

# ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2023-2024

231<sup>e</sup> séance

## Compte rendu intégral

2<sup>e</sup> séance du jeudi 6 juin 2024

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



**PREMIER  
MINISTRE** Direction de l'information  
légale et administrative

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

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

# SOMMAIRE

## PRÉSIDENTICE DE M. SÉBASTIEN CHENU

### 1. Accompagnement des malades et de la fin de vie (p. 5057)

#### DISCUSSION DES ARTICLES (suite) (p. 5057)

#### Article 6 (suite) (p. 5057)

Mme Anne-Laurence Petel

M. Thomas Ménagé

Mme Danielle Simonnet

M. Thibault Bazin

Mme Geneviève Darrieussecq

Mme Marie-Noëlle Battistel

M. Charles de Courson

Mme Sandrine Rousseau

M. Laurent Panifous

Amendements n<sup>os</sup> 76, 148, 390, 581

#### *Rappel au règlement* (p. 5060)

Mme Annie Genevard

M. le président

#### ARTICLE 6 (suite) (p. 5061)

Amendements n<sup>os</sup> 654, 1334, 1514, 2550

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure de la commission spéciale

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

Amendement n<sup>o</sup> 151

Sous-amendement n<sup>o</sup> 3491

Amendements n<sup>os</sup> 195, 1734, 2337, 1515, 3063, 69, 898, 152, 3180, 1396, 716, 66

M. Olivier Falorni, rapporteur général de la commission spéciale

Amendements n<sup>os</sup> 59, 3181, 153, 715, 3081, 569, 867, 421, 423, 422, 981, 61, 2755, 1232, 2757, 1234

Sous-amendement n<sup>o</sup> 3494

Amendement n<sup>o</sup> 424

#### *Suspension et reprise de la séance* (p. 5076)

Amendements n<sup>os</sup> 2203, 425, 2, 571, 655, 675, 2204, 2756, 1100, 3182, 944, 556, 1760, 3183, 3184, 2939 rectifié, 68, 1213, 2205, 2938, 3185, 2439, 2705, 2494, 511, 674, 775, 863, 956, 1279, 2176, 2664, 3085, 3326

Sous-amendements n<sup>os</sup> 3457, 3461, 3512, 3522, 3513, 3514, 3482, 3506, 3447, 3459, 3505, 3510, 3458, 3511, 3504, 3456, 3462, 3515, 3516

Amendements n<sup>os</sup> 1724, 203, 351, 865, 1192, 1859, 2383, 2569, 2713, 2941, 1723

Sous-amendements n<sup>os</sup> 3493, 3517

Amendement n<sup>o</sup> 2574

Sous-amendement n<sup>o</sup> 3518

Amendement n<sup>o</sup> 1735

Mme Agnès Firmin Le Bodo, présidente de la commission spéciale

#### *Rappel au règlement* (p. 5097)

M. Hadrien Clouet

#### Article 6 (suite) (p. 5097)

### 2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 5099)

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

## PRÉSIDENTE DE M. SÉBASTIEN CHENU

### vice- président

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

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

1

## ACCOMPAGNEMENT DES MALADES ET DE LA FIN DE VIE

### Suite de la discussion d'un projet de loi

**M. le président.** L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie (n<sup>os</sup> 2462, 2634).

#### DISCUSSION DES ARTICLES

*(suite)*

**M. le président.** Ce matin, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles du projet de loi et commencé d'entendre les orateurs inscrits sur l'article 6.

#### Article 6 *(suite)*

**M. le président.** La parole est à Mme Anne-Laurence Petel.

**Mme Anne-Laurence Petel.** L'article 6 est essentiel car il fixe les conditions d'accès à l'aide à mourir. Pour bénéficier de ce droit, rappelons-le, remet le patient au centre de la décision et respecte sa volonté, une personne doit répondre à cinq critères cumulatifs. En commission spéciale, nous avons modifié le troisième critère – être atteint d'une affection grave et incurable – en remplaçant les mots « engageant son pronostic vital à court ou moyen terme » par les mots « en phase avancée ou terminale ». Il n'existe pas, en effet, de définition juridique de la notion de moyen terme et la Haute Autorité de santé (HAS) n'en donnera pas avant le deuxième trimestre 2025. Parce que cette mention ferait courir un risque pénal aux médecins concernés, nous devons conserver la rédaction adoptée par la commission spéciale. D'ailleurs, la terminologie « en phase avancée ou terminale » existe déjà : elle est clairement inscrite dans le code de la santé publique et même utilisée par le ministère de la santé pour définir la fin de vie.

Les mots « affection grave et incurable en phase avancée ou terminale » ne sont nullement ambigus. Les digues n'ont pas sauté, comme l'affirment certains. Au mieux les portes du

droit se sont-elles entrouvertes pour des affections comme la maladie de Charcot, ce qui est heureux, car aucun d'entre nous n'imaginerait légiférer sur l'aide à mourir en oubliant ceux qui la réclament ! Le projet de loi redonne la parole aux malades. *(Mme Annie Genevard s'exclame.)*

Il est également primordial, s'agissant du quatrième critère, de considérer la souffrance psychologique à la même hauteur que la souffrance physique, comme le fait le Conseil d'État. La souffrance psychologique est une souffrance à part entière ; nous ne saurions hiérarchiser les souffrances et rendre certaines plus légitimes. Comme d'autres collègues, je proposerai donc de rétablir la version initiale du texte, qui prenait en considération la « souffrance physique ou psychologique » et nous paraissait donc plus humaine. Les malades soulagés par des traitements adaptés, mais qui affrontent une détresse psychologique insupportable, pourraient ainsi bénéficier du droit à l'aide à mourir.

Le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie est un texte humaniste, qui offrira aux malades qui le souhaitent l'ultime liberté de reprendre en main le cours de leur vie, en fixant eux-mêmes les limites de leurs souffrances, en décidant eux-mêmes du moment de leur mort et du rituel qui l'accompagnera. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe RE. – M. Emmanuel Fernandes et Mme Danielle Simonnet applaudissent également.)*

**M. le président.** La parole est à M. Thomas Ménagé.

**M. Thomas Ménagé.** Nous entamons l'examen de l'un des articles les plus importants du projet de loi, puisqu'il définit qui aura droit ou non à l'aide active à mourir. Je le rappelle : je suis favorable, à titre personnel, comme une partie des députés du Rassemblement national, à l'ouverture du droit au suicide assisté. Quand on sait que la mort est proche et que la douleur est devenue si insupportable qu'elle ôte tout intérêt à la vie, on a le droit de demander, souverainement, après y avoir mûrement réfléchi et donné son consentement libre et éclairé, à en finir, à éteindre la lumière, entourés de ceux qu'on aime.

Aujourd'hui, nous allons aussi réparer l'inégalité qui existe entre ceux qui ont les moyens de se rendre à l'étranger pour accéder à l'aide à mourir en échange de milliers d'euros et ceux qui, en raison de leur situation sociale, ne peuvent pas se le permettre.

**M. Christophe Bentz.** Eh oui !

**M. Thomas Ménagé.** Si je suis favorable à l'aide à mourir, ce n'est cependant pas dans n'importe quelles conditions. Sur ce sujet, je reste humble et j'ai encore des doutes. En tant que législateurs, nous avons la responsabilité d'être vigilants afin de calibrer le mieux possible le dispositif que nous créons. Nos compatriotes semblent majoritairement favorables à des évolutions, mais ils rejettent toutes les dérives qui pourraient en découler. Je pense aux Pays-Bas et au professeur Théo Bauer, fervent défenseur du suicide assisté et de l'euthanasie, qui a admis récemment que son pays était allé trop loin. Je

pense aussi à la Belgique, où l'on peut demander à mourir au motif de souffrances psychologiques insupportables ou même d'une dépression.

Je le répète, je suis favorable à une évolution, mais je ne veux pas que demain, en France, le droit à l'aide à mourir soit accordé à n'importe qui, n'importe comment, sans critères clairs et précis. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe RN. – Mme Frédérique Meunier applaudit également.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Danielle Simonnet.

**Mme Danielle Simonnet.** L'article 6 est sans doute le plus important du projet de loi car il définit les conditions d'accès à l'aide à mourir. Le groupe La France insoumise n'est pas favorable à un service public du suicide et souhaite que ce droit soit accordé selon des critères bien définis. Nous voulons un texte équilibré et pas trop restrictif, pour ne pas exclure nombre de cas qui ont tant ému notre société – 90 % des Français souhaitent l'ouverture, dans le droit, de cette ultime liberté.

Lors des travaux de la commission spéciale, nous avons réécrit l'alinéa 7 afin de supprimer la référence à un « pronostic vital engagé à court ou moyen terme ». Quelle qu'en soit la cause, certaines affections graves et incurables engendrent des souffrances réfractaires à tout traitement et ne s'accompagnent pas d'un pronostic vital engagé à trois, six ou douze mois – plusieurs associations nous l'ont dit. En outre, aucun médecin n'est devin et ne peut prévoir, de manière certaine, un pronostic vital à court ou moyen terme. Lors de toutes les auditions, cette notion a été décriée. Certains accidents peuvent nous plonger dans un état très grave, en phase terminale, dans le coma, sans que le pronostic vital soit engagé. Conservons, par conséquent, la rédaction adoptée par la commission spéciale – « être atteinte d'une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale » ! L'Association pour le droit à mourir dans la dignité (ADMD), l'association Le choix, la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN), l'Union nationale des syndicats autonomes (Unsa) et les associations de soutien à la recherche sur la maladie de Charcot nous le demandent.

Enfin, nous devons prendre en compte les directives anticipées rédigées par le patient, qui a désigné une personne de confiance pour le moment où il ne pourra plus manifester, de manière libre et éclairée, sa volonté d'accéder à l'aide à mourir. À quoi serviraient les directives anticipées si elles ne permettent pas de prévoir une fin de vie digne ?

Ce projet de loi est un grand texte laïque, qui respecte la diversité des orientations spirituelles et religieuses. Chacun peut, en liberté de conscience, choisir ou non d'user du droit à l'aide active à mourir le moment venu. L'article 6 doit garantir, par une approche humaine, l'accès à ce droit dans la diversité des cas compliqués que les soins palliatifs et d'accompagnement n'ont pu soulager. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NUPES. – M. Joël Giraud applaudit également.*)

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

**M. Thibault Bazin.** L'article 6 est censé fixer des critères autorisant l'accès au suicide assisté et à l'euthanasie. Quels sont-ils et dans quelle limite s'appliqueront-ils ? Seront-ils définitifs ou provisoires ? Plusieurs personnalités auditionnées par la commission spéciale, à la fin du mois d'avril, ont indiqué que le projet de loi constituait une première étape, ce qui m'inquiète.

La commission spéciale a supprimé le critère d'un pronostic vital engagé à court ou moyen terme, ce qui signifie que des personnes qui ne sont pas menacées de mourir demain et qui ne reçoivent pas de traitement pour soulager leurs souffrances pourraient bénéficier de l'aide à mourir. Un nombre très large de situations pourraient donc être concernées, bien loin des quelques cas annoncés, ce qui est tout aussi préoccupant.

Nos collègues de gauche envisagent d'ouvrir l'aide à mourir aux enfants et nous demandent de rester calmes face à cette hypothèse. Les Pays-Bas ont autorisé ce droit pour les moins de 12 ans après l'avoir interdit dans un premier temps. Jusqu'où irons-nous en France, chers collègues, si nous nous engouffrons dans cette brèche ? En l'état actuel des choses, le cadre n'est pas clair : les critères retenus ouvrent la voie à des dérives dangereuses, alors que votre discours initial se voulait rassurant, madame la ministre. La confusion règne. Ces critères visent-ils, comme vous l'affirmez, un faible nombre de cas ? Garantisiez-vous que ces critères assouplis en commission spéciale ne le seront pas davantage à l'avenir sous la pression de la demande d'égalité devant le droit – puisque l'article 5 *bis* fait de l'aide à mourir un droit ?

Vos lignes rouges et vos avis ont fluctué depuis votre présentation initiale et l'examen en commission spéciale. Désormais, vous reconnaissez l'aide à mourir comme un droit à part entière. Vous nous renvoyez régulièrement au Conseil d'État, mais celui-ci ne préconisait pas de l'inscrire dans le chapitre préliminaire du code de la santé publique, sur le même plan que les soins palliatifs. Il recommandait de le mentionner au chapitre I<sup>er</sup>. Cette évolution est pour le moins inquiétante. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LR et sur quelques bancs du groupe RN.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Geneviève Darrieussecq.

**Mme Geneviève Darrieussecq.** Vous l'avez tous dit, l'article 6 est important. Nous avançons toujours sur la même ligne de crête, avec humilité et lucidité, car nous savons que chaque individu est un cas particulier – deux personnes ne sont pas égales face à la maladie –, mais nous devons légiférer pour tous. Le sujet est complexe.

De toute évidence, le critère d'un pronostic vital engagé à moyen terme n'était pas satisfaisant. Il n'a d'ailleurs été approuvé par aucune des personnalités auditionnées par la commission spéciale, à commencer par les représentants du corps médical. Je suis toutefois gênée par la suppression des mots « engageant son pronostic vital ». Parler « d'une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale, engageant le pronostic vital » serait certes redondant, mais permettrait de sécuriser le texte. Voilà ce que nous proposons. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RN.*)

**M. Thibault Bazin.** Très bien !

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Noëlle Battistel.

**Mme Marie-Noëlle Battistel.** Nous voilà au cœur du débat sur les conditions d'accès à l'aide à mourir, ce nouveau droit offert aux patients qui souhaitent en finir avec des souffrances intolérables. Ces conditions doivent être raisonnables et assurer l'effectivité de l'aide à mourir. Rien ne serait pire, en effet, que de créer un droit sans garantir son accès.

Nous devons être particulièrement vigilants quant aux conditions d'accès que nous nous apprêtons à examiner et réfléchir attentivement à la rédaction du troisième critère, selon lequel, pour accéder à l'aide à mourir, une personne doit « être atteinte d'une affection grave et incurable en phase avancée et terminale ». Nous demandons que la mention d'un pronostic vital engagé à court ou moyen terme ne soit pas rétablie. Toutes les auditions ont démontré l'impossibilité de définir la notion de moyen terme. J'ajoute que cette mention exclut les pathologies neurologiques comme la maladie de Charcot et la sclérose en plaques, les affections accidentelles paralysantes – le cas de Vincent Humbert est dans toutes les mémoires – et les maladies orphelines.

Le groupe Socialistes et apparentés sera également vigilant sur la question de la capacité du patient à exprimer sa volonté dans des directives anticipées – question qui, vous l'avez rappelé, n'avait pas sa place à l'article 5. Le patient doit être au cœur du projet de loi. Sa volonté doit être respectée. Alors que nous nous apprêtons à examiner l'article 6, nous entendons porter une attention particulière aux conditions fixées pour l'accès à l'aide à mourir, avec un seul objectif : rendre effectif l'accès à ce nouveau droit et éviter l'adoption d'un texte décevant pour les Françaises et les Français qui souffrent et attendent de nous cet ultime accompagnement fraternel, empreint d'humanité. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SOC et sur quelques bancs du groupe LFI-NUPES.*)

**M. le président.** La parole est à M. Charles de Courson.

**M. Charles de Courson.** L'article 6 définit le champ des personnes éligibles au droit à mourir en fixant cinq critères. Le premier, le deuxième et le cinquième sont précis ; je dirai quelques mots du troisième et du quatrième.

La commission spéciale a commis une erreur au sujet du troisième critère en substituant aux termes « engageant son pronostic vital à court ou moyen terme » les mots « en phase avancée ou terminale ». Il est indispensable, en effet, de conserver l'idée que le pronostic vital est engagé. Quant à choisir entre les mots « en phase avancée ou terminale » et les mots « à court ou moyen terme », le moyen terme étant une notion floue contrairement au court terme, il paraît préférable de rétablir la rédaction initiale du texte en réintroduisant, au minimum, les mots « engageant son pronostic vital ».

Quant au quatrième critère, la commission spéciale a amélioré le texte gouvernemental en substituant aux mots « une souffrance physique ou psychologique liée à cette affection » les mots « une souffrance physique, accompagnée éventuellement d'une souffrance psychologique liée à cette affection ». Dans la version initiale, des souffrances psychologiques permettaient à elles seules d'accéder à l'aide à mourir. La commission spéciale a longuement débattu de ce sujet et travaillé dans le bon sens.

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

**Mme Sandrine Rousseau.** Pour notre part, nous sommes prêts à accepter de réintroduire à l'article 6 la notion de pronostic vital engagé. En revanche, celle de court ou moyen terme nous amène à nous interroger sur le rôle du médecin dans le processus. En effet, elle positionne le médecin comme devant prédire l'échéance de la mort, ce qui n'est pas spécifiquement son métier – déterminer ce qu'est un moyen terme est difficile pour lui. Nous trouvons que les termes « phase avancée ou terminale » correspondent mieux aux compétences spécifiques des médecins, qui posent un diagnostic pour savoir si la

maladie se situe à un de ces stades. En revanche, déterminer l'échéance à laquelle la vie d'un patient est menacée est un exercice de prévision qui nous semble dépasser le rôle du médecin. C'est la raison pour laquelle nous soutiendrons la réintroduction de la notion de pronostic vital engagé mais serons vigilants quant à la notion de court et de moyen terme. (*Mme Sandra Regol, M. Joël Giraud et M. Gilles Le Gendre applaudissent.*)

**M. le président.** La parole est à M. Laurent Panifous.

**M. Laurent Panifous.** Si, concernant les conditions d'accès, je n'ai pas de difficulté – je soutiens l'essentiel des critères –, je formulerai deux observations. Tout d'abord, la notion de phase avancée ou terminale me semble satisfaisante car il s'agit de critères médicaux objectifs – cela a été souligné –, alors que le court ou le moyen terme sont plus difficiles à établir pour le corps médical. Il est nécessaire d'ajouter la notion de pronostic vital engagé pour éviter toute ambiguïté – certains jugeront que c'est redondant, mais il est important de clarifier les choses.

Ensuite, la commission spéciale a abandonné l'expression « souffrances physiques ou psychologiques », qui permettait de ne pas créer de gradation entre les deux types de souffrances. Aux termes de la nouvelle rédaction, les souffrances psychologiques ne sont plus suffisantes pour accéder à une aide à mourir. Je défendrai un amendement visant à rétablir la rédaction initiale.

**M. le président.** Nous avons terminé d'entendre les orateurs inscrits sur l'article 6.

Sur les amendements n° 76 et identiques, je suis saisi par les groupes Rassemblement national et Écologiste-NUPES d'une demande de scrutin public. Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Je suis saisi de plusieurs amendements identiques, n°s 76, 148, 390, 581, 654, 1334, 1514 et 2550, tendant à supprimer l'article 6.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 76.

**M. Thibault Bazin.** L'article 6 n'est pas suffisamment clair, et les conditions d'accès à l'aide à mourir ne sont pas suffisamment encadrées. Vous avez prévu seulement cinq conditions. Résisteront-elles dans le temps ? La première, être majeur, nous amène à nous interroger sur le cas des adultes en situation de handicap, pour lesquels l'âge de la majorité est établi à 20 ans et non à 18 ans. La deuxième, « être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France » pousse à se demander s'il y aura des migrations à cet effet.

**Mme Michèle Peyron.** Oh non, monsieur Bazin !

**M. Thibault Bazin.** Quant à la troisième, « être atteinte d'une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale », vous avez totalement supprimé le pronostic vital engagé, ce qui à mon avis est très inquiétant. Concernant la quatrième, on peut s'interroger sur les souffrances dans les situations où la personne ne reçoit pas de traitement. Lui procurer des traitements est une exigence dans notre société. Comment cette condition sera-t-elle objectivée ? Enfin, pour la cinquième condition, vous avez retenu la rédaction « être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée ». Ne pourrions-nous pas plutôt écrire « manifester sa volonté libre et éclairée » ?

Enfin, il faudrait les compléter les critères car il en manque. Nous pourrions ajouter : ne pas faire l'objet d'une mesure de protection avec assistance ou représentation ; ne pas être atteint d'une maladie psychiatrique qui altère gravement le discernement lors de la démarche ; ne pas faire l'objet d'une mesure de privation de liberté. J'espère vraiment que nous encadrerons mieux les conditions prévues par cet article. *(Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LR.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Émilie Bonnavard, pour soutenir l'amendement n° 148.

**Mme Émilie Bonnavard.** Vous l'aurez compris, nous sommes totalement opposés à l'abandon de la notion de pronostic vital engagé. La nouvelle rédaction de l'article 6 est pour moi d'une violence inouïe pour tout une partie de nos concitoyens qui ont subi un accident dramatique. Une de mes amies s'est retrouvée tétraplégique à 26 ans à la suite d'un accident de la route. C'était une grande sportive. Quand je l'ai vue après son accident, elle m'a dit qu'elle ne voulait plus vivre, et je pense que beaucoup d'entre nous, à sa place, auraient eu la même volonté, qui était apparemment libre – je m'interroge sur la réalité effective de la liberté quand le corps et l'âme ont subi une telle déflagration. Avec la nouvelle rédaction, qui abandonne le pronostic vital engagé, cette amie pourrait prétendre au droit à l'aide à mourir...

**Mme Sandrine Rousseau.** Ce n'est pas vrai !

**Mme Émilie Bonnavard.** ... – si cette disposition avait existé à l'époque, elle ne serait peut-être plus là aujourd'hui. *(Exclamations sur quelques bancs des groupes RE et LFI-NUPES.)*

**M. Thibault Bazin.** Laissez-la parler !

**Mme Émilie Bonnavard.** Maintenant, je vais vous dire ce qui s'est passé. Son compagnon est resté à ses côtés. Les heures, les jours, les années ont passé. *(Mme Sandrine Rousseau s'exclame.)*

**M. le président.** Je crois que le sujet est suffisamment grave pour laisser chacun s'exprimer en l'écoutant. Poursuivez, madame Bonnavard. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LR et sur quelques bancs du groupe RN.)*

**Mme Émilie Bonnavard.** Des interventions lui ont permis de gagner en autonomie. La vie a continué, elle est tombée enceinte et elle a aujourd'hui un petit garçon d'une dizaine d'années. Alors oui, la vie est dure, mais elle a continué. Mon amie a des activités, elle conduit, on rit et on pleure ensemble, et son petit garçon est là.

**M. le président.** Veuillez conclure.

**Mme Émilie Bonnavard.** Le chemin a été dur, mais il n'y en avait qu'un de possible pour elle : celui du combat, de l'accompagnement et de la vie. Le message qu'on doit à ces personnes, c'est que nous sommes à leurs côtés. *(M. le président coupe le micro de l'oratrice, dont le temps de parole est écoulé. – Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LR et RN.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Annie Genevard, pour soutenir l'amendement n° 390.

**Mme Annie Genevard.** En cohérence avec ma position concernant le titre II, en particulier l'article 5, je m'opposerai évidemment à l'article 6. À la suite de l'adoption de l'amendement de Mme la rapporteure, l'aide à mourir est désormais un droit, que n'atténue pas le mot « possibilité ». Plusieurs

des conditions d'accès posent problème à mes yeux. Tout d'abord, nous sommes nombreux à penser – vous-même, madame la ministre, en êtes d'accord – que la notion d'affection grave et incurable en phase avancée ou terminale est beaucoup trop large et imprécise, et surtout, que les critères ne sont pas objectivables médicalement. Mais si nous revenions à la formulation initiale, ce qui est votre souhait, je ne pense pas que nous puissions parler de retour à l'équilibre, car cela supposerait qu'il y en ait eu un préalablement. Or, du point de vue de beaucoup d'entre nous, tel n'est pas le cas. Nous considérons qu'il s'agit d'un véritable basculement éthique, nous ne pouvons donc pas être pour ce texte au motif d'un prétendu équilibre.

**M. le président.** Merci, madame Genevard

**Mme Annie Genevard.** Concernant la souffrance physique réfractaire, admettez que l'on ne peut pas en juger tant que les soins palliatifs ne sont pas accessibles partout et pour tous. *(Applaudissements sur quelques bancs des groupes LR et RN.)*

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

**M. le président.** La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 581. Nous conservons le principe d'un temps de parole d'une minute, chers collègues.

**Mme Emmanuelle Ménard.** Nous l'avons indiqué à plusieurs reprises, le qualificatif de « phase avancée ou terminale » est inadapté et même dangereux. L'Académie nationale de médecine l'a souligné : « Une fois le pronostic vital effacé, il risque d'inclure les personnes atteintes d'une maladie, certes *a priori* incurable, mais avec laquelle il est possible de vivre longtemps. Il en est ainsi, par exemple, des malades atteints de maladies neurodégénératives sévères, des malades atteints [de] cancers avec métastases, des personnes en situation de handicap important ou de celles atteintes d'une maladie chronique avec des complications. »

En outre, une discussion s'engagera probablement sur la notion de moyen terme. Vous avez affirmé, madame la ministre, que vous aviez demandé à la Haute Autorité de santé de donner un avis sur ce point. Quand interviendra-t-il ? Avant ou après le vote ?

**M. Patrick Hetzel.** Très bonne question !

**Mme Emmanuelle Ménard.** Cela n'a pas beaucoup de sens, c'est pourquoi nous devons supprimer cet article.

### Rappel au règlement

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

**Mme Annie Genevard.** Il se fonde sur l'article de notre règlement relatif à la bonne tenue de nos débats. Tout d'abord, l'article 6 est un article principal, d'une très grande importance, tout comme l'article 5.

