson (LIOT). L'amendement CS795 est défendu.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Avis défavorable aux deux amendements, satisfaits par l'article 13.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement CS870 de M. Julien Odoul

Mme Lisette Pollet (RN). L'amendement est défendu.

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

Amendements CS1856 de M. Hadrien Clouet, CS1646 de Mme Annie Vidal, CS1172 de M. Thibault Bazin et CS847 de M. Charles de Courson (discussion commune)

Mme Karen Erodi (LFI - NUPES). À l'heure de consacrer le droit de chacun à disposer de ses derniers instants, il nous appartient de veiller à ce que la procédure ne devienne pas un obstacle à l'exercice de ce droit, particulièrement pour les personnes en phase terminale. À cet égard, par l'amendement CS1856, nous estimons qu'un délai maximal de

quinze jours pour le recueil des avis et la notification de la décision au patient ne représente pas une garantie suffisante. Sans réduire cette durée, nous proposons que le médecin ait pour obligation de se prononcer dans un délai « compatible avec le diagnostic vital » de la personne.

M. Thibault Bazin (LR). Mon amendement n'a pas la même visée. Eu égard à la capacité de notre système de santé à répondre aux demandes, le délai de quinze jours a de quoi interroger. Dans la mesure où il faut attendre avant de pouvoir consulter un médecin pour obtenir des soins antidouleur ou psychologiques, la procédure de sédation profonde et continue jusqu'au décès requerra également un délai « raisonnable », terme que je propose de retenir et qui figurait dans le rapport de la mission d'évaluation de la loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016, mission présidée par M. Olivier Falorni.

Une telle formulation permettrait d'ailleurs de tenir compte de la possible fluctuation de la volonté du patient au cours de la procédure. Je rappelle qu'en Oregon, les personnes sollicitant une aide à mourir formulent une demande orale qu'ils confirment ensuite par écrit en présence de deux témoins, avant de la réitérer oralement, le tout avec un espacement dans le temps entre chacune de ces étapes nécessaires.

M. Charles de Courson (LIOT). Nous proposons la suppression du mot « maximal » qui nous paraît délicat en ce qu'il induit que le délai pourrait être inférieur à quinze jours. Dans la mesure où le temps minimal pour la consultation des autres professionnels de santé par le médecin saisi est de quarante-huit heures et où le délai de réflexion du patient est de la même durée, l'aide à mourir pourrait même être possible sous quatre jours. C'est le délai que retenait d'ailleurs la proposition de loi déposée par le rapporteur général en 2017.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Avis défavorable aux quatre amendements.

Le projet de loi est un texte d'équilibre au sein duquel tous les éléments doivent être pesés avec précaution. C'est pour cela, d'ailleurs, que des avis de pondération sont prévus lors de la procédure collégiale.

S'agissant du délai imparti pour rendre la décision, le fait que certains amendements visent à le réduire et d'autres à l'accroître démontre que quinze jours constituent un terme satisfaisant. Cette durée maximale permettra de recueillir les avis nécessaires à une prise de décision éclairée, ce qui ne saurait être fait dans un laps de temps trop restreint, tout en autorisant à aller plus vite si l'état du patient le justifie. Faisons confiance aux soignants pour agir de la meilleure manière !

L'existence d'un délai maximal représente une garantie indispensable, pour le patient, de voir sa demande traitée dans un temps approprié, sans atermoyer. Et si quinze jours peuvent paraître une échéance rapprochée pour rassembler les avis, n'oublions pas qu'il s'agit d'une durée très longue pour une personne dont le pronostic vital est engagé à court terme et dont les souffrances sont insupportables.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je prends la parole car Thibault Bazin et Charles de Courson m'ont interpellé. Je fais évidemment partie de ceux qui souhaitent que le projet de loi soit voté et, partant, qu'il soit effectif. Rien ne serait pire que d'adopter un texte inapplicable dans la pratique. À ce titre, la question du délai est importante. En Espagne, même si le pays a eu le mérite de voter un texte, la procédure retenue ne permet de rendre la

décision que cinquante et un jours plus tard en moyenne. Rendez-vous compte de cette durée ! Les malades concernés étant dans des situations d'urgence, le droit est en l'espèce rendu ineffectif. C'est pourquoi il me paraît essentiel de fixer un plafond de quinze jours, sachant que la décision pourra être prise avant.

Dans le groupe de travail transpartisan qui a participé à l'élaboration du projet de loi, j'avais plaidé pour un délai d'une semaine. Compte tenu de la réalité de la prise de décision et de notre système de santé, il semble impossible de tenir un tel délai. Un plafond – et non un plancher, j'insiste ! – de quinze jours constitue donc un bon équilibre.

Mme la ministre. Initialement, le Gouvernement proposait un délai de deux semaines. Le Conseil d'État a recommandé d'en faire une durée maximale afin d'assurer l'effectivité du droit à l'aide à mourir. Ainsi, l'acte pourra être réalisé entre quatre et quinze jours après la demande du patient.

M. Yannick Neuder (LR). Vous avez raison, monsieur le rapporteur général. Il ne s'agit pas de voter une loi rendue inapplicable par des délais ne correspondant pas aux situations. Fixer une durée maximale, qui ne soit pas de cinquante et un jours, est donc une bonne mesure pourvu qu'elle s'inscrive dans un texte équilibré. Or, ce n'est plus le cas depuis que nous avons supprimé le critère d'un pronostic vital engagé. Le Conseil d'État aurait-il formulé la même recommandation si le texte initial du Gouvernement n'avait pas contenu ce critère ? À l'aune de la modification apportée, il convient selon moi de revoir le délai imparti.

Mme Monique Iborra (RE). La question du délai figure aux alinéas 9 et 11 de l'article 8, mais aussi à l'alinéa 2 de l'article 9. Nous y reviendrons donc. Le sujet est essentiel pour que le projet de loi ne soit ni inefficace, ni trop dissuasif. Il convient de trouver, par voie d'amendement, l'équilibre entre ces deux impératifs.

M. René Pilato (LFI - NUPES). Je rappelle que les critères pour accéder à l'aide à mourir sont cumulatifs et que la souffrance réfractaire des patients doit rester notre guide. Je le dis notamment à M. Neuder. On ne peut pas demander d'attendre à une personne dont la souffrance est insupportable. Et le remplacement des mots « engageant son pronostic vital à court ou moyen terme » par les mots « en phase avancée ou terminale », grâce à l'adoption des amendements CS659 et CS1558, donne sa pleine puissance au critère de souffrances insupportables et réfractaires.

Mme la ministre. Je confirme que les critères sont cumulatifs, critères parmi lesquels figure le fait de se trouver en phase avancée et terminale. Les mots ont un sens : les patients dont il est question souffrent d'une maladie grave et incurable. Je répète également que l'instauration d'un délai maximal est une recommandation du Conseil d'État et qu'elle permet de rendre la loi effective, tout en préservant le temps de réflexion du patient.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques CS733 de M. Charles de Courson et CS1520 de M. Hervé de Lépinau, amendements CS1235 de M. Thierry Frappé, CS673 de Mme Marie-Noëlle Battistel et CS1277 de Mme Bérangère Couillard, amendements identiques CS674 de Mme Christine Pires Beaune et CS1083 de Mme Sandrine Rousseau (discussion commune)

M. Charles de Courson (LIOT). Cette nouvelle série d'amendements porte également sur le délai de quinze jours. Pour ma part, je ne sais pas comment un médecin

parviendra à mener les consultations exigées dans un tel laps de temps, sachant qu'il a ses propres contraintes. C'est pourquoi je propose de porter ce délai à un mois. Cela ne signifie pas qu'il sera toujours utilisé entièrement : il reviendra au médecin d'ajuster les choses en fonction de la difficulté des cas.

M. Hervé de Lépinau (RN). Dès lors qu'un diagnostic vital engagé ne figure plus parmi les conditions à remplir pour l'aide à mourir, le texte n'est plus celui sur lequel le Conseil d'État s'est prononcé. Les critères d'éligibilité, si je puis utiliser ce mot, sont nombreux. Les médecins, eux, le sont moins, et ils ont par ailleurs leur activité qui les confronte quotidiennement à des problèmes de calendrier. Je crains qu'on ne place une fois de plus ces professionnels dans des situations très compliquées.

Monsieur le rapporteur général, le délai de trente jours que je propose également ne serait pas toujours atteint. Laissons cette marge pour les cas nécessitant une grande collégialité et un examen plus précis. Il faut aussi penser aux soignants avec ce texte.

M. Thierry Frappé (RN). Mon amendement fixe également un délai maximal de trente jours afin de donner davantage de temps au médecin. Cette décision est difficile et nécessite la consultation de confrères, sachant que le système de santé dysfonctionne et que les médecins doivent assurer le reste de leur activité. J'ajoute qu'une maladie à un stade avancé, critère que nous avons préféré hier à celui du pronostic vital engagé, peut évoluer lentement, le stade n'étant pas toujours aussi avancé qu'on ne le pense. Pour cette raison également, un délai de quinze jours paraît trop bref.

Mme Marie-Noëlle Battistel (SOC). À l'inverse des précédents amendements, mon amendement réduit le délai maximal à dix jours. L'introduction d'un plafond est, certes, de nature à nous rassurer. Mais nous estimons que quinze jours demeurent trop longs, car ne permettant pas toujours de répondre à l'état de malades dont le discernement s'altère ou dont les souffrances sont trop fortes.

M. Joël Giraud (RE). L'amendement CS1277 réduit le délai à sept jours. Mais eu égard aux propos du rapporteur général, je vais le retirer.

Mme Marie-Noëlle Battistel (SOC). L'amendement CS674 tend à réduire encore davantage le délai imparti, à quatre jours.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Afin de pouvoir répondre aux situations d'urgence, par l'amendement CS1083 nous proposons également, sur la recommandation de l'Association pour le droit à mourir dans la dignité, d'instaurer un délai de quatre jours.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Une fois de plus, la diversité des positions montre l'équilibre du texte, qui se situe sur une ligne de crête. Le malade doit être au centre de nos préoccupations et nous devons imaginer l'urgence de certaines situations tout en protégeant nos soignants. Le délai de quinze jours semble donc le bon.

Avis défavorable sur l'ensemble de ces amendements.

Mme la ministre. Même avis. Je me suis exprimée sur ce point précédemment.

L'amendement CS1277 est retiré.

La commission rejette successivement les autres amendements.

Amendement CS1125 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (LR). Comme nous avons établi un plafond, je propose de fixer également un plancher afin de prévoir un temps de réflexion minimal de cinq jours pour le médecin. Ceci contribuerait à atteindre l'équilibre que vous évoquez si souvent, madame la rapporteure.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Cinq jours, en phase avancée ou terminale, c'est beaucoup. Le point d'équilibre est celui retenu dans le texte. Avis défavorable.

Mme la ministre. Même avis car l'amendement est satisfait. Le délai maximal de quinze jours permet au médecin de prendre cinq jours de réflexion si le cas le nécessite.

La commission rejette l'amendement.

Amendements CS1082 de Mme Sandrine Rousseau, CS1776 de Mme Geneviève Darrieussecq et CS214 de M. Philippe Juvin (discussion commune)

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Afin de faciliter le recours des personnes qui auraient fait l'objet d'un refus, l'amendement CS1082 précise que la décision du médecin est notifiée tant oralement que par écrit, et qu'elle fait état de l'ensemble des éléments la motivant. De cette manière, le patient pourra comprendre la décision.

Mme Anne Bergantz (Dem). Presque identique, l'amendement CS1776 vise effectivement à faciliter les recours, mais surtout à assurer une traçabilité pour le patient. De plus, nous estimons préférable qu'aussi bien la demande que la réponse soit faite par écrit.

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement CS214 vise également à ce que le médecin notifie sa décision par écrit afin qu'elle ne puisse faire l'objet d'aucune interprétation. En écho aux propos de M. Peytavie, nous estimons qu'il convient également de prévoir une voie de recours pour les soignants.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. L'alinéa 9 dispose que le médecin « notifie sa décision à la personne », ce qui suggère que celle-ci sera transmise par écrit et que le patient disposera de tous les éléments ayant conduit à accepter ou à refuser la demande.

Je m'en remets à la sagesse de la commission s'agissant des amendements CS1082 et CS1776, et je donne un avis défavorable à l'amendement CS214.

Mme la ministre. Avis favorable à l'amendement CS1776, de sagesse sur l'amendement CS1082 et défavorable à l'amendement CS214.

M. Thibault Bazin (LR). Je retire l'amendement CS214 au profit de l'amendement CS1776 de Mme Darrieussecq.

L'amendement CS214 est retiré.

La commission adopte l'amendement CS1082.

En conséquence, l'amendement CS1776 tombe.

Amendement CS1321 de M. Christophe Marion

M. Christophe Marion (RE). Comme je considère que l'aide à mourir devrait être ouverte aux personnes ayant perdu leur discernement, cet amendement ajoute que la notification de la décision du médecin est faite à la personne de confiance du patient si ce dernier n'est pas apte à la recevoir lui-même.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. La capacité à manifester sa volonté et à la confirmer jusqu'au jour de l'administration de la substance létale est l'une des lignes directrices ayant présidé à l'établissement des critères d'éligibilité. Si le patient n'est pas en mesure de confirmer sa demande après la notification du médecin, la procédure n'aboutit pas et la personne de confiance n'a pas à être impliquée.

Avis défavorable.

Mme la ministre. Avis défavorable.

M. Charles de Courson (LIOT). Je ne comprends pas cet amendement car, si une personne reçoit une réponse à sa demande d'aide à mourir, c'est qu'elle a pris sa décision, à moins qu'elle ait perdu sa conscience entre-temps...

Mme Danielle Simonnet (LFI - NUPES). Chaque fois que nous abordons la question des directives anticipées et des personnes de confiance, vous rétorquez que le patient doit bénéficier de tout son discernement et être en mesure de confirmer sa volonté à chaque étape. Or, nous savons pertinemment que l'espérance de vie d'une personne qui désire mourir est quasi-nulle, sa situation ayant atteint le paroxysme à partir duquel la vie ne vaut plus la peine d'être vécue. Aussi la perte du discernement est-elle souvent probable quoique pas systématique. Il faut anticiper ces cas de figure et c'est justement le rôle de la personne de confiance, choisie pour cela, que de continuer à exprimer la volonté du patient. Le présent amendement me semble donc très important.

M. Philippe Vigier (Dem). Je suis d'accord avec Mme Simonnet et j'ajoute que cet amendement, en lien avec le CS1082 que nous venons d'adopter, participerait d'une véritable traçabilité de la procédure. Cette disposition accroîtrait la confiance vis-à-vis du texte, de la manière dont il s'appliquera, et éviterait certaines des dérives qui ont été pointées. En l'adoptant, nous améliorerions la qualité de notre travail.

Mme la ministre. Je répète ce que nous avons dit et ce que nous allons continuer d'évoquer en examinant la procédure : à tout moment, le patient doit être capable de réitérer sa volonté. Il s'agit d'un point d'autant plus fondamental qu'au moment de l'administration du produit létal, il sera directement demandé au patient de confirmer qu'il veut mettre fin à sa vie. Le discernement du malade est extrêmement important et sa personne de confiance ne saurait se substituer à lui.

Mme Annie Vidal (RE). Jusqu'à l'administration de la substance, il sera demandé au patient de confirmer sa volonté. Mais il sera permis à un tiers de l'inoculer à sa place s'il n'est pas capable de le faire. N'y a-t-il pas une incohérence ?

Mme la ministre. L'administration par un tiers est justifiée par l'incapacité physique du patient, non intellectuelle.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS1131 de Mme Sandrine Rousseau

Mme Julie Laernoès (Ecolo - NUPES). L'amendement précise les éléments devant figurer dans la décision du médecin afin qu'elle soit correctement motivée. De cette manière, le malade pourra saisir les raisons d'un éventuel refus et plus facilement former un recours s'il l'estime abusif.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. L'alinéa 9 dispose déjà que la décision du médecin doit être motivée, c'est-à-dire comprendre les éléments l'ayant conduit à refuser ou accepter l'aide à mourir.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS1171 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (LR). Plus nous discutons de l'alinéa 9, plus son contenu m'interpelle. Je suis sensible à votre positionnement, madame la ministre, sur l'importance du discernement. Mais qu'en sera-t-il des personnes sous protection juridique ? Celles en situation d'incapacité physique, celles en situation d'incapacité intellectuelle, ou les deux catégories seront-elles éligibles au dispositif ? Quant à la personne chargée de la protection, son silence vaudra-t-il accord ? Bref, je retire cet amendement, qui visait à supprimer cet alinéa car je pense qu'il convient plutôt de le compléter.