**Un député du groupe RE.** Nous sommes d'accord !

**Mme Annie Genevard.** C'est vraiment très compliqué, monsieur le président, de développer une pensée construite en une minute. *(Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LR et RN.)* Nous avons accepté le principe d'une minute par amendement, mais pour des dispositions comme celle-ci, il faudrait pouvoir disposer de deux minutes.

Ensuite, les députés du groupe Les Républicains se sont peu livrés à des exemples personnels, considérant qu'au fond, en tant que législateur, nous ambitionnons de créer une loi pour tous, et que l'exemple personnel ne suffit pas toujours.

**Mme Catherine Vautrin**, *ministre du travail, de la santé et des solidarités*. Et Mme Bonnavard ?

**Mme Annie Genevard**. Nous pourrions tous en faire valoir. Nous avons tous dans notre entourage matière à développer, ...

**M. le président**. On déborde un petit peu du rappel au règlement. Je vous demanderai de conclure.

**Mme Annie Genevard**. ...et nous nous y sommes peu livrés. Mme Bonnavard l'a fait, je ne crois pas que nous l'ayons beaucoup fait pendant ces débats. En tout cas, quand nous l'avons fait, nous aurions aimé avoir la même qualité d'écoute... (*M. le président coupe le micro de l'oratrice, dont le temps de parole est écoulé. – M. Patrick Hetzel applaudit.*)

**M. le président**. Il ne vous a pas échappé que vous avez pu déborder jusqu'à une minute trente précisément pour vous permettre de terminer vos raisonnements. Nous conservons le principe d'une minute par amendement, mais je saurai l'appliquer avec souplesse.

ARTICLE 6  
(suite)

**M. le président**. La parole est à M. Philippe Juvin, pour soutenir l'amendement n° 654.

**M. Philippe Juvin**. Une des difficultés de ce texte réside dans la définition de l'affection grave et incurable en phase avancée ou terminale. Les termes « phase avancée » ne veulent rien dire. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LR et RN et sur quelques bancs du groupe RE. – Mme Laurence Cristol et M. Emmanuel Pellerin applaudissent également.*) J'entends que dans le langage commun, chacun puisse avoir sa petite définition, mais médicalement, cela ne veut rien dire. La phase terminale non plus, pardon : que signifie le qualificatif « terminale » ? On a l'impression que c'est *pre mortem*.

Il y a une vraie difficulté.

**Mme Danielle Simonnet**. C'est dans le code de la santé publique !

**M. Philippe Juvin**. Nous légiférons, mais derrière, des professionnels devront appliquer la loi. Ils ne sont pas députés : ce sont des soignants, qui accompagneront les patients et qui devront juger de la possibilité de les inclure dans le dispositif. Vous ne me croyez pas ? Le diabète est une maladie, grave, incurable, qui peut être en phase avancée, et on peut vivre trente ans avec. Certains malades qui sont atteints de cancers – c'est une maladie grave –, incurables, en phase avancée, vivront pourtant des années grâce aux nouvelles immunothérapies. Et donc cette rédaction est totalement inadaptée. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LR et RN.*)

**M. le président**. La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such, pour soutenir l'amendement n° 1334.

**Mme Sandrine Dogor-Such**. Je rejoins les propos de mes collègues au sujet de ces amendements de suppression. Nous ne pouvons pas aller plus loin que la loi Leonetti. Comme l'affirme Jean Leonetti, ouvrir la voie à l'aide à mourir, ce

n'est pas aller plus loin : « c'est aller ailleurs ». L'interdit de tuer est un élément fondateur de notre droit. Les lois Leonetti de 2005 et Claeyss-Leonetti de 2016 défendent trois grands principes : le non-abandon, la non-souffrance et le non-acharnement thérapeutique. Et ces principes reflètent l'attente des Français : il s'agit d'accompagner les personnes en fin de vie mais en aucun cas d'autoriser à donner la mort. Il sera difficile de fixer les limites.

Ensuite, si ce projet de loi instaure le droit de donner la mort à celui qui la réclame, quel message envoyons-nous à toutes les personnes vulnérables ? Cela revient à leur dire qu'elles ont perdu une part de leur dignité, et qu'il est légitime qu'elles disparaissent. C'est un conflit de valeurs entre l'autonomie de la personne, d'une part, la solidarité et la protection des plus fragiles, d'autre part. Malheureusement, la mise en application de ces lois est difficile. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN.*)

**M. le président**. La parole est à M. Marc Le Fur, pour soutenir l'amendement n° 1514.

**M. Marc Le Fur**. Mes collègues ont bien exprimé la situation quant à ce fameux article 6, qui ouvre trop largement le droit d'achever quelqu'un – c'est bien ce dont il s'agit. (*Exclamations sur plusieurs bancs des groupes RE, LFI-NUPES et SOC.*) J'insisterai sur un groupe particulier, par lequel je suis saisi – et je ne suis pas le seul : les familles de personnes porteuses d'une trisomie 21, qui ne sont pas exclues des dispositions de l'article, ce qui signifie qu'elles pourront, en règle générale, faire l'objet d'un suicide assisté ou d'une euthanasie. Et je suis saisi...

**Mme Agnès Firmin Le Bodo**, *présidente de la commission spéciale* et **Mme Catherine Vautrin**, *ministre* Non !

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie**, *rapporteuse de la commission spéciale*. Non ! C'est faux !

**M. Marc Le Fur**. Vous allez me dire le contraire ! Permettez-moi de m'exprimer, madame la ministre, au lieu de changer d'avis. Je suis saisi en particulier par Emmanuelle, la sœur de Myriam, porteuse d'une trisomie 21. Il ne suffit pas d'applaudir un grand film qui est actuellement sur les écrans et qui démontre que l'on peut associer le talent et le handicap... Nous devons aussi défendre ces catégories de personnes – c'est ce que je m'efforce de faire. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes LR et RN.*)

**M. le président**. La parole est à M. Jocelyn Dessigny, pour soutenir l'amendement n° 2550.

**M. Jocelyn Dessigny**. Madame la ministre, vous avez affirmé que ce texte ne concernerait que de très rares cas. Cependant, si nous nous référons à ce qui se passe dans les pays voisins, nous parlons d'au minimum 13 000 personnes – 13 000 décès, soit l'équivalent de la population de la ville de Villers-Cotterêts et des villages qui l'entourent. Ces cas ne sont donc pas si rares que cela. De plus, lors des auditions, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a indiqué que ce texte constituait une première étape. La commission l'a allègrement franchi en mettant fin aux garde-fous.

Madame la présidente de la commission spéciale, vous l'avez dit vous-même : ce n'est plus le même texte. Votre problème, c'est que pour faire passer ce projet de loi, il vous faut l'appui de l'extrême gauche, et que celle-ci, à propos de ce texte, est en roue libre, allant jusqu'à proposer l'euthanasie des enfants.

Monsieur le rapporteur général, vous militez en faveur d'une loi sur l'aide à mourir depuis votre proposition de loi de 2017. Toutefois, ce texte va plus loin que toutes les

lois adoptées dans d'autres pays. Où vous arrêterez-vous ? Écoutez plutôt ceux qui, dans lesdits pays, expriment maintenant des regrets.

**M. le président.** Merci, monsieur le député !

**M. Jocelyn Dessigny.** N'allons pas plus loin. Chers collègues, n'ouvrons pas une porte que nous ne pourrions pas refermer. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN.*)

**M. le président.** La parole est à Mme la rapporteure de la commission spéciale pour les articles 4 *quater* à 6, afin de donner l'avis de la commission sur ces amendements de suppression.

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure de la commission spéciale.** Avec l'article 5, l'article 6 forme la pierre angulaire de ce projet de loi. Il fixe cinq conditions strictes pour accéder à l'aide à mourir. Comme nous sommes appelés à en discuter longuement, je ne m'étendrai pas dessus, mais je tiens à rappeler qu'elles sont cumulatives car certains d'entre vous ont employé des arguments susceptibles de choquer ceux qui nous écoutent.

La première condition est d'être âgé d'au moins dix-huit ans, et donc doté d'une pleine capacité juridique. La deuxième, qui vient donc s'ajouter à la première, est d'être de nationalité française ou de résider de façon stable et régulière en France. La troisième est d'être atteint d'une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale.

**M. Philippe Juvin.** Phase avancée, mais qu'est-ce que cela veut dire ?

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Monsieur Juvin, les termes « en phase avancée ou terminale » figurent dans la loi Claëys-Leonetti. Sur cette condition, nous aurons bien sûr l'occasion de débattre de manière approfondie. La quatrième condition est de « présenter une souffrance physique, accompagnée éventuellement d'une souffrance psychologique liée à cette affection, qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable lorsque la personne ne reçoit pas de traitement ou a choisi d'arrêter d'en recevoir ». Certains d'entre vous se gardent de la citer et font peur aux gens en prétendant que des personnes handicapées ou trisomiques seraient éligibles à l'aide à mourir, ce qui est faux.

Je termine par la dernière condition, qui est d'être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée – critère très important. À tout moment, le malade doit pouvoir décider, arbitrer, donner son accord, réitérer sa décision, mais aussi renoncer, s'il le souhaite.

**Mme Annie Genevard.** Et qu'en est-il pour les personnes sous curatelle ou sous tutelle ?

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Ces amendements en venant supprimer l'article 6 suppriment les conditions qu'il fixe. Avis défavorable. (*M. Michel Lauzzana applaudit.*)

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre du travail, de la santé et des solidarités, pour donner l'avis du Gouvernement.

**Mme Catherine Vautrin, ministre du travail, de la santé et des solidarités.** S'opposer au texte dans l'absolu est une chose, s'opposer à l'article 6 en est une autre, maintenant que l'article 5 a été adopté. Cela revient en effet à vouloir supprimer les cinq conditions cumulatives qu'il fixe pour encadrer strictement l'accès à l'aide à mourir. Il me paraît délicat, dans une même intervention, d'appeler à la fois à un allongement de la liste des critères et à leur suppression.

Si nous voulons progresser afin d'encadrer cet accès, ce que nous souhaitons tous – à des degrés divers, je l'entends bien –, il faut que nous puissions examiner l'ensemble de l'article 6. C'est la raison pour laquelle je suis totalement opposée à ces amendements de suppression.

**M. Joël Giraud.** Très bien !

**M. le président.** La règle est toujours de donner la parole à deux orateurs par groupe. Je laisse le soin aux deux groupes dont trois membres se sont inscrits de décider qui interviendra.

La parole est à Mme Astrid Panosyan-Bouvet.

**Mme Astrid Panosyan-Bouvet.** Plusieurs lois étrangères ont connu des évolutions. Au Canada, en 2021, il a été mis fin à la condition de la prévisibilité du décès posée initialement dans la loi fédérale de 2016. En 2014, les dispositions de la loi belge de 2002 ont été étendues aux mineurs. L'Académie suisse des sciences médicales n'évoque plus depuis 2021 la nécessité que la fin de vie soit proche parmi les conditions d'accès au suicide assisté, autorisé par la loi fédérale de 1942. Les Pays-Bas, après avoir voté la loi de 2001, ont posé en 2020 le principe selon lequel les directives anticipées valent consentement et procédé en 2023 à une extension aux mineurs de moins de 12 ans.

Madame la ministre, je vous remercie de vouloir encadrer l'aide à mourir en posant cinq conditions cumulatives. Ce qui m'inquiète toutefois, c'est notre capacité à l'encadrer de manière durable. Les exemples étrangers montrent que les conditions strictes initialement posées, motivées par les mêmes intentions que celles qui vous animent aujourd'hui, ont connu un élargissement pour répondre à la demande sociétale. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes RN et LR. – M. Emmanuel Pellerin applaudit également.*)

**M. Xavier Breton.** Ça finira pareil !

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Potier.

**M. Dominique Potier.** Je voudrais dénoncer ici la fiction que constitue le modèle français de la fin de vie promu par le Président de la République. Les évolutions que nous craignons de voir se déployer dans les cinq prochaines années ont été proposées en l'espace de cinq jours et la liste des amendements montre qu'il y a encore des demandes d'élargissement.

Dans cette loi, l'accès à l'euthanasie et au suicide assisté est justifié par une liberté, qui devient un droit puis une créance, philosophie que nous condamnons. Contre vents et marées, je le réaffirme : je crois profondément en une autre vision de la personne, celle d'un être auquel la vie est donnée qui contracte une dette mutuelle au sein de la société dans laquelle il grandit. Cet être social doit être protégé dans sa vulnérabilité, ce qui nous renvoie à l'interdit de donner la mort. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes RN et LR. – M. Vincent Bru, M. Charles de Courson et M. Emmanuel Mandon applaudissent.*)

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

**M. Christophe Bentz.** Je formule à nouveau le vœu que nos débats restent apaisés et que le respect et l'écoute prévalent dans cet hémicycle. L'article 6 forme le cœur de ce projet de loi puisqu'il fixe les critères d'accès à l'aide à mourir, autrement dit le suicide assisté et l'euthanasie. Je le dis avec gravité, madame la ministre, vous vous êtes fait dépasser en commission spéciale à la fois par l'extrême gauche et par une partie de la majorité présidentielle macroniste, ce qui était prévisible. Votre texte autorise en effet toutes les dérives. La version

initiale du Gouvernement porte en elle la possibilité d'une évolution radicalisée. Nous l'avons bien vu en commission spéciale où les garde-fous ont sauté un à un.

Revenons au bon sens et restons sur la voie des soins à prodiguer à la personne et de la vie. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN.*)

**M. le président.** La parole est à M. Stéphane Delautrette.

**M. Stéphane Delautrette.** À mon tour de formuler le vœu que nos débats soient respectueux et apaisés. Nous ne pouvons toutefois pas laisser dire n'importe quoi. Monsieur Le Fur, on achève un animal blessé mais on accompagne les hommes et les femmes en souffrance. (*Applaudissements sur les bancs des groupes RE et Écolo-NUPES. – Mme Danielle Simonnet applaudit également.*)

Comment imaginer que nous pourrions envisager d'admettre la mort à une personne trisomique? (*M. Marc Le Fur s'exclame.*) Où avez-vous cela dans le texte?

Ces amendements de suppression signifient-ils, chers collègues, que vous êtes partisans d'une aide à mourir sans conditions? Permettez-moi d'en douter. Comme je l'ai dit ce matin, je pense que vous cherchez plutôt à rendre le projet de loi inopérant. Défendez plutôt vos arguments au travers de vos amendements visant à durcir les critères, comme c'est votre droit, ou en vous opposant aux nôtres. Faisons en sorte de progresser dans l'examen de ce texte. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RE.*)

**M. Michel Lauzzana.** Bravo!

**M. le président.** La parole est à M. Aurélien Pradié.

**M. Aurélien Pradié.** Au terme de nos débats, il restera dans cet hémicycle des députés favorables à ce texte et d'autres qui y sont hostiles. Nous n'avons à juger ni les uns ni les autres. Il ne faudrait toutefois pas que ce débat sur les conditions tende à masquer une opposition de principe qui, quelles que soient les évolutions apportées, demeurera.

Ce projet de loi n'est pas comme les autres. Deux choses importantes doivent être prises en considération. La première est la nécessité de rechercher le plus grand consensus possible parmi ceux qui sont favorables à ce texte. Je le dis à l'intention de ceux qui voudraient aller plus loin, trop loin : sur un sujet comme celui-ci, c'est risquer de perdre en chemin ceux qui, comme moi, doutent. La deuxième chose, c'est d'être attentifs au fait que nous ne nous contentons pas d'inscrire des protocoles. Nous décidons de grands principes sociétaux et je rejoins sur ce point plusieurs de mes amis. Certains des critères que nous fixerons dans la loi seront inopérants. Les termes de « stade ultime » n'ont peut-être pas de fondement d'un point de vue technique et médical mais ils disent quelque chose à la société. La loi est à la fois pratique et politique : elle adresse un message à la nation.

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

**M. Hadrien Clouet.** Ce matin, nous avons adopté une définition de l'aide à mourir. Cela a suscité des débats, ce qui est normal, mais à présent, nous avons à nous déterminer sur un autre enjeu : les critères d'éligibilité. Contrairement à ce qui a pu être dit, peu de droits s'appliquent de manière absolue. Une majorité, au contraire, est entourée de conditions. Le droit de vote suppose une condition d'âge.

**M. Thomas Ménagé.** De nationalité aussi?

**M. Hadrien Clouet.** Le droit à l'interruption de grossesse est lui aussi soumis à des conditions.

Nous avons acté un principe de droit et il nous appartient maintenant de nous pencher sur son application concrète : qui est éligible, qui ne l'est pas? Voici l'enjeu de la discussion que nous souhaitons avoir ici. C'est la raison pour laquelle nous voterons bien sûr contre ces amendements de suppression.

Certains souhaitent exclure de l'accès à l'aide à mourir les personnes atteintes d'une affection qui leur fait endurer de profondes souffrances mais leur laisse encore quelque temps à vivre. Ils font trois confusions : d'abord, entre vivre et survivre – et la personne concernée est la mieux placée pour faire la distinction ; ensuite, entre capacité à vivre et volonté de vivre ; enfin, entre santé et dignité humaine. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NUPES.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Élise Leboucher.

**Mme Élise Leboucher.** Alors que l'Assemblée a adopté la définition de l'aide à mourir, supprimer cet article précisant les critères à remplir pour y accéder entraînerait une forte incertitude sur les conditions d'application de ce droit. Après un long travail de consultation, de réflexion, de débat en commission, le législateur se priverait de sa raison d'être, qui est de faire la loi.

Par ailleurs, j'ai du mal à comprendre le raisonnement de notre collègue Bazin, qui refuse de poser des critères, autrement dit des garde-fous,...

**M. Thibault Bazin.** Au contraire, j'en veux plus!

**Mme Élise Leboucher.** ...au motif que ces conditions seraient susceptibles d'évoluer dans un avenir indéfini. C'est précisément en l'absence de règles et d'encadrement que des dérives peuvent survenir puisque les pratiques restent clandestines et échappent à tout contrôle. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LFI-NUPES.*)

Madame Dogor-Such, arrêtez de nous opposer en permanence la sédation profonde et continue. Vous n'auriez pas voté la loi Claeyls-Leonetti si vous aviez été sur ces bancs en 2016. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LFI-NUPES et RE.*)

**M. Jocelyn Dessigny.** Mais qu'en savez-vous?

**Mme Élise Leboucher.** S'agissant du critère du pronostic vital engagé à court ou moyen terme, nous avons entendu les remarques des professionnels de santé sur la difficulté à traduire concrètement cette notion, spécialement pour le moyen terme. C'est la raison pour laquelle la commission a retenu un critère plus adapté : être atteint d'une affection « en phase avancée ou terminale », termes utilisés dans l'article 2 de la loi Leonetti et à l'article 10 de la loi Claeyls-Leonetti. Il repose donc sur une définition juridique. Chers collègues, débattons des critères et sortons des caricatures. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NUPES.*)

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

**Mme Julie Laernoës.** Nous avons adopté à l'article 5 la définition de l'aide à mourir. Et je constate que les auteurs des amendements de suppression ont une position plus maximaliste que celle qu'ils me prêtent.

**M. Julien Odoul.** Vous êtes la porte-parole du Gouvernement?

**Mme Julie Laernoës.** Supprimer l'article 6 revient en effet à supprimer les conditions encadrant l'aide à mourir. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RE.*)

**Mme Annie Genevard.** Sophisme!

**Mme Julie Laernoës.** Je suis stupéfaite de voir votre volonté d'obstruction aller jusqu'à de telles absurdités.

Pour avoir un débat de fond apaisé, il serait bon d'arrêter de brandir des chiffons rouges destinés à faire peur. Ainsi a-t-on entendu certains évoquer la notion d'appel d'air – on sait comme elle est chère à l'extrême droite : des Néerlandais fuiraient par cars entiers vers l'Allemagne pour échapper à la législation de leur pays ; des personnes viendraient se faire euthanasier chez nous si la loi était adoptée.

**Mme Annie Genevard.** Personne n'a dit ça !

**Mme Julie Laernoës.** Il faudrait choisir. Vous dites tout et son contraire. Restez-en au fond du débat et travaillez sur les amendements et les conditions d'accès. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Écolo-NUPES.*)

**M. Jocelyn Dessigny.** Écoutez plutôt les gens quand ils parlent !

**M. le président.** La parole est à Mme Stéphanie Rist.

**Mme Stéphanie Rist.** L'article 6 représente le point d'équilibre du projet de loi. Je souhaite d'ailleurs que des évolutions permettent de rétablir la rédaction initiale proposée par le Gouvernement. Il est étrange de vouloir sa suppression : en adoptant l'article 5, nous venons d'autoriser l'aide à mourir, qu'il convient désormais d'encadrer, non pour aboutir à un compromis mou entre ceux qui veulent adopter ce texte et les autres, mais bien parce que l'efficacité même de ce texte sera proportionnelle à sa précision. Je crois donc qu'il ne faut pas adopter ces amendements de suppression. (*M. Gilles Le Gendre et Mme Charlotte Parmentier-Lecocq applaudissent.*)

**M. le président.** La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Comme ma collègue Rist, je voterai contre ces amendements de suppression parce que nous devons débattre des conditions d'accès et du périmètre de l'aide à mourir. Est-elle compassionnelle et exceptionnelle, ou constitue-t-elle un nouveau droit ? Il faudra choisir entre les notions de « moyen terme » et de « phase avancée ». La première a l'avantage d'être mesurable, la seconde ne veut rien dire dans la mesure où elle se rapporte à une dynamique qui ne définit pas précisément le stade de la maladie. Le débat est donc nécessaire pour préciser les conditions d'ouverture de l'accès à l'aide à mourir. Dans l'hémicycle, nous ne traduisons pas les termes du texte de la même manière. Aussi faut-il absolument les préciser très finement.

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

**M. Patrick Hetzel.** S'agissant des conditions d'accès à l'aide à mourir, un courrier de l'ADMD daté du 21 mai interprète ainsi l'alinéa 7 de l'article 6 : « Cette rédaction permet de prendre en compte les situations les plus difficiles, même si le pronostic vital n'est pas engagé à brève échéance. Elle permet également de prendre en compte les situations provoquées par des maladies comme par des accidents laissant de lourdes séquelles. [...] Cette rédaction permet de répondre à des personnes qui sont encore en trop bonne santé et donc qui pourraient bénéficier du suicide assisté, voire de l'euthanasie. » Ma question est simple et précise, madame la ministre : partagez-vous l'interprétation de l'ADMD ou vous inscrivez-vous en faux contre elle ? L'avis du Gouvernement nous semble important.

**M. le président.** La parole est à M. Thomas Ménagé.

**M. Thomas Ménagé.** L'article 6 est le cœur nucléaire du projet de loi. Même si je suis favorable à une évolution de la loi en faveur d'une aide active à mourir, il convient de poser des garde-fous et de définir des critères d'accès très clairs.

Parce que ce débat est nécessaire, je voterai contre ces amendements de suppression. Cela étant, si nous ne rétablissons pas la rédaction initiale de l'article 6, je voterai bien entendu contre le texte, car, avec la suppression de la référence au « pronostic vital engagé à court ou moyen terme », il n'offre plus de protection suffisante. Certains collègues vont même jusqu'à dire que, dans l'attente de l'avis de la HAS, on pourrait assouplir encore davantage les conditions d'accès en retenant le critère d'une maladie « en phase avancée ou terminale ». Sur un tel sujet, nous devons au contraire avancer avec prudence. La seconde lecture du projet de loi, éclairée par l'avis de la HAS, nous permettra d'aller dans la bonne direction. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RN.*)

**M. le président.** La parole est à M. Laurent Panifous.

**M. Laurent Panifous.** Après avoir voté le principe de l'aide à mourir à l'article 5, il est absolument essentiel d'en fixer les conditions strictes d'accès. Je voterai donc contre ces amendements de suppression, qui sont contraires à la logique. Je m'inscris également en faux contre l'argument, souvent répété, selon lequel nous ouvririons la boîte de Pandore dans la mesure où les critères que nous fixons, si stricts soient-ils, pourraient toujours évoluer demain. Mais seule la loi pourrait permettre une telle évolution. Il convient donc de travailler sereinement et patiemment à l'encadrement du dispositif, ce qui – nous le constatons – n'est guère aisé. S'il doit évoluer plus tard, il ne le fera qu'avec l'aval du Parlement. (*M. David Valence applaudit.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Anne Bergantz.

**Mme Anne Bergantz.** Je suis vraiment désolée et dépitée d'entendre certains tenter une nouvelle fois de nous faire croire que l'aide à mourir serait ouverte aux personnes handicapées et aux personnes âgées, en tant qu'elles seraient handicapées ou âgées. Rappelons que le critère central est évidemment la maladie.

Des statistiques ont été citées ce matin à propos de l'âge moyen des personnes ayant eu accès à l'aide à mourir aux Pays-Bas. Il faut toujours manier et analyser les chiffres avec beaucoup de précaution. En l'occurrence, j'en citerai d'autres : l'âge médian du diagnostic de cancer en France – 70 ans pour les hommes, 68 ans pour les femmes – et l'âge médian du décès à la suite d'un cancer – 63 ans pour les hommes, 77 ans pour les femmes. La majorité des situations d'aide à mourir concernera donc probablement des personnes âgées de plus de 70 ans, non parce qu'elles sont âgées, mais simplement parce qu'elles sont malades !