L'amendement CS1171 est retiré.

Amendement CS1522 de M. Hervé de Lépinau

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Il faut faire de l'information du mandataire, du curateur ou du tuteur de la personne souhaitant avoir recours à l'euthanasie une condition de validité de la décision du médecin. Il s'agit ici de donner sa pleine efficacité à l'obligation d'informer. Celle-ci n'est, en l'état actuel du texte, assortie d'aucune sanction juridique.

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

Amendement CS215 de M. Philippe Juvin

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

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

Amendements CS320 et CS148 de Mme Marie-France Lorho, amendement CS987 de M. Thibault Bazin (discussion commune)

Mme Lisette Pollet (RN). Les amendement CS320 et CS148 sont défendus.

M. Thibault Bazin (LR). Il me semble important de donner la possibilité à la personne chargée de la mesure de protection d'un individu ayant demandé d'accéder à l'aide à mourir de contester une décision positive devant le juge. Il convient de prévoir au moins une voie de contentieux pour que la personne chargée de la mesure de protection puisse faire valoir des éléments si elle en dispose.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Il s'agit effectivement d'une question importante, déjà abordée à plusieurs reprises ce matin. La saisine d'un juge ne me semble pas opportune pour statuer sur des critères qui ne peuvent être appréciés que par un médecin. Le juge se référerait de toute façon à l'avis médical. Le dispositif n'aurait pour effet que d'allonger la procédure et d'entraver l'accès à l'aide à mourir des majeurs protégés.

Je rappelle que le droit positif prévoit spécifiquement l'autorisation du juge des tutelles s'agissant des actes médicaux graves que pourrait subir un majeur protégé. Il est nécessaire de vérifier l'aptitude de la personne à exprimer une volonté libre et éclairée, dans l'hypothèse où il n'existerait pas de mécanisme pour en attester. Or, le projet de loi inclut déjà une procédure de vérification de la volonté libre et éclairée de la personne demandant d'accéder à l'aide à mourir, rendant inutile la saisine d'un juge.

Avis défavorable aux trois amendements.

Mme la ministre. Même avis. J'ai eu l'occasion de m'exprimer à ce sujet.

M. Charles de Courson (LIOT). La question des recours, qui ne manqueront pas d'être déposés, sera abordée à l'article 14.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement CS1080 de Mme Sandrine Rousseau

Mme Julie Laernoës (Ecolo - NUPES). Nous souhaitons compléter l'alinéa 9. Le recours juridique prévu à l'article 14, auquel M. de Courson vient de faire allusion, peut ouvrir une longue procédure. Donc nous souhaitons que la personne puisse, après un refus, demander une réévaluation de sa demande par un autre praticien. Celui-ci devra être inscrit au registre des médecins volontaires afin de ne pas donner tout pouvoir à un médecin potentiellement opposé au principe même de l'aide à mourir.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Votre amendement permet à la personne de solliciter une réévaluation de sa demande d'aide à mourir par un médecin enregistré auprès de la commission de contrôle et d'évaluation. La personne peut déjà déposer un recours devant le juge administratif contre la décision de refus. Elle peut également formuler une autre demande auprès d'un autre médecin, selon les modalités prévues à l'article 7. Le registre des médecins volontaires déclarés auprès de la commission ne sera accessible qu'aux seuls professionnels de santé, ne serait-ce que pour une question de confidentialité et de protection des données. Dès lors, les modalités selon lesquelles le patient peut contester le refus de sa demande ou en présenter une nouvelle me semblent déjà satisfaisantes.

L'avis est défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques CS842 de M. Charles de Courson et CS1618 de Mme Annie Vidal

M. Charles de Courson (LIOT). Il faut inscrire les avis et les motifs de la décision dans le dossier du patient. On va me dire que l'article 13 le prévoit. C'est faux : il n'évoque que l'enregistrement des actes dans un système d'information. Or, les actes et les avis sont des éléments différents.

Mme Annie Vidal (RE). Les avis et les motivations de la décision doivent figurer dans le dossier du patient.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Vous souhaitez reprendre le dispositif prévu en matière de sédation profonde et continue. Toutefois, le texte instaure, pour l'aide à mourir, un système d'information dédié à la traçabilité des procédures, ce qui n'est pas le cas pour les sédations profondes et continues. Le projet de loi répond donc à l'exigence de traçabilité sans qu'il soit besoin d'inscrire les avis dans le dossier médical.

L'avis est défavorable.

La commission rejette les amendements.

Amendement CS1081 de Mme Sandrine Rousseau

Mme Julie Laernoes (Ecolo - NUPES). L'objet de l'amendement est de préciser qu'un refus ne fait pas obstacle à la présentation d'une nouvelle demande. Je ne vois pas où le texte ménage une telle possibilité, madame la rapporteure.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. L'alinéa 5 de l'article 12 dispose que toute nouvelle demande doit être présentée selon les modalités prévues à l'article 7.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

La réunion est suspendue de onze heures dix à onze heures vingt-cinq.

Amendements CS1173 de M. Thibault Bazin, CS217 de M. Philippe Juvin, CS300 de M. Fabien Di Filippo, amendements identiques CS218 de M. Philippe Juvin, CS459 de M. Yannick Neuder, CS585 de Mme Christine Loir et CS1286 de M. Benoît Mournet, amendements CS873 de M. Julien Odoul, CS491 de M. Yannick Neuder et CS1951 de Mme Justine Gruet, amendements identiques CS219 de M. Philippe Juvin, CS734 de M. Charles de Courson et CS1548 de M. Thomas Ménagé, amendements identiques CS461 de M. Yannick Neuder et CS544 de Mme Marine Hamelet, amendement CS220 de M. Philippe Juvin, amendements identiques CS221 de M. Philippe Juvin et CS1697 de M. Christophe Bentz, amendement CS704 de M. Jérôme Guedj (discussion commune)

M. Thibault Bazin (LR). L'alinéa 10 de l'article 8 dispose que la personne confirme auprès du médecin qu'elle demande l'administration de la substance létale après un délai de réflexion qui ne peut être inférieur à deux jours à compter de la notification de la décision. Le délai de réflexion est important en bioéthique. Nous en proposons plusieurs modifications. Comme certains d'entre vous souhaitent suivre le modèle belge, l'amendement CS1173 s'inspire du système de nos voisins et retient un délai de réflexion d'un mois ; l'amendement CS217, très proche, l'établit à trente jours. Amendements de repli, le CS300 et le CS218 le fixent respectivement à trois semaines et quinze jours.

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement CS459 vise également à prévoir quinze jours de réflexion. Un tel délai paraît raisonnable pour prendre en compte la souffrance physique, psychologique et psychique du patient tout en lui laissant le temps d'une réflexion approfondie. Une durée de quarante-huit heures est trop brève, mais il est difficile d'en trouver une adaptée à toutes les situations.

Mme Christine Loir (RN). Nous voulons également augmenter le délai de réflexion de deux à quinze jours. On dispose de quatorze jours de réflexion pour acheter une voiture ou contracter un prêt immobilier. Deux jours paraissent bien trop peu pour une telle décision.

Mme Annie Vidal (RE). Je défends l'amendement CS1286.

Entre le moment où la personne formule sa demande et celui où elle reçoit une réponse, sa pensée chemine. J'ignore si le délai de réflexion doit être de deux, trois, quinze ou trente jours. Mais comme le patient est maître de son destin tout au long de la procédure, il me semble pertinent de lui donner le temps nécessaire : pour certaines personnes, il ne dépassera pas le quart d'heure quand il atteindra trois jours pour d'autres. Il serait opportun de ne pas fixer de délai précis et de laisser à chaque patient le temps dont il a besoin.

Mme Lisette Pollet (RN). Les amendements CS873, CS1548 et CS544 sont défendus.

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement CS1951 fixe le délai de réflexion à une semaine et l'amendement CS219 retient un délai de sept jours.

M. Charles de Courson (LIOT). Mon amendement fixe également le délai à sept jours, deux jours me paraissant une durée extrêmement courte.

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement CS461, dont notre collègue Neuder est le premier signataire, fixe un délai de cinq jours. L'amendement CS220 établit le délai à quatre jours. Quant à l'amendement CS221, il retient une durée de trois jours.

Mme Christine Loir (RN). L'amendement CS1697 est défendu.

M. Stéphane Delautrette (SOC). L'amendement CS704 est défendu.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Cette grosse vingtaine d'amendements prouve que le sujet du délai de réflexion est important. Ma réponse sera proche de celle que j'ai apportée sur le délai de réponse du médecin. La durée de deux jours ménage un équilibre entre la volonté de laisser un temps de réflexion suffisant et celle de ne pas entraver l'accès à l'aide à mourir des personnes au pronostic vital est engagé à brève échéance en proie à des souffrances insupportables. Revenons toujours au cœur du projet de loi : l'aide apportée à des patients dont la maladie est en phase terminale et qui endurent des souffrances atroces.

Le texte dispose que le délai de réflexion « ne peut être inférieur à deux jours ». Il s'agit donc d'une durée minimale. Le patient peut naturellement prendre tout le temps qu'il jugera nécessaire, madame Vidal, le projet de loi ne fixant aucune durée maximale de réflexion. En outre, le délai ne commence à courir qu'après la notification de la décision, cette procédure pouvant prendre quinze jours. Les garanties sont suffisantes.

S'agissant de l'amendement CS704 de M. Guedj, qui réduit le délai à vingt-quatre heures, il me semble que deux jours offrent à la personne le temps de la réflexion tout en n'entravant pas son accès à l'aide à mourir si elle en remplit les conditions.

La rédaction actuelle de l'alinéa 10 est le résultat d'un compromis et d'un équilibre bienvenus. L'avis est défavorable sur tous les amendements.

Mme la ministre. Je partage l'avis de la rapporteure. N'oublions pas, comme l'a rappelé Mme Vidal, que la procédure a déjà commencé à ce stade : le patient a demandé à bénéficier d'une aide à mourir, il a fait l'objet d'une expertise et il a pris connaissance de la décision du médecin, qui a eu entre un et quinze jours pour se déterminer. Avec le délai de réflexion de deux jours, la procédure est comprise entre trois et dix-sept jours. Aucune décision n'est prise en deux jours. Comme en Oregon, un patient pourra demander à bénéficier de l'aide à mourir tout en refusant qu'elle soit dispensée à court terme.

Nous sommes parvenus à un équilibre, qui ménage le temps de la réflexion tout en permettant au patient d'avoir rapidement accès au soulagement de ses souffrances. Il faut à la fois assimiler l'importance d'une telle décision, par nature irréversible, et respecter la demande du patient face à une douleur insupportable.

Mme Cécile Rilhac (RE). Le délai de réflexion dont nous débattons concerne les cas dans lesquels le médecin a approuvé la demande d'aide à mourir. Formuler une telle demande est déjà le produit d'une réflexion personnelle. Je suis encline à voter en faveur de l'adoption de l'amendement CS704, même si j'entends la nécessité de l'équilibre du dispositif. Reporter la décision définitive de plusieurs jours, semaines ou mois revient à dénier au patient l'accès à l'aide à mourir. Nous voulons un texte opérationnel, qui permette au patient d'aller au bout de sa démarche de manière indépendante. L'alinéa suivant dispose que si le patient n'a pas confirmé sa demande de bénéficier de l'aide à mourir dans un délai de trois mois, le médecin évalue à nouveau le caractère libre et éclairé de la manifestation de sa volonté.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement CS1549 de M. Thomas Ménagé

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

Mme Laurence Cristol, rapporteure. L'amendement allonge le délai de réflexion minimal laissé au patient, proposition à laquelle je suis opposée pour conserver l'équilibre du texte.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS1820 de M. Christophe Bentz

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

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

Amendement CS216 de M. Philippe Juvin

M. Thibault Bazin (LR). Il me semble important que la personne confirme son souhait d'accéder à l'administration de la substance létale par écrit ou par oral en présence d'un tiers, afin d'éviter toute mauvaise interprétation.

Imaginons qu'une personne revienne sur sa demande et ne confirme pas son souhait d'aboutir, mais qu'elle veuille à nouveau bénéficier du dispositif quelques semaines ou quelques mois plus tard. La procédure recommence-t-elle depuis le début ?

Mme la ministre. Oui.

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

Amendement CS874 de M. Julien Odoul

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Le patient doit confirmer sa demande auprès d'un médecin volontaire. La clause de conscience est fondamentale et tout praticien doit pouvoir refuser de pratiquer un acte médical contraire à ses convictions personnelles ou professionnelles.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. L'avis est défavorable car le texte est suffisamment clair.

La commission rejette l'amendement.

Amendements CS1860 de M. Emmanuel Fernandes et CS1084 de Mme Sandrine Rousseau (discussion commune)

Mme Julie Laernoës (Ecolo - NUPES). Par l'amendement CS1084, nous souhaitons compléter l'alinéa 10 pour donner à la personne la liberté de choisir de s'administrer elle-même la substance létale ou de désigner un tiers, à la condition que celui-ci soit volontaire et majeur. Cette disposition reprend une proposition de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. L'avis est défavorable.

Le projet de loi prévoit que la substance létale est administrée par un tiers seulement lorsque la personne n'est pas elle-même en mesure d'y procéder. Ce dispositif respecte l'autonomie de la personne jusqu'à la fin du processus. Elle possède à la fois le droit de recourir à l'aide à mourir et celui d'y renoncer jusqu'au dernier instant.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement CS1278 de Mme Bérangère Couillard

M. Joël Giraud (RE). Dans le même sens que l'amendement CS704 examiné tout à l'heure, cet amendement conserve le délai de deux jours de réflexion, mais précise que celui-ci peut être abrégé à la demande de la personne si le médecin estime que cette accélération est de nature à préserver la dignité du patient. Cette mesure ne s'appliquerait qu'à quelques cas d'urgence extrême dans lesquels les personnes sont plongées dans une situation dramatique. Il est opportun de laisser au médecin la faculté d'apprécier le bien-fondé d'une demande de contraction du délai.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Je sais que vous connaissez certains cas très difficiles. Mais la rédaction de l'amendement laisse une trop grande marge d'appréciation au médecin pour moduler la durée du délai de réflexion. Je fais confiance aux soignants pour soulager le patient le mieux possible pendant quarante-huit heures.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Pourquoi ne pas proposer une sédation à ces personnes ?

La commission adopte l'amendement.

Amendements identiques CS1216 de Mme Monique Iborra, CS1698 de M. Christophe Bentz et CS1857 de Mme Caroline Fiat

Mme Monique Iborra (RE). L'alinéa 6 de l'article 6 dispose que le patient demandant à bénéficier d'une aide à mourir doit être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. L'alinéa 7 de l'article 7 commande au médecin d'indiquer à la personne qu'elle peut renoncer à tout moment à sa demande. L'alinéa 2 de l'article 11 impose au médecin ou à l'infirmier de vérifier que la personne confirme sa volonté de procéder à l'administration de la substance létale. Enfin, l'alinéa 4 de l'article 12 prévoit qu'il est mis fin à la procédure si la personne refuse cette administration. On peut comprendre le besoin de s'assurer du souhait du patient. Mais la multiplication des confirmations crée un effet de dissuasion. Il faudra discuter à nouveau de l'équilibre du texte en séance publique car l'ensemble de la procédure tutoie le harcèlement du malade.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement CS1698 est défendu.

M. Léo Walter (LFI - NUPES). L'amendement CS1857 supprime l'alinéa 11 de l'article 8, qui prévoit une nouvelle évaluation par le médecin du caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté de la personne n'ayant pas confirmé dans un délai de trois mois son souhait de bénéficier de l'aide à mourir. Lorsqu'un patient a obtenu l'accord du médecin pour avoir accès à l'aide à mourir, l'autorisation doit rester valable, le patient conservant la liberté d'administrer ou non la substance létale. Une péremption n'a pas lieu d'être d'autant que l'article 11 dispose que, le jour de la mise en œuvre de l'aide à mourir, le soignant recueille de nouveau la volonté du patient de procéder à l'administration de la substance létale. L'étude d'impact mentionne d'ailleurs l'éventualité de faire passer un test cognitif standard si le professionnel est un infirmier. Enfin, l'article 12 décrit les autres incidents qui pourraient survenir et mettre fin à la procédure. Le retour vers le patient prévu à l'alinéa 11 est au mieux inutile, au pire contraire à son intérêt.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Nous débattons de l'ouverture d'un droit à mourir. Les conditions pour en bénéficier doivent être strictes et la réitération, libre et éclairée, de la demande me semble indispensable. Je suis défavorable à ces amendements car la suppression de la réitération effacerait un élément fondamental du texte et romprait son équilibre en contrecarrant son objectif de placer le malade au centre des préoccupations.