**Mme Annie Genevard.** Vous n'en savez rien, vous ne pouvez pas l'affirmer !

**M. le président.** La parole est à Mme Emeline K/Bidi.

**Mme Emeline K/Bidi.** Cette assemblée est partagée entre ceux qui sont favorables au texte et ceux qui y sont opposés. Nous ne sommes pas là pour être convaincus, puisque nous en débattons depuis des semaines et que beaucoup d'entre nous ont déjà arrêté leur position. En revanche, nos arguments doivent être clairs et sincères parce que d'autres nous regardent et ont besoin de clarté pour pouvoir se faire une opinion. (*M. Gilles Le Gendre applaudit.*) Nous devons donc débattre des conditions d'accès de l'aide à mourir, rappeler qu'elles sont cumulatives, et réfuter les mensonges que l'on peut lire, que certains propagent même au sein de cette assemblée et qui induiraient en erreur ceux qui nous regardent. Enfin, si nous avons peur de légiférer sous prétexte que des évolutions pourraient survenir dans de futures législatures, alors nous ne ferons jamais rien. Si ceux qui nous ont

précédés avaient eu cette crainte, ni l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ni la procréation médicalement assistée (PMA) n'auraient été adoptées...

**M. Benoît Mournet.** Ça n'a rien à voir !

**Mme Emeline K/Bidi.** ...et nous n'avancerions pas au rythme des évolutions de notre société.

**M. le président.** La parole est à M. Sébastien Peytavie.

**M. Sébastien Peytavie.** Le débat relatif aux conditions d'accès à l'aide à mourir est important. Il s'articule autour d'un critère temporel – c'est la notion de « court ou moyen terme », dont la définition est délicate au dire de nombreux médecins – et d'un critère relatif au stade d'avancement de la maladie – c'est la notion d'« affection grave et incurable en phase avancée ou terminale », qui donne un caractère très spécifique à la pathologie concernée. Le second critère me semble plus facile à évaluer par le personnel médical. Par ailleurs, monsieur Hetzel, quand vous dites que des situations de handicap pourraient entrer dans le champ de l'aide à mourir, vous auriez raison si nous n'avions pas retenu un ensemble des critères cumulatifs, notamment l'existence de douleurs réfractaires. Grâce à ce cumul, les situations de handicap sortent du périmètre du dispositif. *(Mmes Julie Laermoes, Brigitte Liso et Sandra Regol applaudissent.)*

**M. Benoît Mournet.** Dans le texte, je lis « soit...soit... », ce n'est pas la même chose que « et » !

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville.

**M. Pierre Dharréville.** S'il y a des personnes favorables et opposées au texte, j'ai aussi croisé des indécis. Il serait dommage que cette loi soit adoptée par imprécision, par défaut ou sans réelle conviction. Pour que tel ne soit pas le cas, le débat demeure nécessaire. Dès lors que l'aide à mourir existe, des conditions d'accès à ce droit doivent être définies. Leur suppression serait problématique, même si je crois impossible de pouvoir fixer de bons critères : ma situation est donc délicate. En outre, mal nommer les choses fait remonter à la surface les questions de fond que j'ai essayé de poser depuis le début de l'examen du texte : cela rend notre débat plus difficile.

**M. le président.** La parole est à M. Charles de Courson.

**M. Charles de Courson.** Quel que soit notre vote à l'article 5, dès lors qu'il est adopté, il faut discuter de l'article 6. *(« Eh oui ! » sur divers bancs.)* Si on le supprimait, ce serait la victoire du libertarisme le plus absolu, puisqu'il n'y aurait aucun critère d'accès à l'aide à mourir ! Certains s'en réjouiraient peut-être, pas moi ! Nous sommes donc condamnés à examiner l'article 6. *(M. Gilles Le Gendre et Mme Stéphanie Rist applaudissent.)*

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 76, 148, 390, 581, 654, 1334, 1514 et 2550.

*(Il est procédé au scrutin.)*

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

Nombre de votants .....	138
Nombre de suffrages exprimés .....	130
Majorité absolue .....	66
Pour l'adoption .....	41
contre .....	89

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 76, 148, 390, 581, 654, 1334, 1514 et 2550 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 151, qui fait l'objet d'un sous-amendement.

**M. Patrick Hetzel.** La logique du suicide assisté relève pour nous d'une exception à certaines dispositions de notre code pénal. D'une part, l'euthanasie est illégale. D'autre part, chacun peut être condamné pour non-assistance à personne en danger. L'une des lignes de fracture du texte se situe donc à ce point précis. Madame la ministre, là encore, pourriez-vous nous préciser la position du Gouvernement ? Le suicide assisté et l'euthanasie seront-ils considérés comme légaux et les dispositions du code pénal relatives à la non-assistance à personne en danger cesseront-elles de s'appliquer ?

**M. le président.** La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir le sous-amendement n<sup>o</sup> 3491.

**Mme Emmanuelle Ménard.** Reprenant une proposition défendue en commission par notre collègue Yannick Neuder, il prévoit de compléter l'alinéa 2 de l'amendement de mon collègue Hetzel par la phrase suivante : « La personne doit au préalable avoir bénéficié d'une prise en charge en soins palliatifs mentionnés aux articles L. 1110-9 et L. 1110-10 du code de la santé publique. » Chacun le sait, en effet : lorsque les soins palliatifs sont correctement prodigués en amont, peu de malades demandent à mourir. Il convient donc d'en faire un préalable nécessaire avant d'envisager l'euthanasie ou le suicide assisté. Ajouter une telle condition pourrait mettre tout le monde d'accord, puisque cela constituerait un garde-fou empêchant toute dérive.

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

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Par cet amendement, vous souhaitez inscrire dans le code pénal les dispositions relatives au suicide assisté. Puisque vous proposez de réécrire totalement l'article, vous remettez en cause l'ensemble des dispositions qu'il contient, aussi mon avis sera-t-il défavorable.

De plus, les critères proposés sont plus souples que ceux que contient actuellement l'article. En effet, vous ne mentionnez pas les souffrances rencontrées par le malade, qui constituent un critère d'accès cumulatif et important. De même, vous substituez la formule « en état d'exprimer sa volonté » à la formule « apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée », qui me paraît plus forte et plus exigeante. Pour toutes ces raisons, je m'oppose à l'amendement.

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

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Je commencerai par rappeler à Mme Ménard que l'article 7, alinéa 10 précise que le médecin doit commencer par proposer au patient – qui n'est pas obligé d'accepter – de bénéficier de soins palliatifs. Le sous-amendement est donc satisfait.

Quant à l'amendement de réécriture de M. Hetzel, son adoption ferait disparaître les conditions liées à l'âge et à la capacité du patient de manifester sa volonté de façon libre et éclairée.

Vous me demandez si la pratique de l'aide à mourir pourrait donner lieu à des poursuites pénales. Dès lors qu'elle aura été accomplie conformément à la procédure définie par la loi, elle sera couverte par l'article 122-4 du code pénal, qui dispose qu'une personne accomplissant un acte autorisé par la loi n'est pas passible de poursuites.

Avis défavorable sur l'amendement et le sous-amendement.

**M. le président.** La parole est à Mme Annie Genevard.

**Mme Annie Genevard.** Mme la ministre fait valoir que le médecin devra proposer des soins palliatifs au patient, mais encore faut-il que celui-ci y ait accès ! Je rappelle que ce n'est pas le cas d'un Français sur deux ; il faut donc se poser la question.

Madame la rapporteure, vous avez insisté sur le caractère cumulatif des critères. Toutefois, il est possible d'être atteint d'une maladie grave et incurable sans présenter de souffrances physiques réfractaires, et inversement. Mme Panosyan-Bouvet a donc eu raison de souligner le risque que les critères soient élargis dans l'avenir, comme ils l'ont été dans tous les pays qui se sont dotés de dispositions similaires. Vous verrez : la demande sociétale appellera l'élargissement. C'est un des motifs pour lesquels nous ne voulons pas voter ce texte.

**M. le président.** La parole est à M. Jérôme Guedj.

**M. Jérôme Guedj.** Nous sommes évidemment défavorables à la réécriture totale de l'article 6 proposée dans l'amendement n° 151. Néanmoins, je dois avouer que l'article 6 me pose un problème méthodologique, ce qui m'amène, madame la ministre, à vous poser une question. Comme beaucoup de mes collègues, je ne comprends pas les nuances du débat qui oppose les critères de « phase avancée et terminale » d'une part, de « pronostic vital engagé à court ou à moyen terme » d'autre part. Chacune de ces options a été défendue avec une grande sincérité par plusieurs députés ; ce débat oppose même la présidente de la commission spéciale au rapporteur général.

De quels éléments disposons-nous pour nous éclairer, à part la sincérité des uns et des autres ? Le 22 avril, vous avez annoncé à la commission spéciale que vous aviez saisi la Haute Autorité de santé pour qu'elle précise le concept de « pronostic vital engagé à moyen terme ». Or la HAS, si j'ai bien compris, nous livrera ses premières conclusions à la fin de l'année et sa recommandation formelle au premier trimestre 2025. Si j'étais taquin, je vous demanderais si vous avez réellement saisi la HAS et si nous aurons une réponse ; comme je ne le suis pas, je me contenterai de vous demander quelles autres sources pourraient nous éclairer, car je ne sais pas qui croire.

**M. le président.** La parole est à M. Benoit Mournet.

**M. Benoit Mournet.** Je soutiens le sous-amendement de Mme Ménard, car faire des soins palliatifs une condition préalable à l'aide à mourir plutôt qu'une option me paraît s'inscrire dans la logique du texte.

En ce qui concerne les critères retenus – il faut bien en débattre –, trois sur cinq me paraissent clairs : l'âge, la nationalité et la capacité du patient à exprimer sa volonté de manière libre et éclairée. En revanche, les deux autres me semblent assez flous, en particulier le quatrième, qui intro-

duit une alternative. Il précise que la souffrance doit être « soit réfractaire », « soit insupportable ». Je préférerais que ces deux termes soient liés par un « et ».

J'ai le plus grand respect pour les positions de chacun, mais comprenez la frustration que suscite chez ceux qui, comme moi, pensent que nous ferions une bêtise en adoptant ce texte, le constat que les critères sont suffisamment flous et interprétables pour ouvrir la voie à autre chose.

**M. le président.** La parole est à M. David Valence.

**M. David Valence.** Nous sommes tous d'accord pour que des soins palliatifs soient proposés à chaque personne atteinte d'une maladie incurable et présentant des souffrances réfractaires ; nous l'avons dit en long, en large et en travers lors de l'examen du titre I<sup>er</sup>. Toutefois, le sous-amendement de Mme Ménard va plus loin et me paraît contrevenir à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, car il vise à créer une obligation de soin pour les malades concernés, préalable à tout accès à l'aide à mourir. L'adopter reviendrait à remettre en cause la loi Kouchner, un texte fondamental en matière de droits des malades.

Nous examinerons d'ailleurs un autre amendement à cet effet, l'amendement n° 452 de M. Neuder. Il me semble essentiel de rejeter de telles propositions, car nous ne saurions revenir sur le droit de refuser un traitement, dont je rappelle que les Français y sont très attachés. (*M. Michel Lauzzana et Mme Christine Pires Beaune applaudissent.*)

**M. le président.** La parole est à M. Julien Odoul.

**M. Julien Odoul.** Si nous débattons des critères d'accès à l'euthanasie, c'est en raison de l'échec du développement des soins palliatifs. (« *Mais non !* » sur plusieurs bancs du groupe RE.) Si un grand nombre de nos concitoyens se tournent spontanément vers l'euthanasie, c'est à cause de votre échec criant et dramatique à leur donner accès aux soins palliatifs. Les statistiques le montrent, les soignants le disent : quand on offre à nos compatriotes en fin de vie l'accès aux soins palliatifs et qu'on traite leur douleur, ils ne veulent plus mourir. (*Mmes Brigitte Liso et Sandrine Rousseau s'exclament.*)

Certains d'entre vous semblent oublier qu'il y a des personnes qui, même lorsqu'elles sont en fin de vie, qu'elles souffrent d'une maladie incurable et que leur pronostic vital est engagé, ne souhaitent pas mourir, mais veulent profiter de leurs derniers jours pour peu que leur souffrance soit traitée. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe RN. – M. Marc Le Fur applaudit également.*)

**M. David Valence.** Et que faites-vous pour les autres ? Rien !

**M. le président.** La parole est à Mme Perrine Goulet.

**Mme Perrine Goulet.** De nombreuses raisons me poussent à vouloir voter contre l'amendement de réécriture. J'interpellerai M. Hetzel sur l'une d'entre elles, car la question me taraude. Vous proposez de remplacer le critère d'âge, fixé à dix-huit ans, par le critère de majorité civile, ce qui pourrait conduire à ouvrir l'aide à mourir aux mineurs émancipés. (*Assentiment sur plusieurs bancs du groupe RE.*) Le critère de majorité me semble bien plus dangereux que le critère des dix-huit ans ; je rappelle qu'aux termes de l'article 413-6 du code civil, « Le mineur émancipé est capable, comme un majeur, de tous les actes de la vie civile. »

Votre amendement aurait pour effet de donner aux mineurs émancipés le droit à l'aide à mourir. Je vous invite donc à préférer le critère de l'âge à celui de la majorité civile.

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Très bien !

**M. le président.** La parole est à Mme Laure Lavalette.

**Mme Laure Lavalette.** Je soutiens le sous-amendement de Mme Ménard : le traitement par des soins palliatifs doit être un préalable à l'euthanasie. En commission spéciale, l'extrême gauche a essayé pendant toute une après-midi de décorrélérer complètement la demande de mort de la souffrance, ce qui représenterait un changement anthropologique encore plus grand que celui que vous tentez d'imposer. Vous ne pouvez pas demander au législateur et à la société d'organiser l'euthanasie si vous la décorrélerez de la souffrance ; cela me paraît intellectuellement inacceptable. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe RN.*)

**M. Christophe Bentz.** Eh oui !

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

**M. Hadrien Clouet.** Le groupe La France insoumise votera contre l'amendement et le sous-amendement. Nous comprenons l'intention de M. Hetzel : il souhaite inscrire les dispositions relatives à l'aide à mourir non dans le code de la santé, mais dans le code pénal, parce qu'il estime – et c'est là le cœur du débat – qu'il ne s'agit pas d'un soin ni d'un acte de compassion, mais d'une exception à une règle de droit pénal. C'est la source de notre désaccord. Nous considérons que la notion de soin n'est pas uniquement curative, mais englobe tout ce qui contribue à guérir, à maintenir et à apaiser. Or le texte contribue à apaiser. Il participe donc d'une démarche de soin.

**M. le président.** La parole est à Mme Emeline K/Bidi.

**Mme Emeline K/Bidi.** Le code de la santé publique fait de la liberté de choix du patient un principe fondamental. Cette liberté implique la possibilité pour le patient de choisir son praticien, son établissement et son traitement, mais aussi de refuser le traitement. Si le patient ne souhaite pas accéder aux soins palliatifs, personne ne peut l'y obliger ni en faire dépendre l'accès à un autre droit. Le sous-amendement de Mme Ménard va profondément à l'encontre du principe de liberté de choix du patient.

*(Le sous-amendement n° 3491 n'est pas adopté.)*

*(L'amendement n° 151 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n° 195 et 1734, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 195.

**M. Thibault Bazin.** Je pense inopportun de codifier ces éléments dans le code de la santé publique, car ils s'opposent à ses principes fondamentaux ; c'est pourquoi cet amendement vise à supprimer les alinéas 1 à 3 de l'article 6. Pour vous rassurer, je précise que cela ne nous empêchera pas d'examiner les critères d'accès au dispositif, qui font l'objet des alinéas 4 et suivants.

Nous ne sommes pas contre le principe de fixer des critères – bien au contraire, nous pensons que si vous légalisez le suicide assisté et l'euthanasie, il y faut des critères clairs et plus stricts que les vôtres –, mais nous sommes contre la rédaction actuelle de l'article, qui n'est ni satisfaisante, ni claire, ni même intelligible, ce qui entraîne d'ailleurs un risque d'inconstitutionnalité. Forte de votre expérience parlementaire et législative, vous savez bien, madame la ministre, que les amendements tendant à supprimer un article sont malheureusement toujours examinés avant ceux qui visent à le modifier. En l'occurrence, cela est dommage, car nous préférons réexaminer les conditions d'accès au dispositif, mais ces amendements de suppression sont le seul moyen d'exprimer notre opposition à l'article en l'état.

Sur le fond, l'amendement n° 2494 du Gouvernement nous donne raison. Dans l'exposé des motifs, vous affirmez que « sans cet amendement, [le suicide assisté ou l'euthanasie] serait accessible avec une maladie grave et incurable sans engagement du pronostic vital. Par ailleurs, sans précision et au sens médical, [la notion de] "phase avancée" est trop large. » À vous en croire, le contenu de l'article est très inquiétant et le restera si votre amendement n'est pas voté ! L'adoption de l'article en l'état déséquilibrerait gravement le texte ; retirez-vous le projet de loi le cas échéant ?

**M. le président.** La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 1734.

**Mme Emmanuelle Ménard.** Il est similaire à celui de M. Bazin. L'euthanasie et le suicide assisté ne peuvent être considérés comme des soins ou comme des actes thérapeutiques. Par conséquent, il convient de supprimer les alinéas 1 à 3, qui auraient pour effet d'inscrire ces dispositions dans le code de la santé publique. L'amendement tend à revenir sur cette codification introduite en commission.

*(Les amendements n° 195 et 1734, repoussés par la commission et le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 2337.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** La question se pose de savoir s'il faut inscrire le dispositif relatif à l'aide à mourir dans le code de la santé publique ou dans le code civil. Toutefois, nous en avons débattu lors de l'examen de l'article 5 et les amendements visant à l'inscrire dans le code civil n'ont alors pas été adoptés ; je retire donc celui-ci.

*(L'amendement n° 2337 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à M. Marc Le Fur, pour soutenir l'amendement n° 1515.

**M. Marc Le Fur.** Je profite de l'amendement pour poser de nouveau quelques questions de principe. Dans notre société, deux philosophies se sont traditionnellement affrontées, tout en se retrouvant sur l'essentiel, sur des principes communs : l'attention aux plus faibles et l'interdit de tuer. D'une part, la tradition chrétienne, fondée sur le principe de la personne humaine, être social par excellence, et sur le respect de la vulnérabilité.

**M. Hadrien Clouet.** On ne s'entre-tuait pas forcément avant le christianisme, vous savez !

**M. Marc Le Fur.** D'autre part, une tradition plus laïque, de gauche, était aussi fondée sur la solidarité. Ces deux traditions d'origine très différente admettaient implicitement que le degré de civilisation d'un pays se mesure à la place réservée aux plus vulnérables. Je m'inscris dans l'une de ces traditions ; je crois que d'autres peuvent également se retrouver autour du principe de l'attention aux plus vulnérables. Or, avec ce projet de loi, nous nous en éloignons terriblement. La logique de ce texte est que chacun doit s'assumer, que cela ne regarde pas les autres, qu'au mieux la société doit encadrer l'euthanasie et le suicide assisté, mais en aucun cas protéger les plus fragiles. (*M. Julien Odoul applaudit.*)

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

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Avis défavorable. Nous avons déjà débattu de la sémantique.

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

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Avis défavorable.

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

**M. René Pilato.** Vous pourrez vérifier les définitions auprès du site du Centre national de ressources textuelles et lexicales. Je ne reviendrai pas sur ce que nous avons déjà dit ; je rappelle simplement que l'euthanasie se définit par le fait de donner volontairement la mort à une personne qui ne l'a pas demandé. (*Protestations sur quelques bancs des groupes RN et LR.*)

**M. Julien Odoul.** N'importe quoi !

(*L'amendement n° 1515 n'est pas adopté.*)

**M. le président.** La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n° 3063.

**M. Christophe Bentz.** Il vise à exclure du dispositif « les personnes dont une maladie ou un trouble psychique ou neuropsychique altère gravement le discernement et l'exercice de leur volonté libre et éclairée », afin d'éviter toute forme d'abus moral et psychologique à leur rencontre.

Puisque, madame la ministre, vous fondez tout sur la question du choix, celui-ci doit être totalement libre.

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

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Je rappelle que les conditions d'accès fixées par l'article 6 ne permettent pas à des personnes dont le discernement serait gravement altéré d'avoir accès à l'aide à mourir.

J'ajoute que l'alinéa 3 de l'article 8, que nous avons déjà évoqué, exclut explicitement les personnes « dont une maladie altère gravement le discernement lors de la démarche de demande d'aide à mourir », car elles ne peuvent être regardées « comme manifestant une volonté libre et éclairée ». Il me semble donc que votre demande est satisfaite.

L'avis de la commission est donc défavorable.

(*L'amendement n° 3063, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such, pour soutenir l'amendement n° 69.

**Mme Sandrine Dogor-Such.** Face à l'opposition des 800 000 soignants ainsi que des médecins en soins palliatifs à ce projet de loi, ne serait-il pas judicieux de laisser aux seuls médecins volontaires l'administration de cette mort programmée ?

Vingt organisations de soignants ont signé une tribune dans la presse pour exprimer leur opposition à ce texte. Si vous faites une recherche sur la fin de vie sur internet, vous trouverez le nom de toutes les organisations de soignants opposées au projet de loi. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RN.*)

(*L'amendement n° 69, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

**M. le président.** Je suis saisi de six amendements, n° 898, 152, 3180, 1396, 716 et 66, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Charles de Courson, pour soutenir l'amendement n° 898.

**M. Charles de Courson.** Nous avons eu un grand débat en commission spéciale entre ceux qui voulaient que tous les patients concernés aient le choix entre deux branches d'une

alternative et ceux qui le refusaient en soulignant que le Gouvernement, dans l'exposé des motifs, mentionne une « exception d'euthanasie », sans proposer au patient un choix entre l'administration de la substance létale par lui-même ou par un tiers. Avant que nous examinions les cinq critères d'éligibilité, je vous propose de préciser qu'il s'agit d'une « assistance au suicide avec exception d'euthanasie », car il faut souligner qu'il s'agit d'une exception.

**M. le président.** La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 152.

**M. Patrick Hetzel.** Pour plus de clarté, il vise à employer les mots « euthanasie et au suicide assisté » plutôt que « aide à mourir ».

**M. le président.** L'amendement n° 3180 de M. Christophe Bentz est défendu.

La parole est à Mme Marie-France Lorho, pour soutenir l'amendement n° 1396.

**Mme Marie-France Lorho.** L'emploi de l'expression « aide à mourir » souligne la proximité du Gouvernement avec l'Association pour le droit à mourir dans la dignité. Michel Castra, professeur de sociologie à l'université Lille 1, soulignait récemment dans *Le Monde* que cette formule était apparue dans les sondages réalisés par l'ADMD dans les années 1980-1990. C'est une expression idéale pour les personnes favorables à l'euthanasie et au suicide assisté, qui leur permettait de soutenir qu'une large majorité de Français étaient favorables à l'évolution de la législation. Cette hypocrisie dans l'emploi des termes nous choque d'autant plus que le principe de la sédation profonde et continue est assez mal connu des Français, alors même qu'il s'agit d'une solution éthique.

À travers cet amendement, nous appelons une nouvelle fois le Gouvernement à faire usage des termes exacts : suicide assisté et euthanasie. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RN.*)

**M. le président.** La parole est à M. Julien Odoul, pour soutenir l'amendement n° 716.

**M. Julien Odoul.** Nous ne le rappellerons jamais assez, l'aide à mourir existe déjà : c'est la sédation profonde et continue jusqu'au décès, inscrite dans la loi Claeys-Leonetti en 2016 ; elle est pratiquée chaque jour par des soignants. Ce n'est pas l'euthanasie.

Il faut être clair avec les mots pour être clair avec les actes. C'est une protection pour les soignants et surtout pour les patients en fin de vie, pour qu'il n'y ait pas de doute dans leur esprit. Quand on leur proposera l'aide à mourir dans la palette de solutions qui leur est présentée, il ne faut pas qu'ils se disent que celle-ci peut mener à l'euthanasie. Il faut avoir conscience que les patients en fin de vie peuvent changer d'avis très régulièrement, parce que leur état se modifie ou parce qu'ils reçoivent des avis contradictoires.

**M. le président.** La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such, pour soutenir l'amendement n° 66.

**Mme Sandrine Dogor-Such.** Monsieur le rapporteur général, vous avez expliqué au début de l'examen du texte que le terme « euthanasie », selon vous, n'était pas adapté à la législation de notre pays. L'amendement vise donc simplement à lui substituer l'expression « mort programmée ». (*M. Christophe Bentz applaudit.*)

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

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie**, *rapporteuse*. Nous avons déjà eu cette discussion à de nombreuses reprises. L'avis de la commission est défavorable.

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

**Mme Catherine Vautrin**, *ministre*. Même avis.

**M. le président**. La parole est à Mme Christine Pires Beaune.

**Mme Christine Pires Beaune**. Nous voterons contre ces amendements. Comme certains persistent à prétendre que la loi Claey-Leonetti suffit, je voudrais vous lire un témoignage, dont je précise qu'il ne concerne pas des personnes de mon entourage.

**M. Aurélien Pradié**. Il ne faut pas faire ça !

**Mme Christine Pires Beaune**. « Si j'avais pu transporter mon fils dans ma voiture et l'emmener en Belgique, je l'aurais sans doute fait, mais il était devenu intransportable hormis en ambulance. Les Belges et les Hollandais sont-ils des meurtriers ? Je ne le pense pas. Tous les membres de ma famille et de la famille de mon mari m'ont soutenu et n'ont pas compris que l'on ait pu laisser vivre mon fils dans ces conditions. Quand commence l'acharnement ? Où est l'humanité lorsqu'on s'obstine à ignorer la souffrance de l'autre ? Combien de temps allons-nous encore attendre avant que les mentalités changent sur le sujet, avant que, courageusement, on fasse évoluer la loi ? Combien de malades doivent encore tant souffrir ? J'en appelle à chacun. Merci de se poser la question suivante : comment réagiriez-vous si cela touchait votre fils, votre fille ou un être cher ? Afin que chacun puisse mourir dans l'apaisement et dans la dignité selon son désir ou à travers la parole d'un tiers qui l'aimera suffisamment et qui saura prendre ses responsabilités pour parler à sa place, j'en appelle à Mmes et MM. les députés : la loi Claey-Leonetti a le mérite d'exister mais n'est pas adaptée au plus grand nombre. » (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe RE.*)

**M. Julien Odoul**. À une minorité, pas au plus grand nombre !

**M. le président**. La parole est à Mme Danielle Simonnet.

**Mme Danielle Simonnet**. Dans les rangs du Rassemblement national, on nous explique que l'expression « aide à mourir » serait hypocrite, qu'elle masquerait la réalité. Quelle hypocrisie que de dire cela ! Vous estimez que la loi Claey-Leonetti devrait suffire. Combien de fois faudra-t-il vous expliquer ce que signifie la « sédation profonde et continue jusqu'au décès » ? Quand un patient est placé en sédation profonde et continue jusqu'au décès, on arrête l'hydratation et l'alimentation.

**M. René Pilato**. Eh oui !

**M. Julien Odoul**. Mais on n'ad ministre pas la mort !

**Mme Danielle Simonnet**. Les Françaises et les Français le savent pertinemment : s'ils sont favorables à 90 % au droit à mourir dans la dignité, c'est parce que, précisément, ils estiment qu'une agonie qui peut durer plusieurs jours ou plusieurs semaines est en dehors de l'humanité. Ils souhaitent avoir une autre fin de vie digne. Dans ce but, que l'administration de la solution létale soit faite par le patient lui-même ou par un tiers, cela revient au même : il s'agit d'une aide à mourir, et les Français la plébiscitent.

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

**M. Christophe Bentz**. Je n'ai pas défendu l'amendement n° 3180, car j'estime que nous avons eu ce débat. Cependant, madame la rapporteure, vous nous relancez, car ce que vous dites n'est pas vrai : nous avons eu le débat sémantique sur l'euthanasie et le suicide assisté, pas sur la mort programmée, qui fait l'objet de l'amendement n° 66. Il est différent de parler d'aide à mourir ou de mort provoquée ou administrée. Nous vous avons reproché à de nombreuses reprises la sémantique mensongère que vous utilisez. Je vous poserais une question précise : quelle est la différence entre ad ministrer une substance létale et ad ministrer la mort ?

**M. Bruno Millienne**. La sédation profonde et continue, c'est quoi ?

**M. le président**. La parole est à M. Aurélien Pradié.

**M. Aurélien Pradié**. Je tâcherai de m'exprimer avec précaution, car je voudrais n'offenser personne. Je comprends que nous ayons la tentation de convoquer des témoignages ; c'est même un désir légitime, que je peux avoir moi-même. Pourtant, un témoignage ne peut pas être contesté ; il ne peut qu'être respecté. Nous sommes là pour échanger des arguments, des convictions, des points de vue, or le témoignage empêche un tel échange. Quand nous faisons la loi, nous devons nous défaire de tout témoignage. Sans doute peuvent-ils nous inspirer, mais ils ne peuvent pas faire l'objet d'une contradiction dans un hémicycle où seule la contradiction permet de faire émerger l'intérêt général.

Par ailleurs, madame la ministre, je pense qu'il est temps que vous nous éclairiez. La rédaction du projet de loi issue de son examen en commission ne convient pas à de nombreux députés qui avaient pourtant, comme c'est mon cas, l'intention d'avancer sur ce sujet. Nous tournons autour du pot ; aucune des solutions proposées ne nous satisfait. Vous devez nous dire quelle est l'intention du Gouvernement – avant que le vote sur le projet de loi ait lieu, évidemment. Que voulez-vous que nous fassions ? Quelles corrections proposerez-vous pour que nous puissions véritablement avancer ?

**Mme Christine Pires Beaune**. Depuis quand le Gouvernement vote-t-il la loi ?

**Mme Danielle Simonnet**. C'est l'affaire des parlementaires !

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

**M. Philippe Juvin**. Je ne souhaitais pas prendre la parole sur ces amendements, mais Mme Simonnet a relancé le débat en prétendant une fois de plus que procéder à la sédation profonde et continue autorisée par la loi Claey-Leonetti n'était rien d'autre qu'une autre façon d'ad ministrer la mort.

Madame Simonnet, je ne vous abreuverai pas de témoignages – cependant, croyez-moi, je pourrais vous en donner, car j'ai pratiqué moi-même de très nombreuses sédations profondes et continues et je continue de le faire. Je répète ce que j'ai déjà dit à de multiples reprises : la sédation profonde et continue ne vise pas à tuer les gens ; elle vise à soulager. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes LR et RN.*) Qui ne comprend pas cela ne comprend pas la loi Claey-Leonetti.

Madame la ministre, si le projet de loi est voté, quel est le futur de la loi Claey-Leonetti ? Pourra-t-on continuer à pratiquer la sédation profonde et continue...

**Mme Catherine Vautrin**, *ministre*. Oui, bien sûr !

**M. Philippe Juvin**. ... – dans sa définition initiale et pas dans celle de Mme Simonnet ? (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LR et RN.*)

**M. le président**. La parole est à M. Benoit Mournet.

**M. Benoit Mournet.** Le débat sémantique a été épuisé, mais j'aimerais savoir ce que pense le rapporteur général d'une chose qui me gêne profondément : ce débat n'oppose pas ceux qui veulent que l'on souffre à ceux qui veulent qu'on ne souffre plus, les réactionnaires aux progressistes, la droite à la gauche.

Alors que nous en revenons aux comparaisons hasardeuses avec la PMA et l'IVG, je m'oppose à ce texte au nom du progressisme, de l'égalité d'accès aux soins, en particulier aux soins palliatifs, de l'accompagnement, du travail quotidien de nos soignants. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN et sur quelques bancs du groupe LR. – Mme Laure Lavalette s'exclame.*) Je ne me sens pas du tout une âme réactionnaire, ce qui ne m'empêche pas d'être d'accord avec ce qu'ont dit MM. Hetzel, Pradié, Dharéville et Potier. Évitions d'appeler à faire évoluer les mentalités, abstenons-nous des leçons de morale. Deux humanismes s'affrontent ici : aucun n'est plus légitime que l'autre. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN. – Mme Émilie Bonnivard applaudit également.*)

**M. le président.** La parole est à M. Raphaël Gérard.

**M. Raphaël Gérard.** Nous évoquons une nouvelle fois la sédation profonde et continue prévue par la loi Claeys-Leonetti. Le professeur Juvin nous dispense une leçon à ce sujet,...

**M. Aurélien Pradié.** Ce n'est pas le professeur qui parle, mais le député !

**M. Raphaël Gérard.** ...mais sait-il ce qu'il se passe dans la tête des personnes séditées avec du curare, du propofol, de la morphine, qui plongent irrémédiablement dans un délire paranoïaque et des cauchemars sans fin ? On ne peut vouloir atténuer les souffrances psychologiques et soutenir que la sédation serait l'alpha et l'oméga d'une fin de vie digne. C'est un mensonge : tous les rescapés du covid qui ont connu des phases de sédation profonde vous diront qu'elles ont été très difficiles à vivre.

**M. Philippe Juvin.** Dans le cadre de la loi Claeys-Leonetti, on ne parle pas de la même chose !

**M. Raphaël Gérard.** Si, c'est la même chose. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RE.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Laure Lavalette.

**Mme Laure Lavalette.** Pour répondre à Mme Simonnet, permettez-moi de rappeler que, comme le Conseil d'État l'a reconnu en 1995 dans sa décision Morsang-sur-Orge, la dignité est intrinsèque à la personne et connotée à son humanité. Il est impossible de prétendre que même la fin de vie, la souffrance, un état de dépendance complète, la font perdre. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN.*)

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur général de la commission spéciale.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général de la commission spéciale.** Monsieur Mournet, je n'ai pas le sentiment que l'examen de ce texte oppose des progressistes à des réactionnaires, encore moins l'inhumanité à l'humanité, ceux qui veulent la souffrance à ceux qui la combattent. Ce n'est pas du tout mon état d'esprit.

**Mme Astrid Panosyan-Bouvet.** Très bien !

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je respecte les positions des uns et des autres, même si j'avoue avoir du mal à admettre certaines remises en cause, en particulier quand j'entends parler d'une loi qui va tuer. (*Exclamations sur les bancs du groupe LR.*) Il est parfaitement respectable de contester un texte visant à instaurer l'aide à mourir, beaucoup

moins de dire qu'il tuera. C'est manquer de respect envers le Parlement, envers nos débats – arguments contre arguments –, remettre en cause leur qualité, alors qu'ils sont d'autant plus intéressants qu'ils transcendent les clivages : des téléspectateurs qui les suivent sur La Chaîne parlementaire m'ont dit apprécier de ne pas assister à des votes mécaniques, bloc contre bloc, parti contre parti.

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Ça, c'est sûr !

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** C'est ce qui fait la noblesse de notre parlement. Je n'ai donc pas l'impression qu'il y aurait d'un côté les bons, favorables au progrès, de l'autre les mauvais, partisans de la réaction, mais seulement la profonde conviction que ce texte est une loi de progrès, une grande loi républicaine pour la liberté, l'égalité et la fraternité. Pour autant, jamais je ne considérerai comme antirépublicains ceux qui s'y opposent. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe RE, ainsi que sur quelques bancs du groupe SOC.*)

**M. Charles de Courson.** Encore heureux !

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

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** La loi Claeys-Leonetti répond aux besoins créés par un certain nombre de situations : il n'y a donc aucune raison qu'elle ne continue pas à s'appliquer. La seule chose qui pourrait changer – ce qui est souhaitable, car tous les députés le réclament – est l'amélioration de l'accès aux soins palliatifs.

L'article 6 évoque les cinq conditions cumulatives d'accès à l'aide à mourir – d'ici à quelques minutes, je vous présenterai en outre un amendement portant sur le pronostic vital. Nous débattons successivement de chacune de ces conditions, afin que le débat soit aussi concentré que possible. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RE.*)

(*Les amendements nos 898, 152, 3180, 1396, 716 et 66, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, nos 59 et 3181, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 59.

**M. Thibault Bazin.** Il s'agit d'un amendement quasi rédactionnel.

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Il aura tout essayé !

**M. Thibault Bazin.** Si la loi Claeys-Leonetti est dévoyée, nous rencontrerons un réel problème. Madame la ministre, vous aviez suivi en tant que députée l'examen de ce texte ; vous en connaissez bien les contours et l'équilibre. Il est fondamental de ne pas en nier l'intention : soulager les souffrances sans provoquer la mort, même si celle-ci peut venir plus vite. Désormais, l'aide à mourir et la sédation profonde et continue vont cohabiter. L'interprétation des critères, notamment le pronostic vital engagé à court terme et les souffrances ne pouvant être soulagées, peut mener à une fausse alternative. Je tiens à alerter sur le risque de continuum entre les deux options.

**Mme Stéphanie Rist.** Cela n'a rien à voir avec l'amendement !

**M. le président.** La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n° 3181.

**M. Christophe Bentz.** Madame la rapporteure, nous pensions le débat sémantique clos, mais votre absence de réponse le relance. (*Exclamations sur quelques bancs du groupe RE.*) Permettez-moi donc de vous poser une question, ainsi qu'à M. le rapporteur général, à Mme la présidente de la commission et à Mme la ministre, car nous ne sommes pas loin de nous comprendre.

**M. Bruno Millienne.** Houlà !

**M. Christophe Bentz.** Suivant votre définition, l'aide à mourir consiste en l'administration d'une substance létale. L'amendement n° 66 de ma collègue Dogor-Such évoquait « la mort programmée », c'est-à-dire le fait de provoquer, d'administrer la mort. Quelle est la différence entre ces deux formules ? Si, pour vous, elles sont synonymes, le débat est clos. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RN.*)

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

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Avis défavorable.

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

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Même avis.

**M. le président.** La parole est à Mme Danielle Simonnet.

**Mme Danielle Simonnet.** Collègues du Rassemblement national, je ne peux pas vous laisser dire n'importe quoi. (*Exclamations sur quelques bancs du groupe RN.*) L'article R. 4127-37-3 du code de la santé publique dispose qu'« à la demande du patient, dans les situations prévues aux 1° et 2° de l'article L. 1110-5-2, il est recouru à une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie ». Reconnaissons et acceptons que la loi Claëys-Leonetti, comme le projet de loi que nous étudions, vise à aider à mourir les patients pour qui tout a été essayé et qui estiment être arrivés au bout du chemin de la médecine, ainsi que de leur capacité à supporter la souffrance.

**M. le président.** La parole est à M. Julien Odoul.

**M. Julien Odoul.** Monsieur le rapporteur général, je tiens à vous apporter quelques précisions. D'abord, toutes les lois votées dans cet hémicycle sont républicaines : il n'y en a pas de monarchistes ou d'impériales. Ce texte, adopté par la représentation nationale, sera par définition républicain.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** C'est ce que j'ai dit.

**M. Julien Odoul.** Ensuite, pour respecter le débat, il faudrait commencer par respecter les mots. L'édulcoration, le fait d'éviter les termes « tuer », « euthanasie », « suicide assisté » ne rendront pas moins grave cet acte dramatique. Par honnêteté intellectuelle et politique, par respect pour les Français qui nous regardent, utilisons la terminologie appropriée. Ainsi, ils comprendront dans quelle direction on les emmène. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such.

**Mme Sandrine Dogor-Such.** Madame Simonnet, vous devez rêver de nous la nuit. (*Sourires sur quelques bancs des groupes RN et LR.*)

**Mme Danielle Simonnet et M. Bruno Millienne.** Ça s'appelle un cauchemar !

**M. le président.** Poursuivez, madame Dogor-Such. Moi aussi, je rêve parfois de vous ! (*Sourires.*)

**Mme Sandrine Dogor-Such.** Dans le cadre de la sédation profonde, on ne meurt ni de faim ni de soif.

**Mme Danielle Simonnet.** Eh bien si !

**Mme Sandrine Dogor-Such.** Les patients en phase terminale ressentent généralement une absence d'appétit, voire un dégoût de la nourriture. Les forcer à s'alimenter relèverait de l'acharnement thérapeutique.

**Mme Sandrine Rousseau.** Oh là là !

**Mme Sandrine Dogor-Such.** Selon les médecins en soins palliatifs, l'hydratation artificielle entraîne souvent des effets secondaires tels que des œdèmes du poumon ; ils privilégient donc les soins de confort, et l'évolution naturelle de la maladie fait le reste. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN.*)

(*Les amendements n°s 59 et 3181, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

**M. le président.** La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 153.

**M. Patrick Hetzel.** Cet amendement vise à remplacer le terme « personne » par « patient ».

(*L'amendement n° 153, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 715 et 3081.

La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n° 715.

**M. Christophe Bentz.** Cet amendement rédactionnel me permet de réitérer ma question de tout à l'heure, de façon encore plus simple. Le minimum serait que l'une des quatre personnes que j'ai interpellées me réponde clairement : administrer une substance létale, est-ce provoquer la mort ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Maud Petit, pour soutenir l'amendement n° 3081.

**Mme Maud Petit.** Dans un souci de clarté, cet amendement rédactionnel vise à remplacer « aux conditions » par « à toutes les conditions ».

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

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Vous auriez dû présenter votre amendement, M. Bentz, cela m'aurait donné l'occasion de vous dire qu'il apporte une clarification nécessaire. Avis favorable.

**M. Christophe Bentz.** C'est un petit cadeau !

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

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Ces amendements ont le mérite d'insister sur le caractère cumulatif des conditions permettant de demander l'aide à mourir : le texte n'en sera que plus clair. Sagesse « plus plus » ! (*Sourires.*)

**M. Vincent Bru.** C'est nouveau !

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Ça veut dire « presque favorable » !

**M. le président.** La parole est à M. Charles de Courson.

**M. Charles de Courson.** Si cette précision est utile, les deux amendements identiques suivants me semblent plus approprié, puisqu'ils visent à introduire le terme « cumulatives » – c'est d'ailleurs celui que vous venez d'utiliser spontanément, madame la ministre. Qu'en pensez-vous ?

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** « Toutes », c'est très bien !

**M. le président.** La parole est à Mme Emmanuelle Ménard.

**Mme Emmanuelle Ménard.** Je suis d'autant plus d'accord avec M. de Courson que je suis l'auteur de l'un de ces amendements, qui risquent de tomber si ceux dont nous discutons sont adoptés. (*Sourires.*) Le terme « cumulatives », que vous venez effectivement d'utiliser, madame la ministre, était déjà celui dont vous usiez en commission spéciale. C'est d'ailleurs ce qui a motivé mon amendement : comme vous nous confirmiez que les conditions d'accès à l'aide à mourir prévues à l'article 6 étaient cumulatives, j'ai trouvé qu'il serait intéressant de l'inscrire dans le texte, afin que ne subsiste aucune ambiguïté et que tout le monde soit définitivement rassuré.

**M. le président.** Je vais mettre aux voix ces amendements identiques, avec avis favorable de la commission et « sagesse plus plus » du Gouvernement – un concept qui vient de débarquer.

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** C'est le D-Day, monsieur le président ! (*Sourires.*)

(*Les amendements identiques n° 715 et 3081 sont adoptés.*)  
(*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RN.*)

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 569 et 867.

La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 569.

**Mme Emmanuelle Ménard.** Son adoption risquerait de rendre la rédaction particulièrement redondante, mais si vous y tenez vraiment, inscrivons que pour accéder à l'aide à mourir, une personne doit répondre à « toutes les conditions cumulatives ». Cette fois, c'est sûr, il n'y aura plus aucune ambiguïté ! (*Sourires.*)

**M. le président.** L'amendement n° 867 de M. Stéphane Rambaud est défendu.

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

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Je vous demande de bien vouloir les retirer ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

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

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Même avis.

(*L'amendement n° 867 est retiré.*)

(*L'amendement n° 569 n'est pas adopté.*)

**M. le président.** Je suis saisi de plusieurs amendements, n° 421, 423, 422, 981, 61, 2755, 1232, 2757, 1234 et 424, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 1234 fait l'objet d'un sous-amendement, n° 3494.

Sur l'amendement n° 421, je suis saisi par le groupe Les Républicains d'une demande de scrutin public.

Sur les amendements n° 2755 et 2757, je suis saisi par le groupe Écologiste-NUPES de demandes de scrutin public.

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

La parole est à Mme Cécile Rilhac, pour soutenir l'amendement n° 421.

**Mme Cécile Rilhac.** Nous abordons un sujet particulièrement difficile : l'ouverture aux mineurs de l'aide à mourir, dont nous avons déjà pu débattre en commission, de manière tout à fait sereine et apaisée, grâce à un amendement de nos collègues Écologistes qui avait évité le couperet de l'article 40.

En tant que législateurs, nous devons nous interroger sur tous les cas potentiellement couverts par le texte. Or certains enfants et adolescents sont atteints de maladies graves et incurables entraînant d'insupportables douleurs réfractaires aux traitements. Avec gravité, j'ouvre donc le débat grâce à ce premier amendement, qui vise à accorder le droit à mourir aux mineurs de plus de 13 ans – âge à partir duquel, dans notre pays, la responsabilité pénale peut être engagée –, sous réserve que les parents soient d'accord.

Madame la ministre, j'ai bien entendu vos appels réitérés à ne pas modifier l'équilibre du texte – ce que ne manquerait pas de faire l'adoption de l'un de ces amendements. Pour que nous en débattions sereinement et que tous les amendements de cette discussion commune, qui tendent à proposer différentes limites d'âge, avec ou sans accord parental, puissent être soutenus, je retire le n° 421.

(*L'amendement n° 421 est retiré.*)

**Mme Maud Petit.** Merci !

**M. le président.** La parole est à Mme Cécile Rilhac, pour soutenir les amendements n° 423 et 422, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

**Mme Cécile Rilhac.** Ils tendent à abaisser à 16 ans l'âge à partir duquel une personne peut demander à bénéficier de l'aide à mourir, respectivement avec et sans accord parental.

Si notre société estime un mineur de 16 ans suffisamment mature pour qu'il puisse être émancipé et assumer des responsabilités d'adulte, elle doit lui reconnaître tous les droits qui en découlent. Tous ceux qui ont connu un mineur malade – en particulier les soignants des services pédiatriques – pourront vous confirmer que, même s'ils ne portent pas sur la mort le même regard que les adultes, ces jeunes acquièrent une maturité, une lucidité surprenantes. Finalement, l'âge importe peu : nous devons ouvrir ce droit en fonction des capacités que l'on reconnaît par ailleurs à certains mineurs et des droits afférents, comme celui de demander à être émancipé.

**M. le président.** La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 981.

**M. Patrick Hetzel.** Il est dû à Fabien Di Filippo et tend à ajouter après l'alinéa 5 un alinéa ainsi rédigé : « En aucun cas, la possibilité d'avoir recours au suicide assisté et à l'euthanasie ne peut être ouverte aux personnes mineures dans notre pays. » Il procède donc d'une vision diamétralement opposée à celle de Mme Rilhac.

Les responsables légaux des mineurs doivent assurer leur protection : concevoir ainsi le fait de donner son accord au suicide assisté ou à l'euthanasie est incompréhensible. C'est une ligne rouge, et l'on ne peut évidemment pas adhérer à cette idée.

**M. le président.** La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 61.

**M. Thibault Bazin.** Pour ma part, je suis totalement opposé à l'idée effrayante de permettre à des mineurs de recourir au suicide assisté ou à l'euthanasie, avec ou sans accord parental. Contrairement à ce que vous pensez, madame Rilhac, en matière de bioéthique, il faut aborder avec la plus grande prudence le sujet des mineurs : des questions très sensibles et particulièrement compliquées pour les proches, comme le don d'organes, nécessitent même parfois l'intervention de tiers.

Mon amendement vise à n'autoriser l'aide à mourir qu'à partir de 20 ans, âge d'ouverture des droits à l'allocation aux adultes handicapés – entre 18 et 20 ans, c'est encore l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé qui est versée. La loi ayant vocation à s'appliquer à tous, il faudrait aligner l'âge requis pour accéder à ce droit sur celui auquel les personnes suivies par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont considérées comme adultes.

**M. le président.** La parole est à Mme Julie Laernoës, pour soutenir l'amendement n° 2755.

**Mme Julie Laernoës.** Ces amendements soulèvent une question essentielle : la souffrance d'un patient mineur vaut-elle celle d'un patient majeur ? (« *Non !* » sur quelques bancs des groupes RN et LR.) La Belgique a ouvert l'aide à mourir aux mineurs dès 2014, à condition qu'ils satisfassent à des exigences supplémentaires : accord des représentants légaux, demande actuelle et justifiée par une affection physiologique – sont exclues les souffrances psychiques résultant d'une affection psychiatrique. L'an dernier, à la demande de 84 % des pédiatres néerlandais, les Pays-Bas, où l'euthanasie était possible à partir de 12 ans, l'ont autorisée pour des patients plus jeunes encore. Personne ici ne voudrait voir un enfant condamné souffrir le martyr sans autre horizon que davantage de douleur encore : c'est ce qui a motivé le dépôt de mon amendement. Mme Rilhac a parfaitement exposé la raison pour laquelle je propose également de fixer la limite d'âge à 13 ans.

**M. le président.** La parole est à M. Bruno Fuchs, pour soutenir l'amendement n° 1232.

**M. Bruno Fuchs.** Le 19 février 2023, la Convention citoyenne sur la fin de vie s'est majoritairement prononcée en faveur de l'ouverture aux mineurs de l'aide à mourir. Le parlement citoyen que j'ai instauré dans ma circonscription, composé de personnes tirées au sort sur les listes électorales, a travaillé sur ce sujet plusieurs mois durant et abouti aux mêmes conclusions : en la matière, pourquoi n'aurait-on pas les mêmes droits à 16 ans qu'à 18 ans ? Au nom des citoyens de ma circonscription, je défends donc cet amendement visant à ouvrir l'aide à mourir aux mineurs d'au moins 15 ans, sous réserve de l'accord des représentants légaux. Deux pays ont pris des mesures similaires, dont la Belgique, qui a douze ans d'avance sur nous.

**M. le président.** La parole est à Mme Julie Laernoës, pour soutenir l'amendement n° 2757.

**Mme Julie Laernoës.** De repli, il vise à ouvrir l'aide à mourir à partir de 16 ans. Cette procédure étant subordonnée à la possibilité de donner son consentement de manière éclairée, il semble logique qu'un mineur en soit capable à l'âge où il peut être émancipé. En outre, comme vient de le rappeler notre collègue, plus de la moitié des participants à la Convention citoyenne s'étaient prononcés en faveur de l'ouverture de l'aide à mourir aux mineurs. Il est donc important que nous puissions en débattre.

**M. le président.** La parole est à M. Bruno Fuchs, pour soutenir l'amendement n° 1234.

**M. Bruno Fuchs.** Il est similaire à celui que vient de défendre notre collègue et tend à ce que l'aide à mourir soit conditionnée, pour les mineurs, à l'accord des représentants légaux.