Mme la ministre. Je suis également très défavorable.

L'idée du texte est de permettre à la réflexion du patient de cheminer. La première partie du projet de loi porte sur les soins d'accompagnement : lorsque le patient demande une aide à mourir, il est prévu que les soignants lui proposent dans un premier temps des soins palliatifs. S'il les refuse, une expertise médicale est effectuée. Il n'y a donc aucun harcèlement car ni les soins palliatifs, ni l'aide à mourir ne sont obligatoires. Le texte privilégie à chaque étape l'écoute du patient.

Le projet de loi porte toutefois sur la vie et la mort. Un patient atteint d'une maladie grave et endurant des souffrances aiguës peut vouloir en finir. Nous n'écrivons pas la loi à partir de nos expériences personnelles. Mais nous avons tous rencontré des gens qui, un jour, n'en pouvaient plus de souffrir et voulaient mourir et, le lendemain, allaient un peu mieux et étaient moins déterminés. Si on ne leur laisse pas la possibilité de réfléchir et que l'on accède immédiatement au désir de mourir, on peut tomber dans la précipitation. Nous souhaitons que

la demande du patient soit entendue et enclenche une action, mais aussi nous assurer de la solidité de sa décision car il s'agit du choix le plus irréversible qui soit.

M. René Pilato (LFI - NUPES). J'imagine que, lorsque l'on fixe la date d'administration de la substance létale, la situation du malade est critique. Pourquoi imposer au bout de trois mois une nouvelle démarche administrative en cas d'absence de confirmation de la demande, comme le dispose l'alinéa 11 ? Quand un patient est prêt à recevoir la substance létale, les conditions sont remplies et il n'est pas nécessaire de prévoir une nouvelle confirmation administrative, laquelle alourdira sa peine et sa charge mentale.

M. Thibault Bazin (LR). Je partage votre inquiétude, madame la ministre, sur ces amendements. Nous devons nous assurer de l'existence d'un consentement libre et éclairé du patient car la décision porte sur un acte irrémédiable. La confirmation de la volonté de la personne est fondamentale d'autant que nous venons d'abrèger le délai de réflexion, qui n'était pourtant fixé qu'à quarante-huit heures. L'adoption de l'amendement CS1278 rompt l'équilibre que vous avez tenté de ménager. Elle crée un régime d'immédiateté dangereux qui supprime les temps de réflexion.

M. Charles de Courson (LIOT). J'ai du mal à comprendre les amendements car la suppression de l'alinéa 11 entraîne celle de toute demande de confirmation. Vous auriez plutôt dû soulever le problème de la durée de validité de la demande.

Mme Cécile Rilhac (RE). L'alinéa 11 crée un nouveau délai de trois mois en l'absence de confirmation par le patient de sa demande et consacre l'arrêt du processus au bout de cette période. Une personne connaissant une phase d'amélioration de sa maladie peut décider de ne pas confirmer sa demande de bénéficier d'une aide à mourir. Dans ce cas, laissons-lui le temps de rencontrer son médecin et de réfléchir sans devoir subir une nouvelle procédure administrative. Je soutiens la suppression de l'alinéa.

Mme Danielle Simonnet (LFI - NUPES). Il faut en effet effacer le délai de trois mois et la démarche administrative inutile liée. Les avis ont déjà été recueillis. Respectons la volonté de la personne de ne pas bénéficier immédiatement de l'aide à mourir, mais ne la soumettons pas à une nouvelle procédure de confirmation le jour où elle décide d'absorber la substance létale. La suppression du délai de trois mois n'empêcherait absolument pas le patient de changer d'avis. Il a déjà dû confirmer sa volonté à suffisamment de reprises pour ne pas devoir le faire une nouvelle fois le jour où il choisit d'être aidé à mourir.

M. Philippe Vigier (Dem). Nous sommes extrêmement attachés au caractère libre et éclairé du consentement du patient. Les amendements présentent l'inconvénient majeur de supprimer toute limite, perspective que nous rejetons. Avec des collègues du groupe Démocrate, nous avons déposé des amendements visant à faire passer le délai de trois à six ou à douze mois afin que le patient ne soit pas soumis en permanence à une obligation de confirmation de sa demande, qui pourrait en effet générer du stress. Entre la disparition de tout délai et l'obligation constante de confirmer son choix, il y a un chemin médian à trouver.

Mme Julie Laernoës (Ecolo - NUPES). Aux termes de l'alinéa 10, la personne confirme auprès du médecin qu'elle demande l'administration de la substance létale. Je ne comprends pas pourquoi l'alinéa suivant prévoit un délai au-delà duquel l'ensemble de la procédure devrait reprendre depuis le début. L'alinéa 11 ne place pas le patient au cœur du dispositif et sa suppression n'a pas pour objet de faire disparaître l'obligation de confirmer la

demande, puisque cette condition est nécessaire à plusieurs étapes du processus. Nous voterons en faveur des amendements.

M. Stéphane Delautrette (SOC). Je me reconnais dans les propos de Mmes Laernoes et Rilhac. Ce n'est pas tant la demande de confirmation que la fixation d'un délai qui nous interroge. Je ne saisis pas la position de ceux qui sont opposés au principe même de l'aide à mourir car le délai de trois mois pourrait inciter le patient à accélérer le processus par crainte de devoir recommencer toute la procédure alors que sa situation aurait pu évoluer favorablement.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). On en revient toujours à la question de la temporalité. L'adoption de l'amendement CS1278 était étrange car elle a supprimé le délai de quarante-huit heures de réflexion.

Dans la vraie vie, une personne atteinte d'une maladie incurable et endurant des douleurs réfractaires à tout traitement ne peut pas supporter sa situation trois mois. Le problème n'est pas la demande de la personne mais le besoin d'une expertise médicale destinée à évaluer l'évolution de la pathologie. La question n'est pas administrative. Elle est liée à la possibilité d'évaluer médicalement l'avancée de la maladie au bout de trois mois.

Mme Nicole Dubré-Chirat (RE). Il y a lieu de prolonger la période de trois mois sans recommencer la procédure puisque le patient a confirmé à plusieurs reprises sa demande. Il faut également renouveler l'ordonnance après un nouvel examen du médecin au cours d'une consultation. Nous avons déposé un amendement allant en ce sens. Mais il a été déclaré irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution. Il est nécessaire de prendre du temps !

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Les personnes atteintes de maladies évolutives comme celle de Charcot, qui ont la force de formuler une demande, peuvent vouloir être rassurées par une validation et avoir besoin d'une longue période pour évaluer leur situation. Au moment du diagnostic, les patients peuvent penser qu'ils ne supporteront pas le moment où ils devront se déplacer en fauteuil et finalement l'accepter s'ils sont bien équipés. Le même raisonnement tient pour l'étape de l'alitement si les personnes sont bien entourées. L'étape insupportable est souvent celle de la trachéotomie. Il importe de ne pas contraindre ces personnes, dans une grande douleur, à renouveler la procédure, d'autant que cela pourrait les inciter à accélérer l'administration de la substance létale. Prévoir un délai d'un an avant la reprise de la procédure me paraît raisonnable, d'autant qu'une période aussi longue est parfois nécessaire pour obtenir une ordonnance.

Mme Annie Vidal (RE). J'ai une autre lecture de l'alinéa 11. Si la personne n'a pas confirmé sa demande au bout de trois mois, cela signifie que son état s'est amélioré ou qu'elle doute de sa volonté d'absorber une substance létale. L'alinéa dispose que, dans ce cas, le médecin reprend la procédure collégiale pour s'assurer du caractère libre et éclairé de la démarche du patient. La suppression de l'alinéa 7 empêcherait le médecin de procéder à cette vérification alors que le patient n'a pas confirmé sa demande depuis trois mois.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Pensons aux patients ! Après la visite d'un proche ou un échange avec l'équipe soignante, les douleurs, qui varient d'un malade à l'autre, peuvent diminuer. La personne peut changer d'avis après réflexion.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (HOR). Chers collègues, je vous invite à une lecture attentive de ce que dit vraiment l'alinéa 11 et je laisse M. Falorni vous l'exposer.