**M. le président.** La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir le sous-amendement n° 3494 à l'amendement n° 1234.

**Mme Emmanuelle Ménard.** Il s'agit d'un sous-amendement d'appel. Je suis absolument opposée à ce que l'on ouvre l'euthanasie ou le suicide assisté aux mineurs. C'est l'ultime tabou ; cette extension constituerait une dérive terrible. Tout d'abord, ces pratiques rompent avec le principe selon lequel la médecine protège la vie, accompagnant jusqu'au terme de celle-ci sans provoquer la mort. Ensuite, même si je reconnais que la maladie peut faire mûrir plus vite, un enfant progresse avec l'âge ; par définition, les mineurs ne peuvent exprimer une volonté libre et éclairée qui supposerait de leur part une maturité, un discernement, pleins et entiers. Enfin, mettez-vous à la place des parents qui auraient à approuver l'euthanasie ou le suicide assisté de leur enfant ! J'espère donc limiter la portée de l'amendement, qui va à l'encontre de tous les principes éthiques et moraux.

**M. le président.** La parole est à Mme Cécile Rilhac, pour soutenir l'amendement n° 424.

**Mme Cécile Rilhac.** Il s'agit, là encore, d'un amendement de repli. Je propose d'ouvrir l'aide médicale à mourir aux mineurs d'au moins 16 ans dont le pronostic vital serait engagé à court terme et la souffrance réfractaire aux traitements, ce qui garantirait le respect de leur autonomie et de leur dignité, ainsi que leur droit à choisir leur fin de vie. Afin de protéger les mineurs, ces exceptions pourraient être encadrées plus strictement par le règlement.

L'amendement ne fait pas référence à l'accord parental : encore une fois, à l'âge d'être émancipé, on peut prendre seul ces décisions douloureuses. De surcroît, un parent n'a pas à donner son accord à la mort de son enfant. C'est une situation extrêmement difficile et douloureuse : mieux vaut qu'un jeune susceptible d'être émancipé puisse choisir sa mort.

**Mme Justine Gruet.** On va loin dans l'émancipation !

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

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Je suis extrêmement sensible à la question que vous évoquez : on ne peut imaginer sans s'insurger la souffrance des enfants atteints, parfois dès leur plus jeune âge, de maladies graves et incurables. Nous y avons réfléchi collectivement en commission. L'ouverture aux mineurs constitue une limite éthique que je ne veux pas franchir. Le discernement d'un enfant progresse avec l'âge ; or nous avons inscrit dans le texte que la condition centrale pour accéder à l'aide à mourir est la faculté d'exprimer une volonté libre et éclairée. De surcroît, cette mesure impliquerait nécessairement l'accord des titulaires de l'autorité parentale, dont la position pourrait être délicate, discutable : une telle décision doit rester un choix individuel.

J'é mets donc un avis défavorable ; cela nous laisse sans réponse à la situation de ces enfants, mais les traitements qui leur sont destinés étant de plus en plus prometteurs,

comme en oncologie, où le taux de rémission est plus élevé chez les jeunes, nous espérons vivement qu'ils permettront de les soigner.

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

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Je ne reprendrai pas les arguments développés par Mme la rapporteure, à savoir la question éthique et celle des traitements, de la recherche, qui constitue la réponse privilégiée. À titre personnel, je suis également opposée à ces amendements. Un mineur émancipé doit demander l'autorisation de sa famille pour se marier, être adopté, s'inscrire sur les listes électorales – soit des actes moins importants que celui dont nous discutons. À partir de 18 ans, ce qui est encore très jeune, une personne dispose de la capacité juridique : elle peut prendre seule, sans y associer ses parents, les décisions susceptibles d'avoir des conséquences sur sa vie entière. Les handicapés, dont le cas a été évoqué, deviennent majeurs à 18 ans, comme tout le monde. L'âge de 20 ans est un critère exclusivement administratif : cela ne conditionne que le versement de certaines aides et l'affiliation à la sécurité sociale, bien loin du sujet qui nous occupe. Enfin, la Convention citoyenne sur la fin de vie et le CCNE ont refusé de se prononcer sur la question, considérant qu'elle est si complexe qu'elle exige des travaux spécifiques. J'émet donc un avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Annie Genevard.

**Mme Annie Genevard.** Ces amendements préconisent l'ouverture aux mineurs du droit à la mort provoquée, l'euthanasie dans la plupart des cas. Ils heurtent profondément, car de tous les malades, les enfants sont les plus vulnérables. Quelles seraient les conséquences psychologiques pour les parents ? Nous avons souvent évoqué les répercussions de l'administration de la mort ; dans ce cas, nul doute qu'elles se révéleraient encore pires. Certains amendements tendent à dispenser d'accord parental les mineurs qui souhaiteraient mourir : que se passerait-il si, au contraire, les parents se résolvait à cet acte, mais non l'enfant ? Les cas de figure les plus invraisemblables peuvent survenir.

Je suis d'autant plus défavorable à une telle mesure que nous ne disposons d'aucune étude d'impact. Combien d'enfants se trouvent dans la situation terrible que vous décrivez ? Quelles réponses leur apporte le corps médical ? Ces amendements illustrent la crainte exprimée par plusieurs d'entre nous : dans ce texte, tout favorise un élargissement futur. Nous en avons eu la démonstration avec la maladie d'Alzheimer ; c'est de nouveau le cas avec l'ouverture aux mineurs de la mort provoquée.

**M. le président.** La parole est à M. Julien Odoul.

**M. Julien Odoul.** Nous y voilà, chers collègues. Le cauchemar est devenu réel ; c'est la prochaine étape, la dérive. Nous avons donné l'alerte en commission spéciale, lors des auditions, quand nous avons senti que le texte n'allait pas assez loin pour certains. Nous nous orientons rapidement vers le même chemin que la Belgique : l'autoroute de l'euthanasie. (*Protestations sur plusieurs bancs du groupe RE.*) Il a fallu douze ans aux Belges pour étendre aux mineurs l'accès à l'euthanasie ; en France, certains ont l'intention d'accélérer le processus.

**Mme Annie Genevard.** Eh oui !

**M. David Valence.** C'est au Parlement d'en décider !

**M. Julien Odoul.** Il est inconcevable d'ouvrir l'euthanasie à des enfants, à des adolescents, et nous nous y opposerons résolument. C'est un changement dramatique au sein même du drame que vous orchestrez. Les mineurs ne peuvent déterminer de façon libre et éclairée s'ils veulent ou non

avoir accès au suicide assisté ou à l'euthanasie. Ces amendements seront sûrement rejetés, mais prenez garde : dans quelques mois, quelques années, ils reviendront, comme en Belgique. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN.*)

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

**M. Hadrien Clouet.** C'est avec prudence, et un souci d'écoute, que mon groupe entre dans cette discussion. Nous sommes confrontés à deux contradictions. Tout d'abord, l'âge ne peut conditionner une décision liée au degré de souffrance ; ensuite, il sera douloureux pour les proches de voir un jeune perclus de douleurs ne pouvoir se saisir de la possibilité ouverte par ce texte. La question n'est pas évidente.

La législation reconnaît un droit de disposer de soi, partiellement, à 16 ans : droit d'avoir un dossier médical personnel, de choisir un médecin traitant, de rédiger son testament. Par conséquent, nous voterons en faveur du n° 424, qui vise à accorder aux jeunes d'au moins 16 ans le droit de solliciter l'aide à mourir dans le cas où ils subiraient des douleurs réfractaires et où leur pronostic vital serait engagé avant leur majorité. Ainsi, un patient qui n'atteindra pas ses 18 ans pourra se voir reconnaître exceptionnellement le droit de ne pas souffrir quelques mois de plus. Quant aux autres amendements, certains membres de notre groupe iront plus loin, d'autres en resteront là. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LFI-NUPES.*)

**M. le président.** La parole est à M. Thomas Ménagé.

**M. Thomas Ménagé.** Je suis favorable au texte dans sa version initiale et je m'opposerai absolument aux amendements. Ils représentent une dérive terrible ; ils franchissent une ligne rouge. Je soutiens le texte depuis le début, mais s'ils venaient à être adoptés, vous me trouveriez en travers de son chemin ! Alors que l'on ne peut avant 18 ans conduire, voter, être en somme un citoyen éclairé, comment pourrait-on demander à mourir ? Le texte repose sur le consentement libre et éclairé. Un mineur n'est pas en mesure de le donner : il subit l'influence de ses parents, que leur accord soit exigé ou non.

Je comprends que vous soyez à l'écoute de la souffrance de ces enfants. Il faut continuer d'investir dans la recherche, de développer les soins palliatifs pédiatriques, comme nous l'avons entendu lors des auditions. Des progrès ont déjà été réalisés : en cinquante ans, le taux de guérison à cinq ans des cancers pédiatriques est passé de 44 % à 83 %. Refusons donc d'abîmer ce débat. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Elsa Faucillon.

**Mme Elsa Faucillon.** Nous voterons contre ces amendements. Je suis particulièrement sensible au fait que l'on reconnaisse l'enfant comme sujet de droit, et je voudrais que ce soit le cas dans toutes les politiques publiques. (*Mme Sandrine Rousseau applaudit.*) Cependant, nous rencontrons une limite éthique, et nous sommes à un stade trop précoce de la réflexion pour bien légiférer en la matière. Cela soulève des questions psychologiques, mais également juridiques, puisque la décision reposerait *in fine* sur les parents ou les tuteurs légaux, et non sur la personne malade. Si nous voulions aller dans ce sens, ce que je ne souhaite pas, il nous faudrait mener d'importants travaux. En tant que parents, grands-parents, oncles et tantes, nous souhaitons repousser cette question le plus loin possible ; en tant que législateurs, nous aurons peut-être à l'aborder de nouveau, compte tenu des souffrances de ces enfants ; reste qu'aujourd'hui, nous n'y sommes pas prêts. (*M. Gilles Le Gendre applaudit.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Annie Vidal.

**Mme Annie Vidal.** Je suis farouchement opposée à ces amendements. Ne pas être en mesure d'apporter des solutions aux mineurs atteints de pathologies graves et incurables est, bien sûr, d'une tristesse absolue. Toutefois, en tant que législateurs, notre rôle, pour ne pas dire notre devoir, est de soutenir autant que possible la recherche, afin de répondre aux besoins de ces enfants – car à 13 ans, on est encore un enfant. Ce serait toujours mieux que de leur proposer une euthanasie ou un suicide assisté, ce qui reviendrait à franchir une barrière éthique considérable ; je ne peux m'y résoudre, ni croire que notre assemblée ira jusque-là. (*M. Dominique Potier applaudit.*)

**M. le président.** La parole est à M. Charles de Courson.

**M. Charles de Courson.** Ces amendements représentent purement et simplement une régression civilisationnelle, pour plusieurs raisons. Premièrement, en droit romain, le *pater familias* avait pouvoir de vie et de mort sur ses enfants : l'autonomie de ces derniers, la protection dont ils bénéficient, sont les fruits d'une longue évolution. Deuxièmement, si papa est contre et maman pour, ou inversement, que se passe-t-il ?

**Mme Julie Laernoës.** Alors cela ne se fait pas !

**M. Charles de Courson.** Dans le cas des orphelins, l'autorité parentale est exercée par un tuteur ou un conseil de famille : là encore, imaginez les problèmes à venir ! C'est pourquoi nous devons voter massivement contre ces amendements.

**M. le président.** La parole est à Mme Louise Morel. Si la seconde demande de parole émanant du groupe Démocrate va dans le même sens, je n'y donnerai pas suite – n'est-ce pas, madame Darrieussecq ?

**Mme Louise Morel.** Dans l'élaboration d'un texte, il y a le fond et la forme. S'agissant du fond, je suis convaincue qu'un mineur peut faire preuve d'un discernement libre et éclairé et qu'il est parfaitement en mesure d'évaluer ses souffrances, mais ce n'est pas l'objet du débat. S'agissant de la forme, nous sommes tenus de rédiger de futures lois précises, mesurées, évaluées. Or, en toute humilité, nous n'avons pour l'instant pas de réponse à apporter aux mineurs.

Avec l'article 5, désormais adopté, et l'article 6, qui le sera peut-être prochainement, nous créons *de facto* de nouveaux droits. Par conséquent, soyons prudents. La distinction entre majeurs et mineurs a un sens ; en outre, il s'agit pour nombre d'entre nous d'un sujet d'ordre éthique, qui nécessite aussi d'avoir du recul et d'évaluer, pas à pas, la manière de construire le droit.

**M. le président.** La parole est à M. Sébastien Peytavie.

**M. Sébastien Peytavie.** Pour commencer, permettez-moi de remercier Mmes Rilhac et Laernoës d'avoir ouvert ce débat. Même si le sujet est terrible, nous ne pouvons le balayer d'un revers de main sous prétexte que nous préférons l'éluider. Il est question ici de douleurs réfractaires et d'affections en phase avancée ou terminale. Nous imaginons la difficulté que cela représente pour des parents dont l'enfant, quel que soit son âge, souffre sans qu'aucun traitement le soulage, sans que la science y puisse rien. Cette situation atroce soulève une interrogation : est-il possible de trouver un chemin pour y remédier ? Bien sûr, la priorité est que la recherche progresse : « nous espérons », a dit Mme la rapporteure. En attendant, je le répète, il faut chercher un chemin.

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Le Gendre.

**M. Gilles Le Gendre.** Tout d'abord, on ne peut être opposé, comme je le suis, à l'administration de la substance létale par un proche et vouloir faire peser sur les parents une responsabilité aussi lourde. Ensuite, nous avons un devoir d'acceptabilité de la loi : à cet égard, une telle mesure serait contre-productive. Enfin, l'amendement n° 424 est intéressant ; toutefois, dans le cas de souffrances réfractaires et d'un pronostic vital engagé à court terme exclusivement...

**Mme Astrid Panosyan-Bouvet.** C'est ça, la différence !

**M. Gilles Le Gendre.** ...la sédation profonde et continue s'applique aux mineurs comme aux majeurs.

**M. le président.** La parole est à M. Stéphane Delautrette.

**M. Stéphane Delautrette.** Je voudrais également remercier nos collègues d'avoir ouvert le débat : nous ne pouvions aborder le sujet de l'aide à mourir sans évoquer la question des enfants et des adolescents, aussi sensible, voire pénible soit-elle. Nous devons nous interroger sur la manière d'accompagner des jeunes dont les souffrances sont insupportables, des parents qui se retrouvent dans une situation insoutenable lorsque leur enfant les appelle à l'aide et leur demande de les soulager.

J'ai écouté les arguments qui ont été développés. Notre réflexion n'est apparemment pas mûre, d'autant que ce texte et la procédure qu'il vise à créer ne sont pas adaptés aux mineurs. Bien sûr, il ne s'agit pas de remettre en cause la nécessité d'attribuer des moyens suffisants à la recherche, afin d'éviter à ces enfants de rester dans cette situation.

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

**Mme Julie Laernoës.** Permettez-moi de vous remercier pour les propos tenus au cours de ce débat, qu'il était important d'entamer. J'ai entendu les vives réactions, les interrogations, les lignes rouges pour certains, le fait qu'il faille une forme d'acceptabilité.

**M. Aurélien Pradié.** Ce n'est pas une question d'acceptabilité ! Cela n'a rien à voir !

**Mme Julie Laernoës.** En inscrivant dans le droit une aide à mourir, la France s'apprête à faire un grand pas. Lorsqu'il s'agit d'un mineur, personne n'a envie de perdre espoir ; malheureusement, malgré les progrès de la recherche, certaines affections condamnent l'enfant et le font énormément souffrir, de même que ses parents et son entourage. Je comprends que l'on veuille abrégé ces souffrances, mais je conçois également que des problèmes éthiques se posent et que certains s'opposent à une telle mesure par souci de cohérence. J'ajouterai cependant qu'il ne s'agirait pas là d'une dérive, mais d'un principe de réalité. Aux Pays-Bas, lorsque l'aide à mourir n'était pas accessible entre 1 an et 12 ans, 84 % des pédiatres appelaient à une évolution de la loi. Quoi qu'il en soit, je retire mes amendements. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe Écolo-NUPES et sur quelques bancs du groupe RE.*)

(*Les amendements n° 2755 et 2757 sont retirés.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Cécile Rilhac.

**Mme Cécile Rilhac.** Je tiens également à remercier les députés présents, car ce sujet devait être abordé. Nous devons nous poser toutes les questions, même difficiles et douloureuses. Nous devons faire ce cheminement, parce que la société sera confrontée à ces interrogations.

Je ne reviendrai pas sur les propos de Mme Laernoës, auxquels je souscris à 200 %. Il ne s'agit pas d'une dérive : nous devons nous poser ces questions, je le répète, pour les

enfants concernés et leurs parents. Certes, grâce au plan Cancer IV que nous avons adopté, d'énormes progrès ont été accomplis ces dernières années en matière de cancers pédiatriques. Toutefois, les soins pédiatriques restent insuffisamment assurés dans les unités de soins palliatifs. De même, dans les unités pédiatriques, le personnel médical n'est peut-être pas assez formé à l'accompagnement des jeunes enfants confrontés à des maladies douloureuses et difficiles.

Enfin, j'ai bien entendu vos propos touchant l'amendement n° 424 et je remercie les collègues qui le soutiennent. Je retire mes amendements n° 423 et 422, mais je maintiens le n° 424, parce qu'il a également trait à un autre enjeu, celui du pronostic vital engagé à court terme. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes RE, LFI-NUPES et Écolo-NUPES.*)

(*Les amendements n° 423 et 422 sont retirés.*)

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville.

**M. Pierre Dharréville.** Les situations que nous évoquons sont profondément dramatiques, douloureuses, et nous en avons tous des exemples en tête. Il reste à faire des efforts importants, même si par exemple à Istres, dans ma circonscription, des initiatives ont été prises afin de garantir à l'enfant et à sa famille tout l'accompagnement possible. Cependant, ce que vous proposez n'est pas plus acceptable pour un enfant que pour un adulte ; je comprends toutefois que, pour vous, la question se pose dans le sens inverse. Je ne suis pas véritablement rassuré par les arguments que j'ai entendus, et qui visent plutôt à reporter cette discussion.

**M. Philippe Juvin.** C'est très vrai !

**M. Pierre Dharréville.** Vous avez évoqué le devoir d'acceptabilité, un manque de maturité dans la réflexion ou encore le fait qu'un pas aurait déjà été fait. Le vertige dont j'ai parlé me saisit alors de manière plus singulière encore ! (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LR et sur quelques bancs du groupe RE.*)

**Mme Annie Genevard.** Eh oui !

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

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** J'interviens avec une certaine émotion ; je vais vous expliquer pourquoi. Il était important d'aborder la question des mineurs et je me suis longuement interrogé, en d'autres temps, sur le sujet : j'en ai tiré la conclusion personnelle qu'il n'était pas possible de leur ouvrir la faculté de recourir à l'aide à mourir.

La réalité rattrape parfois nos débats. Vous savez sans doute qu'hier, à La Rochelle, dans ma circonscription, une voiture a renversé de jeunes cyclistes : sept d'entre eux ont été blessés, dont trois grièvement – deux hospitalisés en urgence vitale et une, âgée de 10 ans, en urgence extrême. Je viens d'apprendre que celle-ci est désormais en état de mort cérébrale. Permettez-moi d'adresser à ses parents, à ses proches, une pensée forte et sincère ; je pense que toute la représentation nationale partage la conscience de ce drame. (*Les députés se lèvent. – Applaudissements sur divers bancs.*)

**M. le président.** Je comprends votre émotion, chers collègues : il ne s'agit pas d'observer une minute de silence, mais d'adresser à cette famille une pensée commune, à laquelle je m'associe.

(*Les amendements n° 981, 61 et 1232, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

(*Le sous-amendement n° 3494 n'est pas adopté.*)

(*Les amendements n° 1234 et 424, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

### Suspension et reprise de la séance

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

(*La séance, suspendue à dix-sept heures trente, est reprise à dix-sept heures quarante-cinq.*)

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

Je suis saisi de deux amendements, n° 2203 et 425, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Jérôme Guedj, pour soutenir l'amendement n° 2203.

**M. Jérôme Guedj.** Il vise à supprimer la condition de nationalité. Fort heureusement, la Belgique, les Pays-Bas et la Suisse ne réservent pas l'aide à mourir à leurs citoyens. Il s'agit de faire de même.

**M. le président.** L'amendement n° 425 de Mme Cécile Rilhac est défendu.

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

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Il est proposé de supprimer la condition de nationalité ou de résidence à laquelle est subordonné l'accès à l'aide à mourir. Cette condition vise à garantir que l'aide à mourir ne sera pas un acte isolé et s'inscrira, comme évoqué lors de la discussion du titre I<sup>er</sup>, dans un parcours d'accompagnement, lequel ne peut exister qu'au prix d'une certaine stabilité de résidence. Idéalement, le médecin ou le professionnel de santé qui va accompagner la personne malade devrait la connaître et la suivre de manière habituelle, ce qui est impossible pour un non-résident.

Il s'agit aussi de nous prémunir contre ce que certains appellent le tourisme de la mort. Parmi les pays voisins, la Belgique et la Suisse reçoivent de nombreuses demandes de non-résidents. L'Espagne et l'Autriche, qui ont légalisé l'aide à mourir au cours des dernières années, ont en revanche introduit une clause de nationalité ou de résidence plus ou moins longue.

Enfin, cette condition découle du fait que les frais associés à l'aide à mourir seront pris en charge par l'assurance maladie. Avis défavorable.

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

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

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Noëlle Battistel.

**Mme Marie-Noëlle Battistel.** Tout d'abord, heureusement que les États qui pratiquent déjà l'aide à mourir n'ont pas tous adopté une telle condition : ils n'auraient pu accueillir les Français qui sont allés chercher en Belgique, aux Pays-Bas, en Suisse ou au Canada l'apaisement de leurs souffrances. Ensuite, dans son avis sur l'aide à mourir, le Conseil économique, social et environnemental (Cese) ne préconise pas l'instauration de conditions de nationalité ou de résidence stable et régulière en France. Enfin, certains pays demandent la prise en charge des coûts par les services de santé du pays d'origine. La France pourrait faire de même.

*(Les amendements n<sup>os</sup> 2203 et 425, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de quatre amendements identiques, n<sup>os</sup> 2, 571, 655 et 675.

La parole est à Mme Frédérique Meunier, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 2.

**Mme Frédérique Meunier.** À l'inverse de ce qui vient d'être exposé, je n'ouvrirais ce droit à mourir qu'aux personnes de nationalité française. Si je préconise de ne pas accepter les étrangers qui résident « de façon stable et régulière en France », c'est parce que l'expression reste très floue. Faut-il avoir en France un logement ? Sa résidence principale ? Une résidence secondaire ? Je crains en outre que, comme cela a été évoqué, s'instaure une forme de tourisme international de l'aide à mourir, d'autant qu'elle sera prise en charge par l'assurance maladie.

**M. le président.** La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 571.

**Mme Emmanuelle Ménard.** Il est identique à celui que vient de présenter notre collègue. D'une part, la notion de résidence stable et régulière est effectivement floue. D'autre part, la Belgique ou la Suisse sont désormais des destinations connues pour délivrer, souvent en contrepartie d'une somme non négligeable, une mort administrée ; je ne veux pas que la France en devienne une autre. C'est pourquoi je propose de restreindre aux Français l'accès à la fin de vie.

**M. le président.** L'amendement n<sup>o</sup> 655 de M. Philippe Juvin est défendu.

La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 675.

**M. Patrick Hetzel.** Il vise à supprimer de l'alinéa 6 les mots « ou résider de façon stable et régulière en France ».

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

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Défavorable.

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

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Même avis.

**M. le président.** La parole est à M. David Valence.

**M. David Valence.** Nous avons eu ce débat en commission. J'invite toutefois ceux qui siègent dans cette assemblée à se demander quels arguments ils pourraient opposer à certains interlocuteurs. Un maçon portugais ou italien, un ouvrier sénégalais qui ne s'est pas fait naturaliser, mais habite en France depuis quarante ans et y paie ses cotisations

sociales, n'aurait donc gagné que le droit de souffrir un peu plus que les autres ? Les motifs exposés ne sont pas tenables ; nous avons le devoir de venir en aide à ces personnes. La notion de résidence stable et régulière suffit à écarter tout risque de « tourisme », comme il a été dit avec une certaine indécence involontaire. J'appelle à rejeter ces amendements. *(Mmes Elsa Faucillon, Sandra Regol et Astrid Panosyan-Bouvet applaudissent.)*

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 2, 571, 655 et 675 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n<sup>os</sup> 2204 et 2756.

Sur ces amendements, je suis saisi par le groupe Écologiste-NUPES d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à Mme Marie-Noëlle Battistel, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 2204.

**Mme Marie-Noëlle Battistel.** Cet amendement de repli vise à ouvrir l'aide à mourir aux étrangers médicalement suivis de manière régulière en France. Des malades sont traités sur notre sol parce que leur pays ne possède ni les technologies ni les capacités nécessaires pour prendre leur pathologie en charge ; s'ils arrivent au terme de leur vie, il serait inhumain de les renvoyer chez eux et de leur refuser l'accès à l'aide à mourir qu'auront les Français soignés dans le même hôpital.

**M. le président.** La parole est à Mme Julie Laernoës, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 2756.

**Mme Julie Laernoës.** Je complète l'argumentaire de Mme Battistel : il s'agit également de reprendre les critères retenus par la loi belge. Dans son avis du 9 mai 2023, le Cese n'a pas préconisé de conditions de nationalité ou de résidence stable et régulière en France pour pouvoir bénéficier de l'aide active à mourir.

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

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Pour les raisons précédemment évoquées, et même si je comprends vos arguments, cette précision n'est pas nécessaire. Les critères de nationalité ou de résidence permettent d'ores et déjà de garantir un suivi régulier par le corps médical en France, ce qui exclut que l'aide à mourir soit un acte isolé. Je demande le retrait de ces amendements ; à défaut, avis défavorable.

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

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Ces amendements n'étaient pas indispensables : les critères qu'ils visent à compléter garantissent la stabilité de résidence et donc la possibilité d'un suivi médical. Avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Joël Giraud.

**M. Joël Giraud.** Je soutiens ces amendements : ils permettraient de traiter le cas des hôpitaux transfrontaliers, que je connais bien, car ma circonscription est proche de la frontière italienne. Un patient transfrontalier traité en oncologie pour une maladie grave et incurable serait privé par le texte de l'aide à mourir à laquelle pourrait accéder, avec les mêmes diagnostic et pronostic, le Français du lit voisin. Adopter ces

amendements est indispensable si nous voulons résoudre ce problème. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes RE et SOC. – Mme Sandra Regol applaudit également.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Annie Genevard.

**Mme Annie Genevard.** Au nom de la cohérence, je suis opposée à ces amendements. On ne peut à la fois déplorer que des Français aillent subir à l'étranger une mort provoquée et revendiquer que des étrangers puissent venir en France pour les mêmes raisons. (*Exclamations sur les bancs du groupe SOC.*)

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

**Mme Julie Laernoës.** Les critères prévus par la rédaction actuelle peuvent susciter des interrogations, comme certaines interventions en témoignent. Madame la ministre, je me permets de poser sous une autre forme la question des transfrontaliers. Un Français résidant en Allemagne pourrait-il recourir à l'aide à mourir ? Dans la loi belge, des conditions d'accès sont prévues pour les Français vivant dans la zone frontalière.

**M. Jocelyn Dessigny.** Ça se passe comment en Hollande ?

**Mme Julie Laernoës.** La réciproque devrait être vraie, d'autant que la Belgique accueille depuis de nombreuses années des patients français. Par ailleurs, la loi française semble devoir afficher des critères beaucoup plus stricts que les législations belge ou suisse, il y aura moins de cas d'aide à mourir en France, où le tourisme évoqué sera donc moins probable. Je tiens à apaiser les inquiétudes à ce sujet.

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Noëlle Battistel.

**Mme Marie-Noëlle Battistel.** Je souhaiterais que Mme la rapporteure et Mme la ministre précisent leurs réponses, que je n'ai pas bien comprises. Un suivi régulier, certes, mais qu'advient-il du patient lorsque l'on arrive à l'issue des soins et que plus rien n'est possible ?

Je veux aussi répondre à notre collègue Genevard, qui a dit que chacun dans cet hémicycle regrettait que des Français partent à l'étranger pour obtenir une aide à mourir. Nous regrettons cette situation, mais elle s'expliquait par le fait que la France n'offrait pas de solutions. Je rappelle d'ailleurs qu'à la différence de mon n° 2203, déjà soutenu, ces amendements ne concernent pas des étrangers qui viendraient chez nous pour mourir, mais des personnes suivies et hospitalisées en France qui atteignent le terme de leur vie.

**M. le président.** La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such.

**Mme Sandrine Dogor-Such.** Dans ma circonscription aussi, il y a un hôpital transfrontalier. Ces structures ne relèvent pas de la compétence de l'Union européenne ; elles signent des conventions.

**Mme Annie Genevard.** Par exemple avec la Suisse.

**Mme Sandrine Dogor-Such.** Il faudrait évoquer dans ce cadre les questions de chimiothérapie. Si les patients ne peuvent se faire soigner dans un hôpital transfrontalier, cela va devenir compliqué ! Avant de légaliser l'aide à mourir, soignons.

**M. René Pilato.** Cela n'a rien à voir !

**M. le président.** La parole est à Mme Natalia Pouzyreff.

**Mme Natalia Pouzyreff.** Je souhaiterais demander à Mme la ministre ce qui est prévu pour les hôpitaux transfrontaliers. Il serait utile de traiter ce cas particulier, dont nous avons parlé en commission spéciale et que vient de rappeler mon collègue Joël Giraud.

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

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** La notion de résidence stable et régulière, utilisée dans le code de la sécurité sociale et appliquée par les caisses d'assurance maladie, suppose une durée de résidence d'au moins six mois et la détention d'un titre de séjour.

Pour ce qui est des hôpitaux transfrontaliers, des accords sont conclus avec eux. Si le projet de loi est adopté, il faudra donc procéder ainsi afin d'en appliquer les dispositions. C'est pour l'heure tout ce qu'il nous est possible d'envisager en faveur des personnes qui fréquentent un tel hôpital sans résider de façon stable et régulière dans notre pays.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n°s 2204 et 2756.

(*Il est procédé au scrutin.*)

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

Nombre de votants .....	95
Nombre de suffrages exprimés .....	93
Majorité absolue .....	47
Pour l'adoption .....	23
contre .....	70

(*Les amendements identiques n°s 2204 et 2756 ne sont pas adoptés.*)

**M. le président.** Je suis saisi de plusieurs amendements, n°s 1100, 3182, 944, 556, 1760, 3183 et 3184, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 556 et 1760 sont identiques.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 1100.

**M. Thibault Bazin.** On a observé que la légalisation par un pays du suicide assisté ou de l'euthanasie pouvait susciter des flux migratoires.

**M. René Pilato.** Oh là là !

**M. Thibault Bazin.** Marie-Christine Dalloz propose de préciser que, pour accéder à l'aide à mourir, il faut résider de façon régulière en France depuis au moins dix ans. Cela permettrait d'éviter les abus : la France n'a pas vocation à accueillir un nombre exponentiel de personnes souhaitant accéder à l'euthanasie ou au suicide assisté.

**M. le président.** La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n° 3182.

**M. Christophe Bentz.** Il procède du même esprit que celui qu'a soutenu notre collègue Bazin : il s'agit de renforcer le critère de résidence, sur la base de la durée. Comme le débat a déjà eu lieu, je ne reprendrai pas la parole pour défendre les n°s 3183 et 3184.

**M. le président.** La parole est à Mme Anne Brugnera, pour soutenir l'amendement n° 944.

**Mme Anne Brugnera.** Cet amendement a été déposé à l'initiative de ma collègue Julie Delpéch. Elle propose de compléter l'alinéa 6 par les mots suivants : « conformément aux dispositions des articles L. 426-17 à L. 426-19 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ». Il s'agit de clarifier le critère de résidence stable et régulière des étrangers qui demanderont l'aide à mourir, en l'alignant sur celui établi en vue d'obtenir la carte de résident longue durée-UE. Une telle précision contribuerait non seulement à la clarté, mais aussi à la cohérence du dispositif.

**M. le président.** L'amendement n° 556 de Mme Christelle Petex est défendu.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 1760.

**M. Thibault Bazin.** Cet amendement de repli, dont l'initiative revient à Isabelle Valentin, vise à fixer comme condition une résidence en France d'une durée minimale de cinq ans.

**M. le président.** Les amendements n°s 3183 et 3184 de M. Christophe Bentz sont défendus.

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

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Pourquoi dix ans ? Pourquoi une échéance aussi longue ? En l'état du texte, la condition pour accéder à l'aide à mourir est d'être de nationalité française ou de résider en France de façon stable et régulière, c'est-à-dire depuis au moins trois mois, puis pendant six mois au cours de l'année.

**M. Jocelyn Dessigny.** Trois mois, c'est une résidence stable et régulière ?

**M. Frédéric Petit.** Oui, lorsqu'on cotise !

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Comme l'a expliqué Mme la ministre, cela permettra de s'appuyer sur l'assurance maladie pour contrôler l'ouverture des droits, l'aide à mourir devant être financée par la sécurité sociale. Avis défavorable.

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

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** La condition de résidence stable et régulière fonde en effet la couverture des frais de santé ; elle est énoncée dès les premières pages du code de la santé publique et suffisamment explicite pour garantir la prise en charge. En revanche, la référence à dix années de résidence ne renverrait à aucun critère retenu par l'assurance maladie.

Ensuite, l'architecture entière du projet de loi est fondée sur un suivi régulier et un accompagnement du patient par des professionnels qui le connaissent, qui l'entourent au quotidien. On ne se trouve pas du tout dans le cas de figure d'une personne qui arriverait de l'étranger.

Enfin, on ne peut demander au médecin de contrôler la durée de la résidence. Pour l'ouverture des droits, nous nous appuyerons avant tout sur l'assurance maladie ; la procédure de vérification sera définie par voie réglementaire. Avis défavorable.

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

**M. Hadrien Clouet.** Notre groupe votera contre ces amendements en discussion commune.

**M. Jocelyn Dessigny.** Quelle surprise !

**M. Hadrien Clouet.** Nous sommes en train de discuter d'un sujet grave et important : l'ouverture à ceux qui souffrent d'une aide à mourir. Certains parmi nous sont favorables à ce principe, d'autres non, mais il importe que le débat ait lieu. Or quelques collègues ont l'idée d'interdire le soulagement ultime à des personnes qui n'ont pas la bonne carte nationale d'identité ou qui ne sont pas présentes depuis assez longtemps sur le territoire français, c'est-à-dire de faire de l'état civil un critère d'évaluation de la souffrance. Un étranger arrivé il y a neuf ans en France, qui y a sa famille, qui travaille, cotise, contribue au bien commun au maximum de ses capacités, n'aurait pas le droit d'accéder à l'aide à mourir ? Vous aurez sur un même palier deux victimes de la maladie de Charcot,...

**M. Jocelyn Dessigny.** Arrêtez avec la maladie de Charcot !

**M. Hadrien Clouet.** ...celle qui sera née ici ou y résidera depuis suffisamment longtemps pourra être soulagée, tandis que sa voisine restera condamnée à étouffer dans d'atroces souffrances ? Si l'on considère ce que cela représente concrètement, de telles propositions sont inqualifiables. Nous espérons que l'Assemblée les rejettera en bloc. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LFI-NUPES. – Mme Michèle Peyron et M. David Valence applaudissent également.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Cécile Rilhac.

**Mme Cécile Rilhac.** Monsieur Clouet, permettez-moi de vous faire remarquer qu'au sein de cette discussion commune, l'amendement n° 944 de ma collègue ne va pas du tout dans le même sens que les autres, puisqu'il vise à clarifier le critère de résidence en l'alignant sur celui établi pour l'attribution de la carte de résident de longue durée-UE. S'il est moins disant que ceux que nous aurions précédemment aimé voir adopter, il conviendrait néanmoins de voter en sa faveur.

(*Les amendements n°s 1100, 3182 et 944, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

(*Les amendements identiques n°s 556 et 1760 ne sont pas adoptés.*)

(*Les amendements n°s 3183 et 3184, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Elsa Faucillon, pour soutenir l'amendement n° 2939 rectifié.

**Mme Elsa Faucillon.** Il tend à supprimer le caractère cumulatif des critères de stabilité et de régularité de la résidence en France : celle-ci devrait être stable « ou » – non « et » – régulière. Les critères que vous évoquez, madame la ministre, c'est-à-dire ceux retenus par la sécurité sociale, empêcheront d'accéder au nouveau dispositif 600 000 à 700 000 travailleurs sans papiers. Les collègues qui veulent les exclure profitent, comme nous, de leur présence : ce sont eux qui nettoient nos bureaux, gardent les enfants, entretiennent les rues, prennent soin des personnes âgées (*Exclamations sur les bancs du groupe RN*), qui cotisent et paient des impôts sans avoir droit aux arrêts maladie ni à la couverture totale en cas de longue maladie. Vous ne voulez pas de l'aide à mourir, et vous souhaiteriez les en priver ? Franchement, laissez-les tranquilles ! (*Applaudissements sur les bancs des groupes LFI-NUPES et Écolo-NUPES. – « Caricature ! » sur les bancs du groupe RN.*)

**Mme Danielle Simonnet.** Bravo, madame Faucillon !

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

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Je dois dire que je suis assez embêtée. Je peux partager votre souhait, mais le critère retenu est en effet celui de la sécurité sociale, qui ouvre droit à remboursement. Si on le modifie, cela entrera en contradiction avec l'article 19 du projet de loi, qui prévoit le financement de l'aide à mourir par la sécurité sociale.

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

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Je crois, une fois encore, qu'il convient de se replacer dans le contexte. Nous parlons d'une personne très malade, ne pouvant plus travailler, probablement hospitalisée et accompagnée. Or les étrangers en situation irrégulière qui sont souffrants et en fin de vie peuvent bénéficier d'un titre de séjour en qualité d'étranger malade.

**Mme Danielle Simonnet.** Pas tous !

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** C'est pourquoi je suis défavorable à l'amendement. (*Mme Astrid Panosyan-Bouvet applaudit.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Annie Genevard.

**Mme Annie Genevard.** Nous sommes défavorables à l'amendement de Mme Faucillon, qui tend à ouvrir aux étrangers en situation irrégulière l'aide active à mourir. Du reste, maintenant que vous avez fait de celle-ci un droit, il est possible que le législateur soit un jour obligé d'en arriver là où vous le souhaitez, par exemple en raison d'une décision de la Cour européenne des droits de l'homme. Avouez qu'il serait singulier que nous, hostiles au projet de loi, soyons favorables à cet amendement. Si nous ne voulons pas de ce texte pour les Français, nous n'en voulons pas davantage pour les étrangers, que leur situation soit régulière ou non.

**M. le président.** La parole est à Mme Elsa Faucillon.

**Mme Elsa Faucillon.** Je remarque que vous n'avez pas souhaité supprimer la mention de la nationalité française, madame Genevard... Madame la rapporteure, il existerait bien une solution : qu'au cours de la navette parlementaire, Mme la ministre lève le gage, ce qui permettrait à tous de bénéficier de la couverture par la sécurité sociale.

J'espère, madame la ministre, que ce que vous décrivez permettra l'application de cet alinéa aux situations dont nous parlons, mais il y en aura probablement qui n'entreront pas dans ce cadre. D'abord, tous les intéressés ne possèdent pas un titre d'assurance maladie ; ils viennent souvent pour en demander un, lié au travail. Ensuite, les maladies foudroyantes, comme certains cancers, font que le patient n'a pas été au préalable suivi dans les hôpitaux. (*Mme Danielle Simonnet applaudit.*)

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

**M. René Pilato.** Je rappelle que les personnes en situation irrégulière exercent souvent des métiers difficiles, pour lesquels on ne trouve pas de main-d'œuvre française.

**M. Jocelyn Dessigny.** Caricature !

**M. René Pilato.** Et lorsqu'elles sont en pleine souffrance, nous leur dirions qu'elles n'ont droit à rien ?

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Pas du tout !

**M. René Pilato.** Soyons sérieux ! Madame Genevard, collègues, ce n'est pas une question de nationalité, c'est une question d'humanisme.

**Mme Annie Genevard.** Il est pourtant question de nationalité dans cet alinéa !

**M. René Pilato.** Vous demanderiez ses papiers à quelqu'un qui est en train d'agoniser ?

**Mme Annie Genevard.** Mais non ! Ce n'est pas ça !

**M. René Pilato.** Si ce texte vise à soulager les souffrances, peu importe que la personne soit en situation régulière ou irrégulière ; du moment qu'elle le demande, on doit lui accorder l'aide à mourir. Nous soutiendrons l'amendement de notre collègue Faucillon. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NUPES.*)

**M. le président.** La parole est à M. Raphaël Gérard.

**M. Raphaël Gérard.** La réponse de Mme la ministre pourrait s'entendre, n'étaient les positions de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, qui depuis quelque temps refuse le renouvellement des titres de séjour pour soins et délivre des obligations de quitter le territoire français (OQTF)...

**Mme Danielle Simonnet.** C'est une honte !

**M. Raphaël Gérard.** ...afin que des malades soient reconduits à la frontière, voire placés en centre de rétention. Nous pourrions donc faire preuve d'un peu d'humanité et aller dans le sens que propose Mme Faucillon. (*Applaudissements sur quelques du groupe LFI-NUPES.*)

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

**Mme Justine Gruet.** On peut admettre les raisons invoquées en vue de donner accès à l'aide à mourir aux étrangers résidant en France de façon régulière ou irrégulière, mais aussi la possibilité que certains viennent alors dans le seul but d'en bénéficier.

**Mme Sandrine Rousseau.** Et alors ?

**Mme Justine Gruet.** Nous posons un cadre : si un étranger peut accéder gratuitement à l'aide à mourir en France sans y résider de façon régulière, cela veut dire que toute personne est en mesure d'y prétendre, pour peu qu'elle remplisse les autres critères cumulatifs. Certes, nous n'envisageons pas d'ouvrir ce droit à ceux qui résident en France de façon irrégulière, mais il faut considérer le risque de susciter une forme de tourisme de l'aide à mourir, d'autant plus grand que la nôtre sera gratuite, contrairement à celle de certains pays voisins.

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

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Je répondrai à M. Gérard qu'il est difficile d'imaginer que l'on emmène en centre de rétention quelqu'un de si gravement malade qu'il relève de l'aide à mourir. Les cas que nous évoquons sont très précis et les personnes concernées bénéficieraient de la qualité d'étrangers malades.

**M. José Beaurain.** Pour une fois, je suis d'accord avec la ministre.

(*L'amendement n° 2939 rectifié n'est pas adopté.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such, pour soutenir l'amendement n° 68.

**Mme Sandrine Dogor-Such.** Il vise à protéger le patient d'éventuels abus de faiblesse ou de pressions pour ou contre le recours à l'aide à mourir, en complétant l'alinéa 6 par les mots : « sans pression extérieure susceptible d'être poursuivie ».

*(L'amendement n° 68, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1213 de Mme Laurence Robert-Dehault est défendu.

*(L'amendement n° 1213, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Christine Pires Beaune, pour soutenir l'amendement n° 2205.

**Mme Christine Pires Beaune.** Cet amendement de repli vise à permettre aux ressortissants des pays avec lesquels nous avons une convention de réciprocité de bénéficier des mêmes droits.

*(L'amendement n° 2205, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Emeline K/Bidi, pour soutenir l'amendement n° 2938.

**Mme Emeline K/Bidi.** Cet amendement de repli vise à ce que les personnes ne résidant pas en France de manière stable et régulière aient accès à l'aide à mourir sans pour autant bénéficier de la prise en charge par la sécurité sociale. Cela répond aux arguments financiers qui ont été avancés. Si l'on consulte les statistiques des pays concernés, rien ne permet d'ailleurs de parler de tourisme de l'euthanasie ou de l'aide à mourir : ces pratiques ne concernent qu'un très faible nombre de personnes, et le mot lui-même me choque profondément.

Cette discussion n'aurait pas eu lieu dans notre assemblée si aucun pays frontalier n'avait adopté une législation différente de la nôtre, conduisant des Français à aller y recourir à l'aide à mourir. La question s'est posée de manière pressante à certains de nos concitoyens et comme à travers eux. Par solidarité, nous devons ouvrir cette aide aux personnes qui ne sont pas de nationalité française : sachant que nous ne dépenserons pas un centime pour elles, cette solution de repli représente le minimum que nous puissions faire.

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

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Je serai tentée, pour des raisons de cohérence, de m'en remettre à la sagesse de l'Assemblée. Je suivrai toutefois l'avis de la ministre.

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

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Vous proposez de supprimer les conditions de nationalité et de résidence, qui ne sont pourtant pas accessoires : encore une fois, elles garantissent que l'aide à mourir ne sera pas un acte isolé, mais s'insérera dans un parcours global, lequel suppose une certaine stabilité de résidence. C'est pour cette raison que nous avons également prévu que le médecin puisse, lors de la demande, orienter son patient vers une prise en charge en soins palliatifs. L'instauration de ces conditions repose sur

l'idée que le professionnel de santé accompagnant la personne malade devrait idéalement la connaître et la suivre. Sans doute est-ce pour cela que la majorité des États ayant légalisé l'aide à mourir ont introduit une clause de nationalité ou de résidence. En Europe, c'est le cas de l'Autriche, de l'Espagne et du Portugal ; hors d'Europe, de l'Oregon, du Canada, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande.

Depuis le début de la discussion, nous mettons en avant les soins palliatifs, que le médecin propose en priorité, le patient étant libre de les accepter ou non. L'absence de résidence stable en France rendrait la démarche particulièrement compliquée. Pour toutes ces raisons, je suis défavorable à cet amendement.

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

**M. Marc Le Fur.** On semble tenir pour acquis, implicitement, que le suicide assisté et l'euthanasie seront financés par la sécurité sociale. Nous n'en avons pas délibéré à ce stade, puisque cela figure dans l'article 19 du projet de loi, mais on est train de l'admettre.

**M. Gilles Le Gendre.** Mais c'est pour échapper à l'article 40 !

**M. Marc Le Fur.** Nos grands ancêtres, ceux qui ont créé la sécurité sociale, s'en retourneraient dans leurs tombes : ils l'ont instaurée pour permettre l'accès aux soins. Je préfère que l'argent que l'on envisage d'allouer à la mort administrée...

**Mme Natalia Pouzyreff.** Ce n'est pas le but !

**M. Marc Le Fur.** ...soit consacré au développement des soins palliatifs – domaine dans lequel nous avons un retard considérable ! (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LR et RN.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Emeline K/Bidi.

**Mme Emeline K/Bidi.** J'étais en train de me délecter d'entendre l'extrême droite...

**M. Thibault Bazin.** Ce n'est pas l'extrême droite !

**Mme Emeline K/Bidi.** ...la droite, excusez-moi, défendre la sécurité sociale...

**M. Xavier Breton.** Créée par le général de Gaulle !

**Mme Emeline K/Bidi.** ...après avoir rejeté la proposition de loi présentée par mon collègue Dharréville dans le cadre de notre niche parlementaire.

Il ne s'agit pas d'un acte isolé : le médecin chargé de la procédure d'aide à mourir suivra le patient. Il ne donnera pas d'avis favorable à quelqu'un qu'il ne connaît pas, qui n'a jamais reçu de soins en France, dont il ignore les antécédents. Un patient de nationalité étrangère et ne résidant pas en France de façon stable et régulière n'accédera donc à l'aide à mourir qu'à condition que le médecin ait accès à un dossier suffisamment complet.

**M. Marc Le Fur.** Nous n'en voulons ni pour les Français, ni pour les autres !

*(L'amendement n° 2938 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n° 3185.

**M. Christophe Bentz.** Partout, les Français manquent de médecins. Nous ne voudrions pas qu'en conséquence de cette future loi, il y en ait encore moins.

**Mme Danielle Simonnet.** Soyez sérieux quand vous déposez des amendements !

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

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Défavorable.

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

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Même avis.

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

**M. Hadrien Clouet.** Ce que nous propose le Rassemblement national consiste à refuser l'aide à mourir à ceux qui habitent un territoire touché par la désertification médicale, de peur que des médecins n'en partent parce qu'ils ne sont pas d'accord avec cette pratique. Cela appelle...

**M. Christophe Bentz.** Clause de conscience !

**M. Hadrien Clouet.** ...plusieurs remarques. Premièrement, la clause de conscience concerne la tête et non les jambes ; il n'y a donc pas de raison de partir. Deuxièmement, vous devez consigner les raisons pour lesquelles un médecin quitte un département. Quelle bonne nouvelle pour ceux qui seront ainsi traqués et fichés ! Troisièmement, si l'on manque de praticiens là où vous vivez, vous n'aurez pas accès à l'aide à mourir. Ce serait la double peine : ni traitement curatif, ni possibilité de soulagement si vous souffrez horriblement en fin de vie.

Les grands patriotes (*L'orateur désigne les bancs du groupe RN*) ont consacré la quasi-totalité de l'exposé sommaire à nous expliquer ce qui se passe sur l'île de Man. Peut-être étaient-ils en vacances dans ce paradis fiscal aux nombreux casinos ;...

**M. Laurent Jacobelli.** C'est pas « Les grosses têtes », ici !

**M. Hadrien Clouet.** ...en ce qui me concerne, je ne fais pas la loi pour l'île de Man, mais chacun son truc. Un tiers des médecins mannois envisageraient de quitter l'île si l'aide à mourir y était légalisée. Accueillons-les : avec la clause de conscience, ils pourront venir bosser ici ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NUPES. – Mme Sandra Regol applaudit également.*)

(*L'amendement n° 3185 n'est pas adopté.*)

**M. le président.** Je suis saisi de nombreux amendements, n°s 2439, 2705, 2494, 511, 674, 775, 863, 956, 1279, 2176, 2664, 3085, 3326, 1724, 203, 351, 865, 1192, 1859, 2383, 2569, 2713, 2941, 1723, 2574 et 1735, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 2439 et 2705 sont identiques, de même que les n°s 2494 à 3326, les n°s 203 à 2383 et les n°s 2713 et 2941.

Les amendements n°s 2494 et identiques, 1723 et 2574 font l'objet de sous-amendements.