M. le rapporteur général. J'ai beaucoup réfléchi à cette question en préparant le projet de loi. Je sais que le groupe Démocrate s'interroge pour savoir si le délai pertinent doit être de trois mois, six mois ou un an. Mais j'aurais été profondément gêné que ce délai réenclenche une procédure exigeant un avis médical collégial et un délai plafond de quinze jours. Cela irait à l'inverse de l'effectivité du droit que nous recherchons et de notre souhait que le malade trouve une réponse à sa volonté libre, consentie et réitérée. Si cela avait été le cas, je m'y serais opposé.

Or le texte bien prévoit qu'en « l'absence de confirmation dans un délai de trois mois à compter de la notification, le médecin évalue à nouveau le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté ». S'il ne s'agit que de s'assurer de cette volonté, et de rien d'autre, je ne vois pas de problème. Il me semble qu'un bon compromis a été trouvé.

On aurait certes pu allonger ce délai. Mais il faut, comme le dit M. Cyrille Isaac-Sibille, revenir à la réalité : pour la grande majorité des personnes concernées, le délai de trois mois est, heureusement ou malheureusement, assez théorique et sera très rarement dépassé car leur espérance de vie est assez brève. Je suis donc favorable à l'écriture actuelle.

Mme la ministre. Il importe que nous parlions de la même chose et que chacun comprenne bien ce qui est écrit à cet alinéa. Il s'agit de s'assurer de la manifestation de la volonté libre et éclairée du patient. Nombre d'entre vous ont évoqué les influences que pourrait subir celui-ci pour diverses raisons et, trois mois après l'expertise, il n'est pas ridicule de vérifier qu'il a toujours cette volonté. Cette vérification ne nécessitera aucun dossier administratif, sinon la consignation par le médecin du fait qu'il a procédé à l'examen. Il ne s'agit pas de redémarrer toutes les démarches administratives, mais seulement de procéder à un examen médical enregistré, au titre de l'article 13, dans le système d'information.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Les choses sont claires : le médecin évalue la manifestation libre et éclairée de la volonté du patient et ce n'est que s'il a le sentiment que ce n'est pas le cas qu'il est possible de reprendre la procédure.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). J'étais soucieuse à l'idée que la personne puisse craindre que l'on juge que sa décision n'était plus éclairée et que cela puisse la précipiter. Mais si le médecin déclare qu'elle réitère sa demande de façon libre et éclairée, la procédure ne recommence pas. Je ne veux pas que l'on dise le contraire de ce que j'ai écrit dans cet amendement.

Mme la présidente Agnès Firmin Le Bodo. Au bout de trois mois, le médecin vérifie uniquement la volonté libre et éclairée car la réitération de cette manifestation est importante pour nous. Les mots « si besoin » ont donc toute leur importance. Si le médecin doute de la volonté libre et éclairée, il peut recourir à la procédure. Mais s'il constate la réitération de la démarche du patient, il n'y aura aucune procédure.

Mme Cécile Rilhac (RE). Devant le problème que pose cet alinéa, les auteurs des amendements accepteraient-ils de les retirer ?

Mme Monique Iborra (RE). Le délai de trois mois figure à l'alinéa 11 de l'article 8. Mais on lit aussi à l'article 9 que « si la date retenue est postérieure à un délai de trois mois à compter de la notification de la décision mentionnée au III de l'article 8, le médecin mentionné à l'article 7 évalue à nouveau, à l'approche de cette date, le caractère libre et

éclairé de la manifestation de la volonté de la personne ». Va pour le délai de trois mois ! Mais le fait de vérifier sept fois la volonté du patient peut être dissuasif et stressant.

M. le rapporteur général. La proposition de Mme Rilhac est sage. Je conviens que la formulation peut susciter un doute. C'est le devoir et l'honneur des parlementaires de regarder chaque mot et de veiller à ce que le texte soit le plus clair possible. Il est tout à fait légitime de demander des précisions. Je le répète : il s'agit de vérifier à nouveau la volonté libre et éclairée de la personne, non de réenclencher la procédure.

Si le Gouvernement en est d'accord, nous pourrions travailler à un amendement en vue de l'examen du texte en séance publique afin de lever le doute. Il est peut-être lié au mot « procédure ». J'invite au retrait des amendements et, si le Gouvernement souhaite opérer une clarification, j'y serai favorable.

Mme Annie Genevard (LR). La proposition du rapporteur général est la bonne car il est plus difficile de rétablir un texte que de le modifier en séance publique. L'expérience me pousse à incliner dans son sens.

Il est indispensable de s'assurer que la volonté libre et éclairée demeure car c'est l'un des fondements de ce texte. Je regrette, à cet égard, que le psychiatre ne fasse pas partie du collège consulté car son avis serait intéressant. C'est un élément que je livre à la réflexion en vue d'une possible nouvelle écriture.

Mme la présidente Agnès Firmin Le Bodo. Rendons à César ce qui est à César : la proposition de retrait vient de Mme Rilhac.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Mme Iborra évoque une procédure qui s'apparenterait à du harcèlement, affirmant que la personne devrait réitérer sept fois sa volonté. Ce n'est pas mon interprétation. La personne demande une première fois lors de la première consultation auprès du médecin qu'elle sollicite, lequel accomplit toutes la procédure et se prononce. La personne doit alors réitérer sa demande, puis une troisième fois lorsque l'acte est réalisé. Il peut y avoir une quatrième reprise si les choses évoluent. La demande d'aide à mourir est une décision importante et c'est la moindre des choses de vérifier la volonté de la personne au début de la démarche, durant la procédure et au moment de son achèvement. Ce n'est pas du harcèlement.

Mme la ministre. On ne peut qu'accepter la volonté de retravailler un texte. Mais je répète que le Gouvernement, partageant l'avis de la rapporteure, tient à l'obligation de vérifier, au bout de trois mois, la manifestation de la volonté libre et éclairée du patient. Par ailleurs et sans rouvrir ce débat, je ne compte pas, moi non plus, sept vérifications.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Nous retirons l'amendement et ne doutons pas d'être associés à la réécriture de l'amendement.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Cet amendement est de M. Bentz, que je devrai consulter. Mais, pour l'heure, je le retire afin de le retravailler pour en rediscuter ensemble.

Les amendements sont retirés.

Amendement CS796 de M. Laurent Panifous

M. Laurent Panifous (LIOT). Il faut reformuler l'alinéa 11 en maintenant la logique de délai, mais sans la pression ou la précipitation liée à ce délai dans la rédaction actuelle, qui donne l'impression que le médecin doit impérativement redemander à la personne si elle souhaite recourir à une aide à mourir au bout de trois mois. Cela induit le risque de précipiter sa décision. Nous proposons d'inverser la logique : la personne n'est pas sollicitée au bout de trois mois mais, si sa confirmation intervient plus de trois mois après la notification de la décision, le médecin évalue à nouveau le caractère libre et éclairé de sa volonté. Cette nouvelle rédaction a le double mérite de s'assurer à tout moment de la volonté des personnes en fixant une limite dans le temps sans leur donner l'impression que leur décision doit être prise rapidement, au risque de la précipiter.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Nous venons de discuter d'amendements sur ce sujet et il a été décidé de réécrire l'alinéa en vue de la séance publique.

Pour l'heure donc, retrait et, à défaut, avis défavorable.

Mme la ministre. Avis défavorable.

M. Didier Martin (RE). Il semble évident qu'il faut, à l'alinéa 11, supprimer tout ce qui suit le mot « volonté » et qui est, de fait, sans objet. Si le médecin constate, au bout de trois mois, que la volonté n'est pas clairement émise, on revient, non pas au II de l'article 8, mais au 5° de l'article 6, qui impose que la personne doit être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. Or, ce n'est plus le cas.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement CS1934 de Mme Laurence Cristol.

Amendements identiques CS222 de M. Philippe Juvin et CS1524 de M. Hervé de Lépinau, amendement CS631 de Mme Christine Loir (discussion commune)

M. Thibault Bazin (LR). Le rapporteur général a dit qu'il pouvait y avoir un débat au sein même de son groupe sur le délai au terme duquel il convient de s'assurer de la volonté du patient. M. Juvin, quant à lui, propose de fixer ce délai à deux mois au lieu de trois.