Je suis également saisi de plusieurs demandes de scrutin public :

Sur les amendements n° 2494 et identiques, par les groupes Horizons et apparentés et Écologiste-NUPES ;

Sur les sous-amendements n° 3457 et identiques, par les groupes La France insoumise-Nouvelle Union populaire, écologique et sociale, Socialistes et apparentés et Écologiste-NUPES ;

Sur les sous-amendements n°s 3513 et 3514, par le groupe La France insoumise-Nouvelle Union populaire, écologique et sociale ;

Sur les sous-amendements identiques n° 3456 et 3462, par les groupes Socialistes et apparentés et Écologiste-NUPES ;

Sur les sous-amendements n°s 3515 et 3516, par le groupe La France insoumise-Nouvelle Union populaire, écologique et sociale.

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

La parole est à Mme Annie Vidal, pour soutenir l'amendement n° 2439.

**Mme Annie Vidal.** Je voudrais revenir sur l'élargissement excessif du périmètre du texte en remplaçant, à la fin de l'alinéa 7, « en phase avancée ou terminale » par « engageant son pronostic vital à court terme, tel que défini par la Haute Autorité de santé, ou à moyen terme ». Il est impensable que la notion de pronostic vital engagé, indissociable de la demande d'aide à mourir, ne figure pas dans le texte. En outre, l'expression « phase avancée », particulièrement difficile à objectiver, n'est pas forcément synonyme de pronostic vital engagé ou d'espérance de vie courte ; éminemment imprécise, elle se prête à bien des interprétations et peut renvoyer à une durée plus longue que le moyen terme. Celui-ci, contrairement à ce que j'ai entendu dire dans l'hémicycle, ne figurait d'ailleurs pas dans le texte par hasard, mais à la suite de l'avis n° 139 du CCNE. Bon nombre de médecins considèrent qu'il convient de le mesurer en mois plutôt qu'en années ; Mme la ministre a demandé à la HAS de le définir. Pour toutes ces raisons, il importe de revenir à la rédaction initiale. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RE.*)

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Potier, pour soutenir l'amendement n° 2705.

**M. Dominique Potier.** L'éthique de conviction me conduirait à rejeter entièrement le titre II, qui vise à légaliser le suicide assisté et l'euthanasie ; l'éthique de responsabilité m'amène à proposer que nous fassions du moins preuve de mesure en revenant au texte du Gouvernement, mentionnant le pronostic vital engagé à court ou moyen terme, sous réserve que l'on s'en tienne à la définition de la HAS. Il ne s'agirait pas du même périmètre, donc pas de la même législation.

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 2494, qui fait l'objet de plusieurs sous-amendements.

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Il est assez simple : il a pour objectif de rétablir la rédaction initiale qui avait été proposée par le Gouvernement. Je vais tout de suite expliquer la position globale du Gouvernement sur l'ensemble des sous-amendements qui seront présentés ensuite.

Nombre d'entre vous m'ont interrogée tout au long de l'après-midi sur la position de la Haute Autorité de santé. En commission spéciale, ceux qui y siégeaient s'en souvien-

ment, j'avais dit l'avoir saisie le 22 avril dernier, et je vous avais fait part de la réponse que m'avait adressée son président, le professeur Lionel Collet. Après m'avoir remerciée de la confiance que je lui témoignais, il m'a indiqué que « l'élaboration d'une recommandation de bonnes pratiques professionnelles de la HAS s'étale de manière générale sur dix-huit mois » et que « ce délai intègre certaines étapes propres à [ses] travaux et à leur qualité et notamment l'élaboration d'une note de cadrage, la constitution du groupe de travail, l'analyse de la littérature, la préparation d'un avis et la mise en place d'un groupe de lecture ainsi que d'éventuelles auditions de représentants de pays étrangers ayant déjà mis en place des dispositifs liés à la fin de vie et une consultation publique qui apparaît pertinente *a priori* compte tenu de la nature du sujet traité ».

M. le président de la HAS ajoutait : « Nous mesurons pleinement les attentes concernant ce sujet. En conséquence, nous proposons de publier en juin 2024 une note de cadrage de notre recommandation de bonne pratique, puis une note d'avancement de son élaboration au dernier trimestre 2024, avant de communiquer la version finale de notre recommandation dès [son] adoption par le collège et d'ici le deuxième trimestre 2025. » J'ai revu depuis le professeur Collet et lui ai demandé dans quelle mesure la Haute Autorité pouvait accélérer ses travaux pour que nous puissions disposer, au moins au cours de la navette, de sa version définitive.

Entre-temps, d'autres professionnels ont donné leur avis. Il en a beaucoup été question depuis le début de la discussion ; je voudrais donc vous faire part de trois d'entre eux. Le premier émane du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), qui a publié hier, le 5 juin 2024, le communiqué suivant : « L'Ordre des médecins rappelle sa position sur les conditions d'accès à l'aide à mourir. À l'heure de l'examen en séance publique de l'article 6 du texte relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, le Conseil national de l'Ordre des médecins souhaite rappeler sa position constante au sujet des conditions d'accès à l'aide à mourir. La commission spéciale sur la fin de vie a remplacé la formulation être atteinte d'une affection grave et incurable engageant son pronostic vital à court ou moyen terme, inscrite dans le projet initial du Gouvernement, par [la mention] être atteinte d'une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale. Le texte amendé par la commission spéciale introduit une notion qui ne permet pas au médecin de déterminer le stade à partir duquel le patient va pouvoir formuler une demande d'aide à mourir, et rend plus difficile l'appréciation de ce critère d'éligibilité ainsi élargi. Il faut que la loi soit claire et précise afin d'éviter toute confusion. »

Lundi 3 juin 2024, l'Académie de médecine a quant à elle publié le communiqué suivant : « Après l'avis Favoriser une fin de vie digne et apaisée de l'Académie nationale de médecine et le projet de loi sur l'aide à mourir du Gouvernement, la commission spéciale de l'Assemblée nationale a modifié la troisième condition d'accès à l'aide à mourir en substituant [à] la mention d'[une] affection grave et incurable engageant un pronostic vital à court et moyen terme [les mots] en phase avancée ou terminale. L'Académie nationale de médecine estime que le qualificatif de phase avancée est inadéquat et dangereux. Une fois le pronostic vital effacé, il risque d'inclure les personnes atteintes d'une maladie certes *a priori* incurable mais avec laquelle il est possible de vivre longtemps. Il en est ainsi, par exemple, des malades atteints de maladies neurodégénératives sévères, des malades atteints de cancers avec métastases [...] ou [des

personnes] atteintes d'une maladie chronique avec des complications. En complément, l'Académie nationale de médecine alerte sur la proposition de la commission [...] »

Le dernier avis que je veux vous soumettre est celui du professeur Régis Aubry, qui a été souvent invoqué dans l'hémicycle : « Pourquoi l'expression moyen terme me semble préférable à l'expression maladie en phase avancée ou terminale ? », écrit-il. Il poursuit : « L'expression moyen terme signifie à mon sens quelques semaines à quelques mois, moins d'un an. Cette expression relève d'une évaluation. Elle n'est donc pas et ne peut pas être une vérité, la vérité pronostique n'existant pas. Cette évaluation doit à mon sens être laissée à l'appréciation du médecin, se fondant sur les données de la science, sur l'approche des autres professionnels qui interviennent auprès de la personne malade et enfin sur la connaissance qu'il a de la personne malade. Nous disposons de résultats de travaux de recherche pour considérer que le terme de moyen terme est approprié et pragmatique. L'analyse de la littérature montre que les soignants sont plutôt optimistes dans l'estimation d'un pronostic vital. [...] L'expression phase avancée ou terminale me semble plus problématique. Un médecin, un professionnel de santé peut sans difficulté reconnaître la phase ultime ou agonique d'une maladie. Il peut approcher la notion de phase terminale, qui correspond à l'échappement des thérapeutiques spécifiques proposées, la rémission n'étant plus possible. Lors de la phase terminale, seule une prise en charge palliative est réaliste. Cette phase peut durer plusieurs mois. En revanche, la notion de phase avancée ne me semble pas définie de façon formelle et est beaucoup trop vague [...]. Elle signifie que la guérison n'est plus possible, mais elle peut, du fait de certains traitements, correspondre à des maladies dont le pronostic vital peut être de plusieurs années. »

Tels sont les éléments dont je dispose et qui me conduisent à vous dire que je souhaite, au nom du Gouvernement, réintroduire la version initiale de l'alinéa 7 de l'article 6, à savoir les mots « engageant son pronostic vital à court ou moyen terme ». (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RE. – Mme Maud Petit applaudit également.*)

**M. le président.** La discussion commune étant très longue, on présentera d'abord tous les amendements identiques à celui du Gouvernement et les sous-amendements dont ils font l'objet, puis les autres amendements. Suivront les avis de la commission et du Gouvernement, et enfin les prises de parole, qui ne devront pas excéder deux par groupe.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 511.

**M. Thibault Bazin.** Merci, madame la ministre, pour votre intervention qui vient confirmer tout ce que nous vous disons depuis dix jours, lorsque nous exprimons nos très fortes inquiétudes quant au texte issu de la commission spéciale. Merci d'avoir mentionné ces avis du Conseil national de l'Ordre des médecins et de l'Académie de médecine, qui expliquent que le terme de « phase avancée », contesté car trop flou et trop imprécis, crée une insécurité chez les professionnels de santé, dont les missions sont déjà compliquées. On le voit bien : ne pas mentionner que le pronostic vital doit être engagé est très dangereux. Cet amendement de notre collègue Fabien Di Filippo vise donc à revenir à la version initiale incluant ce critère.

Il me semble que cet élément est fondamental ; si nous ne l'intégrons pas, la loi risque de ne pas être intelligible et donc d'être inconstitutionnelle.

**M. le président.** La parole est à M. François Gernigon, pour soutenir l'amendement n° 674.

**M. François Gernigon.** Merci, madame la ministre, pour vos explications qui éclairent bien la situation. Qu'est-ce qu'une maladie « en phase avancée » ? Comme certains médecins nous l'ont expliqué, de nombreuses maladies en phase avancée ne sont pas incurables. Je souhaite donc que nous revenions à la rédaction initiale du texte et j'ajoute, à titre personnel, que si nous ne le faisons pas, je ne pense pas le voter. *(M. Lionel Royer-Perreault applaudit.)*

**M. le président.** L'amendement n° 775 de M. Mathieu Lefèvre est défendu.

La parole est à M. Philippe Juvin, pour soutenir l'amendement n° 863.

**M. Philippe Juvin.** La discussion en cours est assez révélatrice des modalités de notre débat. Madame la ministre, monsieur le rapporteur général, j'ai pris plusieurs fois la parole, ici même, pour dire que la « phase avancée » ne signifiait rien ; je l'ai fait sous les quolibets. Et là, Mme la ministre vient nous expliquer qu'en effet, ça ne signifie rien ! *(MM. Patrick Hetzel et Julien Odoul applaudissent.)*

D'autre part, s'agissant du « pronostic vital à moyen terme », nous espérions des explications un peu plus précises. Elles restent malheureusement trop imprécises, même si vous avez raison de demander son avis à la Haute Autorité de santé, madame la ministre. Je regrette que nous ne puissions pas délibérer en connaissance de cause, en sachant ce qu'est le « moyen terme » ; hélas, le débat reste ouvert. J'ai observé de quelle manière certains de nos collègues s'engouffrent dans la moindre porte entrouverte, dès qu'un filet de lumière y apparaît ; y voyant un grand danger, je retire mon amendement. *(M. Marc Le Fur applaudit.)*

**M. Xavier Breton.** Très bien !

*(L'amendement n° 863 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Danielle Brulebois, pour soutenir l'amendement n° 956.

**Mme Danielle Brulebois.** Il vise aussi à rétablir la version initiale du texte. Le « pronostic vital à court ou moyen terme » est une expression issue du langage médical et hospitalier, utilisée en particulier par les médecins urgentistes. Je pense qu'il faut faire confiance à l'Ordre national des médecins et à l'Académie de médecine, qui recommandent de l'employer.

**M. le président.** La parole est à M. Thomas Ménagé, pour soutenir l'amendement n° 1279.

**M. Thomas Ménagé.** Cette série d'amendements montre l'opposition, largement partagée et transpartisane, au nouveau critère introduit en commission spéciale par la gauche et une partie de la majorité qui, main dans la main, se sont prononcées contre le Gouvernement et la présidente de la commission. Je m'oppose moi aussi à ce critère : en supprimant toute notion de temporalité et la mention du pronostic vital engagé, il risque d'ouvrir trop largement le champ de l'aide à mourir. Comme l'a rappelé Mme la ministre, suivant l'avis de l'Académie nationale de médecine, des cancers métastatiques peuvent être en phase avancée sans que le pronostic vital soit engagé, et des maladies articulaires ou neurodégénératives du type Parkinson, qui créent une réelle souffrance, sont en phase avancée mais n'engagent pas le pronostic vital.

Certes, l'expression « court ou moyen terme » n'est pas idéale, et nous attendons l'avis de la HAS, mais cet amendement doit être voté à la fois par ceux qui sont totalement opposés au texte, parce qu'il permet de réduire sa portée et évite de trop étendre le champ de l'aide à mourir, et par ceux qui, comme moi, ont une position mesurée, c'est-à-dire veulent une aide active à mourir, mais pas à n'importe quel prix.

**M. le président.** La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 2176.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Nous en arrivons à ce qui est un peu le nœud gordien du texte. Je rappelle que l'on trouve l'expression « court et moyen terme » dans l'avis du CCNE, auquel ce projet de loi doit beaucoup. À mon sens, il est fondamental de la conserver, car le terme « avancée » est très imprécis.

**Mme Marie-Noëlle Battistel.** C'est vrai que « moyen terme », c'est très précis !

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Le terme « avancée » me paraît parfaitement subjectif et ouvert à toutes les interprétations. J'avais d'ailleurs demandé au rapporteur général, sous forme de boutade : êtes-vous à un âge avancé ? C'est une question de point de vue ! Comme notre collègue Gernigon, je conditionnerai mon vote sur l'ensemble du texte au rétablissement de la rédaction initiale du Gouvernement sur ce point.

**M. le président.** La parole est à Mme Astrid Panosyan-Bouvet, pour soutenir l'amendement n° 2664.

**Mme Astrid Panosyan-Bouvet.** Vous avez lu, madame la ministre, l'avis du Conseil national de l'Ordre des médecins et celui de l'Académie nationale de médecine. Il est urgent d'attendre l'avis de la HAS.

Il est utile de revenir sur l'expérience des pays étrangers qui ont plus de recul que le nôtre en ce qui concerne l'aide à mourir. En 2021, suivant l'avis de leur académie de médecine respective, les législateurs canadien et suisse ont décidé d'abandonner le critère de la prévisibilité du décès. Quant à la notion de moyen terme, elle donne lieu à des interprétations variables et risque dès lors d'être écartée. Gardons-nous d'ouvrir de telles brèches. C'est précisément ce qui suscite les interrogations de ceux qui ont des réserves à propos du texte. *(M. Emmanuel Pellerin applaudit.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Maud Petit, pour soutenir l'amendement n° 3085.

**Mme Maud Petit.** Il vise à revenir à la version initiale du projet de loi. Si nous retenions la notion de phase avancée, cela ouvrirait sans doute l'aide à mourir à des personnes certes atteintes d'une maladie au stade avancé mais dont le pronostic vital n'est pas nécessairement engagé. L'Académie nationale de médecine considère le qualificatif « phase avancée » comme « inadapté et dangereux ». Selon elle, le risque est que des personnes atteintes d'une maladie incurable mais avec laquelle il est possible de vivre longtemps soient éligibles à l'aide à mourir.

**M. le président.** La parole est à Mme Stéphanie Rist, pour soutenir l'amendement n° 3326.

**Mme Stéphanie Rist.** Je suis très favorable à la notion de moyen terme, car la science ne nous permet pas de fixer un nombre de mois s'agissant du pronostic vital. En effet, pour chaque pathologie, la longévité des patients est distribuée selon une courbe de Gauss. On enseigne d'ailleurs aux

étudiants en médecine qu'il ne faut jamais indiquer de pronostic, car on se trompe à chaque fois. Deux personnes atteintes d'une même maladie au stade avancé et dont le pronostic vital est engagé auront en définitive une longévité différente, en fonction de leurs particularités individuelles.

Il faut absolument laisser le flou de la notion de moyen terme pour permettre à l'équipe médicale de s'adapter à chaque cas particulier. D'où l'importance de la collégialité de la décision – je présenterai à ce sujet un amendement à l'article 8, qu'il aurait d'ailleurs été préférable d'examiner au préalable. Il faut faire confiance à l'équipe soignante, qui prendra sa décision au cas par cas.

La rédaction que nous proposons de rétablir rendra la loi effective et permettra aux équipes médicales d'y adhérer.

**M. le président.** Nous en venons aux sous-amendements aux amendements n° 2494 du Gouvernement et identiques.

Nous commençons par quatre sous-amendements identiques, n° 3457, 3461, 3512 et 3522.

La parole est à Mme Julie Laernoës, pour soutenir le sous-amendement n° 3457.

**Mme Julie Laernoës.** Il vise à supprimer la précision selon laquelle le pronostic vital doit être engagé « à court ou moyen terme ».

S'agissant du pronostic vital, le court terme renvoie à une durée de quelques jours ou de quelques semaines. Quant au moyen terme, il renvoie à une durée plus longue mais indéterminée ; il peut s'agir par exemple de plusieurs mois. Il n'existe pas de consensus scientifique pour définir le moyen terme. Dès lors, la décision reposerait uniquement sur l'appréciation du médecin. Dans le cas où il serait opposé à l'aide à mourir, il pourrait en empêcher l'accès par ce biais.

Dans son avis, le Conseil d'État estime que le moyen terme « correspond à un horizon temporel qui n'excède pas douze mois ». Nous ne connaissons pas à ce sujet la position de la HAS, que vous avez invitée à rendre son avis dans un délai plus bref, madame la ministre.

La phase terminale d'une maladie correspond à son stade final, moment où les traitements curatifs ne sont plus efficaces. La mort est imminente : elle est réputée intervenir au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Dans la phase avancée, les options thérapeutiques sont très limitées ; l'accent est mis sur les soins palliatifs et le confort du patient plutôt que sur sa guérison. Le médecin ne prédit pas la mort, il se positionne par rapport à l'évolution de la maladie, dont il connaît les différents stades.

Selon moi, il faut repousser les amendements identiques qui tendent à rétablir la rédaction initiale. Je vous présente ici un sous-amendement de repli, dans la mesure où l'on ne sait pas, dans la vraie vie, définir le court terme et le moyen terme. (*M. Sébastien Peytavie et Mme Sandra Regol applaudissent.*)

**M. le président.** La parole est à M. Stéphane Delautrette, pour soutenir le sous-amendement n° 3461.

**M. Stéphane Delautrette.** Étant à l'origine de la rédaction qui figure dans le texte que nous examinons, nous sommes évidemment très opposés à la tentative du Gouvernement de revenir à la version initiale. Madame la ministre, cela reviendrait à s'asseoir sur tout le travail qui a été fait en commission spéciale (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes SOC,*

*LFI-NUPES et RE*) et à ne tenir aucun compte de ce que nous avons entendu à de multiples reprises au cours des auditions, à savoir que la notion de moyen terme n'a aucun sens et que personne n'est capable de la définir.

Notre amendement a été adopté par la commission spéciale après avoir recueilli un avis favorable du rapporteur général et de la rapporteure pour les articles 4 *quater* à 6. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RE.*) À ce stade de la discussion, je tiens à l'affirmer clairement : tout retour en arrière constitue pour nous une ligne rouge. Nous nous opposerons à l'amendement du Gouvernement et aux amendements identiques. À l'instar de notre collègue Laernoës, nous présentons ici un sous-amendement d'appel, qui vise à supprimer la référence « à court ou moyen terme », car c'est une hérésie absolue.

**M. le président.** La parole est à M. Hadrien Clouet, pour soutenir le sous-amendement n° 3512.

**M. Hadrien Clouet.** Nous avons déposé ce sous-amendement mus par la même intuition que nos collègues. Nous avons trouvé tous ensemble, en commission spéciale, un point d'équilibre.

**M. Patrick Hetzel.** De notre point de vue, ce n'est pas un point d'équilibre !

**M. Hadrien Clouet.** Calmez-vous, vous pourrez vous exprimer ensuite !

Ce point d'équilibre est le suivant : l'aide à mourir sera ouverte aux personnes atteintes d'une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale. Le Gouvernement veut rétablir la version antérieure : « affection grave et incurable engageant [le] pronostic vital à court ou moyen terme ». Par ce sous-amendement, nous proposons d'atténuer la rigueur de cette condition en retirant la notion « à court ou moyen terme ». Nous pourrions ensuite rejeter l'amendement du Gouvernement de manière plus cordiale. (*Sourires.*)

Mme Rist a dit qu'il convenait de « laisser le flou » de la rédaction initiale. Manifestement, il y a le parti du flou et le parti de la clarté.

**M. Marc Le Fur.** Il est vrai que les macronistes n'ont jamais été très clairs !

**M. Hadrien Clouet.** J'invite notre assemblée à choisir la version de la commission spéciale, pour trois raisons. Premièrement, il faut se garder d'entrer dans des calculs calendaires et en rester à la souffrance de l'individu. Deuxièmement, il convient de réfléchir en fonction non pas du degré de proximité avec le décès, mais du niveau de douleur et d'indignité que la personne estime endurer. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LFI-NUPES.*) Troisièmement, ce qui compte dans la demande d'aide à mourir, c'est le parcours de vie, et non le parcours vers la mort. (*Mêmes mouvements.*)

**M. le président.** La parole est à M. Gilles Le Gendre, pour soutenir le sous-amendement n° 3522.

**M. Gilles Le Gendre.** Au cours des nombreuses auditions que nous avons menées, personne n'a validé la notion de moyen terme. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes RE, LFI-NUPES, SOC et Écolo-NUPES.*) Or, madame la ministre, vous affirmez, en vous appuyant sur des arguments forts, qui m'ébranlent, que la notion de phase avancée ou terminale n'est pas satisfaisante. Autrement dit, vous nous proposez de remplacer une version non satisfaisante par une

autre version non satisfaisante. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes SOC et Écolo-NUPES. – M. Philippe Juvin applaudit aussi.*)

Cela prouve que la rédaction de ce critère est problématique, ce que nous savons depuis le début. D'ailleurs, lorsque nous avons adopté la version actuelle en commission, vous nous avez immédiatement prévenus que nous entrions dans une logique plus restrictive, alors que la présidente de la commission spéciale a déclaré, quelques jours plus tard, que nous avions ouvert la voie à une logique plus libérale.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo**, présidente de la commission spéciale. Effectivement !

**M. Gilles Le Gendre**. Il faut donc retravailler cet alinéa. Au demeurant, nous affirmons les uns et les autres que nous sommes habités par le doute, l'humilité, l'incertitude. Or les cinq critères essentiels énoncés à l'article 6 sont tous à prendre ou à laisser, ce qui est contraire aux idées de doute et d'humilité. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes LFI-NUPES, SOC et Écolo-NUPES. – M. Joël Giraud applaudit aussi.*)

Je demande donc au rapporteur général et à la rapporteure de prendre l'initiative d'un travail collectif sur cet alinéa, de sorte que nous trouvions une solution satisfaisante. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe RE.*)

**M. le président**. La parole est à Mme Élise Leboucher, pour soutenir le sous-amendement n° 3513.

**Mme Élise Leboucher**. Ce sous-amendement s'inscrit dans la même logique que les précédents. Il vise à atteindre un compromis, le Gouvernement ayant décidé de ne pas tenir compte des débats et des inquiétudes exprimées de manière transpartisane...

**M. Thibault Bazin**. C'est ça, la gauche plurielle !

**Mme Élise Leboucher**. ...depuis le début de l'examen du texte, ni des modifications adoptées en commission spéciale. Nous proposons de retenir le critère de l'« affection grave et incurable engageant son pronostic vital », mais en précisant « quelle qu'en soit la cause », afin de ne pas exclure les accidents, qui ont été à l'origine des situations de Vincent Lambert et Vincent Humbert, que nous avons tous en tête.

**M. le président**. La parole est à M. René Pilato, pour soutenir le sous-amendement n° 3514.

**M. René Pilato**. Mes arguments sont analogues à ceux de ma collègue Leboucher.

Nous avons réalisé un très important travail transpartisan en commission spéciale. Madame la ministre, nous comprenons que le maintien du critère « engageant son pronostic vital » vous tient à cœur ; comprenez que la suppression de la notion « à court ou moyen terme » nous tient à cœur. Je suis d'accord avec notre collègue Le Gendre : si nous voulons trouver le chemin d'un compromis intelligent, il convient qu'à l'issue de la discussion de tous ces amendements et sous-amendements, nous réécrivions l'alinéa en tenant compte de la majorité qui se dégage dans l'hémicycle. (*M. Gilles Le Gendre et Mme Annie Vidal applaudissent.*)

**M. le président**. Je suis saisi de deux sous-amendements identiques, n° 3482 et 3506.

La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir le sous-amendement n° 3482.

**M. Patrick Hetzel**. Nous avons insisté en commission sur le fait que nous étions très attachés à la notion de pronostic vital et que nous souhaitions restreindre le champ au pronostic vital engagé à court terme. Ce sous-amendement vise à exclure la notion de moyen terme, que nombre d'orateurs ont jugée peu claire. Nous savons ce qu'est un pronostic vital engagé à court terme, le Conseil national de l'Ordre des médecins et l'Académie nationale de médecine ayant fourni des éléments convergents à ce sujet. Il convient de s'en tenir à cela, sans quoi nous nous opposerons à l'amendement du Gouvernement et aux amendements identiques.