Mme Christine Loir (RN). Les amendements CS1524 et CS361 sont défendus.

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

Amendement CS1758 de M. Christophe Bentz

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

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

Amendements CS150 de Mme Marie-France Lorho et CS1526 de M. Hervé de Lépinau (discussion commune)

Mme Christine Loir (RN). Les amendements sont défendus.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Avis défavorable.

Mme la ministre. Avis défavorable également.

Mme Danielle Simonnet (LFI - NUPES). Si nous avons voté la suppression de l'alinéa 11, tous les amendements seraient tombés et nous n'aurions pas cette discussion absurde. Alors que nous convenons tous que l'alinéa 11 doit être réécrit en séance publique, nous étudions tout de même des amendements tendant à le modifier.

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

Amendement CS875 de M. Julien Odoul

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

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

Amendement CS1823 de M. Christophe Bentz

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

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

Amendement CS1519 de Mme Geneviève Darrieussecq

Mme Geneviève Darrieussecq (Dem). L'amendement précise que cette nouvelle évaluation ne doit pas être réalisée en téléconsultation.

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

Amendement CS1699 de M. Christophe Bentz

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

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

Amendement CS1877 de M. Gilles Le Gendre

M. Gilles Le Gendre (RE). Cet amendement, comme l'amendement CS1878 qui sera bientôt appelé, est un rescapé du contrôle de recevabilité financière. Il introduit la question de l'aide à mourir dans les directives anticipées, avec un encadrement strict. J'ai bien compris que le sujet était verrouillé à double tour et je respecte cette position. Je me contenterai donc d'observer, non sans une certaine malice, que lorsque le Président de la République a rendu visite au Conseil économique, social et environnemental, le 26 avril, il s'est montré, dans une réponse à un conventionnel largement relayée dans les médias, beaucoup plus ouvert.

Le sujet étant d'une immense gravité, j'espère donc que la séance publique permettra, moyennant un travail de dentellière, de porter une proposition calibrée et transpartisane qui réunisse ceux de nos collègues qui, depuis ces cinq jours de débat, ont fait état de leur intention en la matière.

*L'amendement est **retiré**.*

Amendement CS1823 CS876 de M. Julien Odoul

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

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

*Puis elle **adopte** l'amendement CS1935 de Mme Laurence Cristol.*

Amendement CS223 de M. Philippe Juvin

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement précise l'alinéa 12 en mentionnant les risques et les effets indésirables.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Cette obligation d'information est déjà assez précise à l'alinéa 12, qui prévoit que le médecin informe sur les modalités d'administration et d'action de substance létale.

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

Amendement CS224 de M. Philippe Juvin

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

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

*L'amendement CS1878 de M. Gilles Le Gendre est **retiré**.*

*La commission **adopte** l'amendement CS1936 de Mme Laurence Cristol.*

Amendement CS1319 de M. Christophe Marion

M. Christophe Marion (RE). Cet amendement a été admirablement défendu par Gilles Le Gendre et par le Président de la République le 26 avril.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Je réitère mon avis défavorable.

Si le texte est équilibré, c'est parce que le patient doit avoir son discernement au moment d'exprimer sa volonté de bénéficier de l'aide à mourir, puis tout au long de la procédure et jusqu'au moment de l'administration de la substance létale.

Mme la ministre. J'ai abordé plusieurs fois ce sujet et je réitère un avis très défavorable.

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

Amendement CS877 de M. Julien Odoul

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

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

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, la commission **rejette** successivement les amendements CS586 de Mme Christine Loir et CS1024 de M. Thibault Bazin.*

Amendement CS675 de Mme Marie-Noëlle Battistel

M. Stéphane Delautrette (SOC). L'amendement vise à préciser que l'échange entre le médecin et la personne devrait fixer aussi le lieu, les modalités de l'administration, l'intervention ou non de la personne volontaire et la présence du professionnel en cas de suicide assisté, tout en prenant en compte les directives anticipées le cas échéant.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Ces éléments doivent être fixés non pas avec le médecin qui a effectué la demande, mais avec le professionnel de santé qui accompagnera effectivement la personne le jour de l'administration de la substance létale. Ils sont déjà prévus à l'article 9.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS1144 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Nous avons déjà eu cette discussion, qui reviendra à propos de l'article 11. L'alinéa 13 prévoit que le médecin « détermine, avec la personne, le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner pour l'administration de la substance létale ». La personne peut aussi choisir un proche pour l'accompagner, à qui il est essentiel de donner toutes les informations nécessaires pour s'assurer de son consentement.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. La procédure prévue requiert la présence obligatoire d'un professionnel de santé lors de l'administration de la substance létale, y compris lorsqu'elle est administrée par un tiers. La rédaction actuelle est donc de nature à assurer cette information et cet accompagnement.

Avis défavorable.

Mme la ministre. J'ajoute que le plan personnalisé d'accompagnement prévoit de prendre en considération les proches. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS225 de M. Philippe Juvin

M. Thibault Bazin (LR). Il ajoute une garantie supplémentaire de collégialité en faisant en sorte que le médecin qui administre la substance létale ne soit pas celui qui a fait la demande.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Je n'entends pas du tout les choses ainsi. L'enregistrement des différentes étapes de la procédure et le dispositif de contrôle apportent déjà les garanties propres à éviter des recours abusifs ou des dérives du dispositif. Je ne vois pas pourquoi on empêcherait le médecin qui a reçu la demande et pris la décision d'accorder l'aide à mourir, et qui a donc certainement une relation de confiance particulière avec son patient, de procéder à l'administration.

Avis défavorable

Mme la ministre. Je ne comprends pas, moi non plus, pourquoi on l'interdirait. Nous verrons à l'article 13 la traçabilité des différents actes qui jalonnent chaque procédure d'aide à mourir, de la demande jusqu'au constat du décès de la personne, qui donnent lieu à

un enregistrement par les professionnels concernés. Tant qu'une étape n'a pas été complétée, l'étape suivante est bloquée, ce qui permet de suivre le déroulement de la procédure. Je ne comprends pas l'intérêt qu'il y aurait à empêcher le médecin qui a décidé d'accorder l'aide à mourir d'accompagner la personne.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS878 de M. Julien Odoul

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Nous voulons rappeler l'importance de la clause de conscience.

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

Amendement CS1701 de M. Christophe Bentz

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

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

Amendement CS1229 de M. Thierry Frappé

M. Thierry Frappé (RN). Cet amendement d'appel a pour objectif d'attirer l'attention sur le transport et le stockage de la substance létale, préparation dont la durée de validité est d'un mois, sauf circonstances particulières, entre la pharmacie et le patient. En effet, le projet de loi ne précise ni les modalités de réception et de conservation en pharmacie de la substance, ni celles de son acheminement vers le patient ou de son retour en pharmacie.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. L'article 18 du projet de loi précise et sécurise la chaîne de circulation de la substance létale. Avis défavorable

La commission rejette l'amendement.

Amendements CS915 et CS226 de M. Philippe Juvin

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement CS915 a pour objet de sécuriser le processus de transmission de la prescription. Quant à l'amendement CS226, il me semble que l'amendement adopté de Mme Darrieussecq le satisfasse, et peut-être allez-vous suggérer que je le retire ?

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Je demande en effet le retrait de l'amendement au profit de celui de Mme Darrieussecq.

Mme la ministre. Moi aussi. Avis défavorable, par ailleurs, à l'amendement CS915, qui interdit la possibilité d'une transmission de la prescription par télécopie ou courriel. Les professionnels de santé sont soumis à des règles de déontologie qui leur imposent la sécurisation de la réalisation et de la transmission de prescriptions de médicaments. Cet amendement étant satisfait, vous pourriez procéder à un double retrait.

Les amendements sont retirés.

La commission adopte l'article 8 modifié.

Après l'article 8

Amendement CS1232 de M. Thierry Frappé

M. Thierry Frappé (RN). L'amendement rend opposable au médecin la prise en compte de la personne de confiance dans le cadre des directives anticipées sur le suicide assisté et l'euthanasie. L'objectif est de garantir à la personne qui a rédigé ses directives anticipées la prise en compte de ses intérêts lorsqu'elle n'est plus en mesure d'exprimer ses souhaits en perdant ses facultés de discernement.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Le rôle de la personne de confiance est d'assister la personne avec son accord lors de ses démarches médicales et d'exprimer la volonté du patient lorsqu'il n'est plus en mesure de le faire lui-même. Or, dans la procédure d'aide à mourir, nous parlons d'une personne en mesure d'exprimer sa volonté de manière libre et éclairée. Il n'y a pas lieu d'associer la personne de confiance si cela n'est pas la volonté du patient. C'est une question de respect.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 9 : Détermination de la date d'administration de la substance létale et droits de la personne

Amendement de suppression CS101 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (LR). À la suite des évolutions que notre commission a adoptées aux articles 5, 6, 7 et 8, avec notamment la suppression de la condition d'engagement du processus vital, la directive anticipée de demande d'euthanasie, les termes un peu vagues qui ont été préférés et, chose plus inquiétante, la possibilité d'abréger le délai de réflexion, l'amendement tend à supprimer l'article 9.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. L'article 9 prévoit des garanties essentielles pour le patient dans la procédure d'aide à mourir : le droit de choisir la date d'administration de la substance létale, le lieu et les personnes qui l'accompagneront. La volonté du patient et son autonomie sont au cœur de ces droits, conformément à l'esprit du projet de loi.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement CS2005 de Mme Laurence Cristol.

Amendements CS333 de Mme Sandrine Dogor-Such et CS879 de M. Julien Odoul (discussion commune)

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

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

Amendement CS587 de Mme Christine Loir

Mme Christine Loir (RN). L'amendement exclut les infirmiers du processus.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Les infirmiers disposant des compétences requises pour effectuer un grand nombre d'actes médicaux, il n'y a pas de raison de les exclure de la liste des professionnels de santé pouvant accompagner la personne.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement CS1937 de Mme Laurence Cristol.

Suivant l'avis de la rapporteure, elle rejette ensuite l'amendement CS279 de Mme Sandrine Dogor-Such.

Amendement CS228 de M. Philippe Juvin

M. Thibault Bazin (LR). Le terme « choisit » est plus approprié que le terme « convient de ». Il fait écho à la notion de consentement libre et éclairé.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Que vous utilisiez les termes de « convenir » ou de « choisir », l'idée est que cela se fasse avec le professionnel de santé qui accompagne. Votre amendement ne change pas le sens du projet de loi.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement CS1861 de Mme Caroline Fiat

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Cet amendement, important pour éviter tout déboire au patient comme à l'équipe soignante, ajoute l'heure à la date choisie par le patient. L'organisation de notre travail pourrait en effet nous imposer de proposer le moment où nous avons le moins de tâches professionnelles à accomplir, c'est-à-dire très tôt le matin ou très tard le soir. Ce ne serait peut-être pas le choix du patient.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Nous avons eu l'occasion d'échanger sur ce point, qui est loin d'être un point de détail. Comme Mme Fiat, je pense que le patient doit pouvoir choisir non seulement la date, mais aussi l'heure de sa mort.

Avis favorable.

Mme la ministre. J'ai tendance à penser que cette question ne relève pas du législatif. Je comprends toutefois le signe que l'on veut donner pour montrer qu'il importe d'entendre le choix du patient et des équipes.

À ce titre, sagesse.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). La mention de l'heure est importante pour les professionnels qui doivent organiser leur plan de soins pour la journée et pour ceux qui

accompagneront la personne dans ses derniers moments. En cela, elle n'est pas seulement une mesure symbolique, mais la garantie du libre choix du moment où l'on fait ses adieux.

M. Thibault Bazin (LR). L'exposé sommaire évoque la définition d'une plage horaire, laquelle a un début et une fin. Le texte de l'amendement, plutôt que de reprendre cette notion, mentionne l'heure, ce qui pose une question de compréhension. Celle-ci devra-t-elle être indiquée à la minute près ? La loi doit être intelligible pour les professionnels et les volontaires qui accompagneront la personne.

Mme Annie Vidal (RE). Je comprends l'intérêt de l'amendement, tant pour les soignants que pour le malade et sa famille, ainsi que son aspect symbolique. Permettez-moi un commentaire acide : je regrette que nous ayons été moins vigilants à l'aspect symbolique de la suppression de la notion d'engagement du pronostic vital.

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie (RE). Cet amendement procède d'une intention bienveillante. Mais qu'arrivera-t-il si l'on dépasse l'heure pour des raisons médicales ou si un déplacement est contrarié ? La personne attendra sans qu'il ne se passe rien. Cela met en danger la démarche.

Mme la ministre. Pour respecter l'esprit de l'amendement, je me demande s'il ne serait pas préférable de remplacer « heure » par « plage horaire ». Cela répondrait aux préoccupations de Mme Maillart-Méhaignerie.

M. Didier Martin (RE). Pour avoir longtemps travaillé en hôpital, je vous assure que nous essayons de respecter les horaires, de même que les infirmiers qui, en ville, administrent des drogues anticoagulantes. De ce point de vue, mentionner l'heure me paraît utile à l'organisation du travail des équipes. Par ailleurs, cela évoque ce qui était inscrit sur toutes les vanités : « Ni le lieu ni l'heure ». Le projet de loi tend précisément à reconnaître la possibilité de choisir le lieu et l'heure de la mort.

M. Philippe Vigier (Dem). Imaginez la charge émotionnelle qu'une plage horaire représente pour le malade : « Je vais mourir entre neuf heures et midi », « Je vais mourir entre quatorze heures et dix-sept heures »... Respectons aussi les soignants qui accompagneront la personne qui a choisi de mourir. Il me semble que le projet de loi est déjà bien encadré. Évitions une restriction qui infligerait une pression supplémentaire aux soignants, aux patients et à l'entourage.

Mme Geneviève Darrieussecq (Dem). Les lois sont trop bavardes. Si le patient et le médecin conviennent de la date, ils s'accorderont aussi sur l'heure. Il est ridicule d'imposer cette précision dans la loi.

Mme Danielle Simonnet (LFI - NUPES). Le code de la santé publique précise en d'autres endroits la notion d'heure sans que celle-ci soit opposable ou que son non-respect annule l'acte en cause. La notion de plage horaire est acceptable mais imprécise : elle pourrait être interprétée comme vingt-quatre heures pleines. Il est important que la loi garantisse au patient la liberté de choisir le lieu, la date et l'heure, que ce soit pour une raison symbolique ou pour respecter les disponibilités de ses proches.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques CS676 de Mme Christine Pires Beaune et CS1217 de Mme Monique Iborra

M. Stéphane Delautrette (SOC). Le délai de trois mois est pour nous un sujet de préoccupation. J'ai bien noté qu'un travail de rédaction serait effectué dans la perspective de la séance publique pour mettre en cohérence les articles 8 et 9. Par respect de ce travail collectif, je retire l'amendement CS676.

Mme Monique Iborra (RE). Je retire également mon amendement. Mais j'insiste sur le fait que la validation du patient est déjà demandée sept fois au cours de la procédure.

Les amendements sont retirés.

La réunion s'achève à treize heures.

Présences en réunion

Présents. – Mme Marie-Noëlle Battistel, M. Thibault Bazin, Mme Anne Bergantz, Mme Chantal Bouloux, M. Hadrien Clouet, M. Charles de Courson, Mme Laurence Cristol, Mme Geneviève Darrieussecq, M. Stéphane Delautrette, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Karen Erodi, Mme Sophie Errante, M. Olivier Falorni, M. Emmanuel Fernandes, Mme Caroline Fiat, Mme Agnès Firmin Le Bodo, M. Thierry Frappé, Mme Annie Genevard, M. François Gernigon, M. Joël Giraud, Mme Monique Iborra, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Emeline K/Bidi, Mme Julie Laernoës, M. Gilles Le Gendre, Mme Élise Leboucher, M. Hervé de Lépinau, Mme Christine Loir, Mme Lise Magnier, Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, M. Christophe Marion, M. Didier Martin, M. Yannick Neuder, M. Laurent Panifous, Mme Michèle Peyron, M. Sébastien Peytavie, M. René Pilato, Mme Lisette Pollet, Mme Natalia Pouzyreff, Mme Cécile Rilhac, M. Jean-François Rousset, Mme Danielle Simonnet, M. David Valence, Mme Annie Vidal, M. Philippe Vigier, M. Léo Walter

Excusée. – Mme Christine Pires Beaune