**M. le président**. La parole est à M. Marc Le Fur, pour soutenir le sous-amendement n° 3506.

**M. Marc Le Fur**. Que les choses soient claires, madame la ministre : si le mot « moyen » est maintenu dans votre amendement, nous ne le voterons pas. Nous considérons que le pronostic vital ne peut être apprécié qu'à court terme. Nous légiférons sur des questions très graves. Si nous restons dans l'ambiguïté et dans le flou – une collègue de la majorité a employé ce terme –, nous laisserons une responsabilité considérable aux médecins qui accompagneront les agonisants dans leurs instants ultimes. Le court terme correspond aux dernières heures ou aux derniers jours, mais cela ne va pas au-delà. À ce sujet, madame la ministre, je vous invite à faire preuve de la plus grande prudence, comme de la plus grande écoute à notre égard.

**M. le président**. Je suis saisi de quatre sous-amendements identiques, n° 3447, 3459, 3505 et 3510.

La parole est à Mme Annie Genevard, pour soutenir le sous-amendement n° 3447.

**Mme Annie Genevard**. La commission a adopté une version pire que la version initiale et qui a donc concentré toutes les critiques. Nous sommes favorables au rétablissement du critère du pronostic vital engagé à court terme. En revanche, nous ne voulons pas de la notion de moyen terme. Nous ne pouvons pas l'accepter, madame la ministre, pour toutes les raisons que nous avons évoquées. La plupart des personnes que nous avons auditionnées, en particulier les médecins, nous ont dit que le moyen terme n'était pas définissable.

**M. le président**. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir le sous-amendement n° 3459.

**Mme Emmanuelle Ménard**. Il vise lui aussi à supprimer de l'amendement le concept de moyen terme, qui ne veut pas dire grand-chose : c'est une notion nécessairement subjective et qu'il n'est pas possible de définir – même nos collègues de gauche l'admettent. Les patients souffrant d'une pathologie identique ne réagiront pas tous de la même façon. Nous sommes nombreux à connaître des personnes atteintes d'une maladie incurable qui auraient dû mourir dans les semaines suivant l'annonce du pronostic et qui ont pourtant vécu plusieurs mois, voire plusieurs années.

Les critères à réunir pour que l'on puisse déclencher la mort d'un patient par injection létale doivent être objectifs. Dès lors, il serait étonnant que nous maintenions le concept de moyen terme, alors même que nous ne sommes pas capables de définir avec précision combien de temps la vie du patient est censée durer.

Madame la ministre, vous avez indiqué avoir demandé à la HAS de clarifier la notion de moyen terme. Il me paraîtrait plus que hasardeux de retenir cette notion et d'appeler l'Assemblée nationale à se prononcer à ce sujet avant que nous sachions ce qu'elle recouvre.

**M. le président.** Veuillez écouter la présentation des sous-amendements, mes chers collègues, ou bien poursuivre vos discussions privées à l'extérieur de l'hémicycle.

La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir le sous-amendement n° 3505.

**M. Christophe Bentz.** Il a pour objet de supprimer l'expression « moyen terme ». Les médecins n'en veulent pas, car c'est une notion difficile à apprécier qui fait reposer sur leurs épaules une responsabilité bien trop lourde.

**M. Marc Le Fur.** Tout à fait!

**M. Christophe Bentz.** Je ne cautionne pas le texte prétendument équilibré du Gouvernement. Ainsi que nous n'avons cessé de le répéter, madame la ministre, en permettant le suicide assisté et l'euthanasie, votre projet de loi ouvre la boîte de Pandore. Comme l'illustre ce qui s'est passé en commission spéciale, il porte en germe toutes les dérives possibles.

Je m'opposerai donc à l'article 6, au titre II et au projet de loi lui-même. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe RN.*)

**M. le président.** La parole est à M. Julien Odoul, pour soutenir le sous-amendement n° 3510.

**M. Julien Odoul.** Pourquoi faut-il bannir de ce texte la référence au moyen terme? En premier lieu, elle ne signifie rien pour les soignants. Il ressort des débats en commission spéciale comme de nos entretiens avec des personnels exerçant en unités de soins palliatifs que le moyen terme est indéfinissable, et, partant, source de difficultés pour le personnel médical.

Tirons ensuite les leçons des exemples étrangers, notamment l'exemple belge. En Belgique, la condition liée à l'engagement du pronostic vital à moyen terme a disparu. Aujourd'hui, le véritable critère est celui de la vieillesse. Les polyopathologies et affections chroniques du grand âge – problèmes de vue, polyarthrite et incontinence – constituent la seconde cause d'euthanasie après le cancer.

Il faut nous retrancher derrière quelque chose de sûr et de connu, une notion protectrice: le court terme. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN.*)

**M. le président.** Je suis saisi de deux sous-amendements identiques, n°s 3458 et 3511.

La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir le sous-amendement n° 3458.

**Mme Emmanuelle Ménard.** Je propose de supprimer la notion de moyen terme et de conserver uniquement celle de court terme, en ajoutant la mention « c'est-à-dire [...] moins de sept jours ».

La plupart des soignants s'accordent sur le sens de la notion de court terme, qui désigne la mort imminente. Pour l'Association européenne de soins palliatifs, il s'agit de quelques heures ou de quelques jours; au Québec, de moins de deux semaines.

Donner un contenu quantitatif à cette notion pourrait mettre tout le monde d'accord et nous permettrait d'avancer.

**M. le président.** La parole est à M. Julien Odoul, pour soutenir le sous-amendement n° 3511.

**M. Julien Odoul.** Il convient d'être précis et de donner une durée au court terme. La notion a évolué. Je reprends l'exemple, qui plaira à nos camarades socialistes, du président Mitterrand. (*Protestations sur plusieurs bancs des groupes LFI-NUPES et SOC.*)

**Mme Caroline Fiat.** Cela relève du secret médical!

**M. Julien Odoul.** Pourquoi hurler? Je parle d'un ancien président de votre famille politique, vous devriez avoir un peu de respect!

**M. Marc Le Fur.** Mitterrand dérange?

**M. Karim Ben Cheikh.** Et la santé de l'ancien président du Rassemblement national, on en parle?

**M. le président.** S'il vous plaît, chers collègues! Poursuivez, monsieur Odoul.

**M. Julien Odoul.** Quand on lui a diagnostiqué un cancer de la prostate à l'automne 1981, la maladie, déclarée depuis un an, était en phase avancée. On lui a pronostiqué une espérance de vie comprise entre six mois et trois ans. Cette période de « court ou moyen terme » a finalement duré quatorze ans.

Soyons donc précis. La durée de sept jours a le mérite de la clarté. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN.*)

**M. le président.** La parole est à M. Charles de Courson, pour soutenir le sous-amendement n° 3504.

**M. Charles de Courson.** Nous sommes favorables au retour au texte initial du Gouvernement, à savoir les mots « engageant son pronostic vital », mais les suivants, « à court ou moyen terme », nous divisent.

Il a été souligné en commission spéciale que si la référence au court terme était à peu près claire, il n'en allait pas de même en ce qui concerne le moyen terme. C'est ainsi que certains ont proposé la terminologie de « phase avancée ou terminale », qui n'est guère plus précise.

Pour sortir de ces difficultés, nous pourrions fixer un délai, à l'instar de nos collègues canadiens et américains, qui l'ont arrêté à six mois. Cela suscite d'autres problèmes – l'espérance de vie d'une personne atteinte d'une maladie grave et incurable ne peut être déterminée avec précision –, mais c'est une première piste.

Une seconde piste consisterait, comme l'a évoqué implicitement Mme la ministre, à renvoyer cette question à la HAS, qui définirait une durée pour chaque affection.

En tout état de cause, il faut trancher. Notre sous-amendement propose de retenir, comme l'Oregon et le Canada, un pronostic vital engagé à six mois.

**M. le président.** Je suis saisi de deux sous-amendements identiques, n°s 3456 et 3462.

La parole est à Mme Julie Laernoës, pour soutenir le sous-amendement n° 3456.

**Mme Julie Laernoës.** Puisque nous sommes dans l'incapacité de définir scientifiquement, à ce jour, la notion de moyen terme, nous proposons d'ajouter à l'alinéa 4 celle de long terme. Ainsi, l'aide à mourir serait accessible en cas de pronostic vital engagé « à court, moyen ou long terme ».

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Noëlle Battistel, pour soutenir le sous-amendement n° 3462.

**Mme Marie-Noëlle Battistel.** Nous sommes totalement opposés au rétablissement des mots « à court ou moyen terme ». En effet, aucune des personnes que nous avons auditionnées n'a pu affirmer avec certitude être capable de définir le moyen terme.

De surcroît, cette notion exclut les patients atteints de pathologies neurodégénératives et d'affections dues à un accident – je pense ici au cas de Vincent Humbert –, c'est-à-dire ceux pour lesquels on atteint les limites de la loi Claeys-Leonetti.

Répondrons-nous demain à ceux qui nous diront : « Je ne veux plus continuer à vivre, car l'évolution de la maladie m'empêchera d'être maître des décisions qui me concernent », qu'ils doivent encore attendre et que le court et moyen terme finiront bien par arriver ? Ce serait un comble qu'ils ne puissent bénéficier de ce nouveau droit.

**M. le président.** La parole est à Mme Danielle Simonnet, pour soutenir le sous-amendement n° 3515.

**Mme Danielle Simonnet.** Madame la ministre, n'imposez pas le retour à votre rédaction initiale ! Eu égard à la difficulté du sujet, la commission spéciale a travaillé dans une grande sérénité. Respectez le travail transpartisan qui a été le sien ! Ne fixez pas des conditions si restrictives qu'elles décevront les nombreux Français qui attendent ce texte !

**Mme Justine Gruet.** Nous débattons, c'est la démocratie !

**Mme Danielle Simonnet.** Quelle est votre intention ? Deux interprétations de la notion d'affection grave et incurable sont possibles. Pour nous, elle englobe les affections pathologiques et accidentelles. Qu'en est-il pour vous ? Nous proposons d'ajouter à l'alinéa 4 les mots : « quelle qu'en soit la cause », afin que les affections causées par des accidents soient prises en compte et que les cas similaires à ceux de Vincent Humbert et Vincent Lambert soient couverts.

Quel que soit le sort de ce sous-amendement, nous vous demandons de nous répondre sur votre intention, madame la ministre.

**M. le président.** La parole est à M. Emmanuel Fernandes, pour soutenir le sous-amendement n° 3516.

**M. Emmanuel Fernandes.** Ce sous-amendement vise à prendre en compte les situations stabilisées mais irréversibles. Les personnes ayant besoin de soins actifs et continus pour survivre, à l'image de Vincent Humbert – tétraplégique, aveugle et muet à la suite d'un grave accident –, doivent pouvoir accéder à l'aide à mourir si elles le souhaitent.

Vincent Humbert avait écrit, avec le seul pouce qu'il pouvait encore bouger, une lettre ouverte au président Jacques Chirac l'implorant de lui accorder le droit de mourir. Il serait incongru et déplorable que nous échouions à intégrer dans cette loi des cas semblables au sien. Notre assemblée n'en sortirait pas grandie.

Pouvez-vous garantir, madame la ministre, que les malades souffrant d'affections consécutives à un accident seront éligibles à l'aide à mourir, y compris en cas de rejet du sous-amendement ? (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LFI-NUYES. – Mme Christine Pires Beaune applaudit également.*)

**M. le président.** Tous les sous-amendements à l'amendement n° 2494 ayant été défendus, nous en venons aux amendements suivants de la discussion commune.

La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 1724 .

**Mme Emmanuelle Ménard.** Il est défendu, puisqu'il a le même objectif que le sous-amendement n° 3458 que j'ai défendu tout à l'heure, à savoir retenir la notion de pronostic vital engagé « à court terme, c'est-à-dire à moins de sept jours ».

**M. le président.** Je suis saisi de plusieurs amendements identiques, n°s 203, 351, 865, 1192, 1859 et 2383.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 203.

**M. Thibault Bazin.** Les notions de moyen terme et de phase avancée ne sont pas précises et peuvent faire l'objet de multiples interprétations. Un malade en phase avancée peut vivre plusieurs mois, voire plusieurs années ; il n'est pas forcément en fin de vie, d'où un risque de dérive.

L'objet de cet amendement – auquel je suis très attaché – est donc de substituer à l'expression « en phase avancée ou terminale » l'expression « engageant son pronostic vital à court terme ».

L'amendement du Gouvernement représente un moindre mal, mais avec la référence au moyen terme, il autorise la mort provoquée dans un nombre incalculable de situations.

On est en fin de vie ou on ne l'est pas. Cela s'apprécie à court terme. Cet amendement ambitionne de limiter les dérives possibles.

Je retire l'amendement n° 511, qui était une proposition de repli.

*(L'amendement n° 511 est retiré.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Annie Genevard, pour soutenir l'amendement n° 351.

**Mme Annie Genevard.** Un de nos collègues a présenté un amendement pour exiger du médecin qu'il délivre un pronostic sur l'espérance de vie. L'un des rapporteurs ou Mme la ministre ont contesté que cela soit possible.

Dans ces conditions, comment maintenir la notion de moyen terme, imprécise et sujette à interprétation ? Elle peut viser une période plus ou moins longue. S'y référer place médecin et patient dans l'incertitude.

On sait définir le court terme ; le moyen terme ne peut l'être. Tous les médecins auditionnés l'ont dit très clairement. Que vous ne vouliez pas nous entendre lorsque nous le disons, soit ; mais pourquoi n'entendez-vous pas la parole des médecins ?

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Je viens de vous lire leurs déclarations !

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Juvin, pour soutenir l'amendement n° 865.

**M. Philippe Juvin.** Le moyen terme n'est pas défini. Autoriser l'euthanasie ou le suicide assisté de personnes dont le pronostic vital est engagé à moyen terme ne signifie rien à titre individuel, même si la notion d'engagement à moyen terme peut avoir une réalité statistique sur un grand groupe de patients.

Aucun médecin n'est capable d'établir un pronostic à six, huit ou douze mois, d'autant que les pronostics sont évolutifs, notamment grâce aux nouveaux médicaments. Demain, des traitements qui ne sont pas disponibles aujourd'hui bouleverseront les pronostics pour ceux qui semblent condamnés à moyen terme.

Il faut donc écarter la notion de moyen terme. (*M. Marc Le Fur applaudit.*)

**M. le président.** Sur les amendements identiques n° 203, 351, 865, 1192, 1859 et 2383, je suis saisi par le groupe Les Républicains d'une demande de scrutin public.

Sur les sous-amendements n° 3517 et 3518, je suis saisi par le groupe La France insoumise-Nouvelle Union populaire, écologique et sociale d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à Mme Justine Gruet, pour soutenir l'amendement n° 1192.

**Mme Justine Gruet.** Le texte adopté par la commission spéciale aggrave considérablement le déséquilibre initial des conditions d'accès à l'aide à mourir. Inscrire la possibilité d'accéder à ce dispositif dans une temporalité imprécise et vague ne permet pas d'encadrer suffisamment l'exercice de ce droit.

S'agissant d'un geste aussi grave, l'appréciation du délai ne peut être subjective ou soumise à un biais d'interprétation. Une rédaction imprécise ouvre la voie à des dérives.

Il est difficile d'établir qu'un pronostic vital est engagé à l'horizon de plusieurs mois sans prendre en considération l'évolution de l'état de santé du patient.

La commission spéciale a considérablement assoupli la condition initiale en supprimant la notion de pronostic vital engagé. Or de nombreux patients souffrent d'une maladie grave et incurable sans que leur pronostic vital soit engagé. Cela crée une rupture très grave du point de vue éthique.

Cet amendement vise donc à revenir à une proposition équilibrée : nous conserverions dans la nouvelle rédaction la condition de pronostic vital engagé, mais aussi la notion de court terme, qui évite tout biais d'interprétation.

**M. le président.** L'amendement n° 1859 de M. Patrick Hetzel est défendu.

La parole est à Mme Lisette Pollet, pour soutenir l'amendement n° 2383.

**Mme Lisette Pollet.** La formulation que nous proposons avec cet amendement réintroduit l'un des garde-fous les plus importants du projet de loi. La suppression du critère du pronostic vital engagé à court terme constitue en effet une dérive : une personne atteinte d'un cancer à un stade avancé,

mais avec plusieurs mois, voire plusieurs années d'espérance de vie, ou bien un patient atteint de maladie chronique, pourraient entrer dans le champ d'application du texte.

L'abandon du critère du pronostic vital engagé élargit considérablement le champ d'application de la loi, faisant craindre qu'elle puisse concerner des personnes handicapées. On ne peut régler le problème de la souffrance des plus fragiles en les faisant disparaître, ni les laisser penser qu'il n'y a d'autre perspective raisonnable que la mort. Une telle mesure fera inmanquablement grandir chez eux l'impression de représenter une charge pour la société, voire un sentiment de culpabilité. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN.*)

**M. le président.** La parole est à M. Thierry Frappé, pour soutenir l'amendement n° 2569.

**M. Thierry Frappé.** La phase avancée n'engage pas nécessairement le pronostic vital. Par ailleurs, le moyen terme est une notion très imprécise qui risque de donner lieu à des débats qui n'ont pas encore été tranchés.

Le présent amendement vise à préciser le stade de l'affection en remplaçant les mots « en phase avancée ou terminale » par les mots « avec un pronostic vital engagé à court terme », ce qui permettra aux professionnels de santé d'appréhender plus facilement l'accompagnement dans le cadre de l'aide à mourir. Grâce à ces termes plus précis, nous protégerons mieux l'ensemble des acteurs – les patients comme le corps médical. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN.*)

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 2713 et 2941.

La parole est à M. Dominique Potier, pour soutenir l'amendement n° 2713.

**M. Dominique Potier.** Je vous informe tout d'abord que je retire le n° 2705, car j'ai été convaincu par l'argument selon lequel la formule « moyen terme » était ambiguë.

Je propose, par ce nouvel amendement, une rédaction qui pourrait nous rassembler : « en phase terminale d'une affection grave et incurable avec un pronostic vital engagé dans un futur prévisible ».

(*L'amendement n° 2705 est retiré.*)

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 2941.

**M. Pierre Dharréville.** Dans la version initiale du texte, une personne devait, pour accéder à l'aide à mourir, répondre notamment à la condition suivante : « Être atteinte d'une affection grave et incurable engageant son pronostic vital à court ou moyen terme. »

Aujourd'hui, madame la ministre, vous faites l'erreur de proposer une nouvelle fois cette formulation, telle quelle, alors qu'elle est assez critiquable.

**M. Sébastien Peytavie.** Elle l'a retirée !

**M. Pierre Dharréville.** Les débats en commission spéciale ont largement assoupli un dispositif qui était déjà un peu lâche en supprimant le critère du pronostic vital engagé.

Dans la rédaction actuelle, il ne s'agit donc plus de permettre à une personne malade en fin de vie d'accéder à l'aide à mourir, mais de rendre possible le recours à l'aide à mourir dès le stade avancé d'une maladie – ce qui est bien

différent –, c'est-à-dire même dans le cas où une espérance de vie de plusieurs années ou une rémission est encore envisageable.

La notion de phase avancée transforme donc profondément l'intention première de ce projet de loi, qui devait nous permettre de légiférer sur la fin de vie. L'aide à mourir est désormais une réponse que l'on apporte non plus à la toute fin de vie, de façon spécifique, mais bien en amont de la fin de vie, lorsque la personne est malade.

Alors que ce projet de loi a changé d'objet par rapport à sa version initiale, nous proposons, par cet amendement, de renouer avec l'objectif que suggère le titre du texte en indiquant que l'aide à mourir sera accessible à une personne « en phase terminale d'une affection grave et incurable avec un pronostic vital engagé dans un futur prévisible ».

**M. le président.** La parole est à Mme Géraldine Bannier, pour soutenir l'amendement n° 1723, qui fait l'objet de deux sous-amendements, n° 3493 et 3517.

**Mme Géraldine Bannier.** La formulation « à court ou moyen terme » me pose problème, car il s'agit d'une appréciation temporelle. Or – Proust nous l'a appris – qu'y a-t-il de plus subjectif que l'appréciation du temps qui passe ?

Voilà pourquoi il faut préférer la formulation adoptée en commission, « en phase avancée ou terminale », qui se réfère aux symptômes, ce qui est un peu plus objectif. Ce n'est peut-être pas la solution idéale,...

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

**Mme Géraldine Bannier.** ...mais il me semble possible de déterminer, à partir des symptômes, ce qu'est une phase « avancée ou terminale ».

Mon amendement vise néanmoins à réintroduire le critère du pronostic vital engagé, sous la forme d'une incise, une proposition subordonnée relative qui est toujours préférable à un participe présent. L'alinéa 7 serait donc rédigé ainsi : « Être atteinte d'une affection grave et incurable, qui engage le pronostic vital, en phase avancée ou terminale. »

Il est important de le préciser, car les situations varient selon la nature de l'affection. On peut être atteint d'une affection grave, incurable et en phase avancée mais qui n'entraîne pas la mort, par exemple la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA). Dans un tel cas, le patient ne doit pas avoir accès à l'aide à mourir.

Pour conclure, je veux répéter qu'il faut faire très attention lorsqu'on parle de l'appréciation du temps qui passe, car c'est une notion très subjective.

**M. le président.** La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir le sous-amendement n° 3493.

**Mme Emmanuelle Ménard.** Il vise à compléter l'amendement de Mme Bannier en ajoutant : « à court terme ». Nous l'avons vu, plus le délai est court, plus le pronostic se rapproche de la réalité. Lorsque la survie est évaluée en jours, la précision du pronostic à court terme atteint 87 %. Nos soignants sont donc capables de donner un pronostic à court terme de façon assez précise.

Par ailleurs, selon la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, « un pronostic vital engagé à court terme correspond à une espérance de vie de quelques heures à quelques jours ».

Voilà ce que nous enseigne la littérature médicale à propos du pronostic vital engagé à court terme.

**M. le président.** La parole est à Mme Karen Erodi, pour soutenir le sous-amendement n° 3517.

**Mme Karen Erodi.** Il vise à préciser que l'affection grave et incurable dont la personne doit être atteinte pour avoir accès à l'aide à mourir peut avoir diverses causes. Elles ne sont pas forcément pathologiques mais peuvent aussi être accidentelles.

Il ressort toutefois de nos différents échanges qu'un flou persiste en la matière. Le texte pourrait ne prendre en considération que les affections ayant des causes pathologiques.

Par ce sous-amendement, nous souhaitons préciser que les affections mentionnées à l'article 6 donnent accès à l'aide à mourir, et ce quelle qu'en soit la cause, pathologique ou accidentelle. Sinon, nous excluons certaines personnes, que nous laisserions alors dans une terrible détresse.

Nous souhaitons donc compléter l'alinéa 4 de l'amendement de Mme Bannier par les mots : « et quelle qu'en soit la cause ». (*Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NUPES.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Stéphanie Rist, pour soutenir l'amendement n° 2574, qui fait l'objet d'un sous-amendement, n° 3518.

**Mme Stéphanie Rist.** Il s'agit d'un amendement de repli au cas où l'amendement du Gouvernement ou mon amendement précédent ne seraient pas adoptés.

Il vise à préciser au moins que l'affection engage le pronostic vital du patient.

**M. le président.** La parole est à M. Frédéric Mathieu, pour soutenir le sous-amendement n° 3518.

**M. Frédéric Mathieu.** Il a vocation à enrichir l'amendement présenté à l'instant en ajoutant : « quelles qu'en soient les causes ». Nous souhaitons ainsi inclure dans le dispositif les affections dont l'origine est accidentelle, et pas seulement celles qui sont liées à la maladie.

En l'absence de précision apportée par le Gouvernement, une telle rédaction permettra de mieux apprécier les situations. Cependant, il serait bon que le Gouvernement s'exprime sur cette question et nous donne son avis : je rappelle que l'examen des textes doit permettre aux parlementaires de connaître les intentions du législateur. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LFI-NUPES.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 1735.

**Mme Emmanuelle Ménard.** Je propose de substituer aux mots : « et incurable en phase avancée ou terminale » les mots : « , incurable, en phase terminale et engageant dès lors le pronostic vital à très court terme ».

Je ne reviendrai pas sur la notion de court terme, et nous avons également déjà évoqué longuement la notion de « phase avancée ou terminale ». M. Juvin, qui s'est exprimé à plusieurs reprises sur cette question, nous a

démontré que l'expression « phase avancée » ne correspondait pas à grand-chose. En revanche, la phase terminale a un sens bien précis. Voilà pourquoi je souhaite conserver cette expression.

**M. le président.** La parole est à Mme Annie Vidal.

**Mme Annie Vidal.** Je souhaite retirer mon amendement n° 2439 au profit du n° 2494 du Gouvernement, en espérant que celui-ci sera voté.

Je proposais la rédaction suivante : « engageant son pronostic vital à court terme, tel que défini par la Haute Autorité de santé, ou à moyen terme ». La rédaction proposée par le Gouvernement, qui ne comporte pas la référence à la HAS, me semble beaucoup plus claire. (*Mme Constance Le Grip applaudit.*)

(*L'amendement n° 2439 est retiré.*)

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur l'ensemble des amendements et sous-amendements de cette discussion commune ?

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je vais prendre un peu plus de temps que d'habitude pour vous expliquer pourquoi je suis défavorable, non pas à la notion de pronostic vital engagé, mais à celle de court ou moyen terme. Il faut être très précis.

D'ailleurs, pour rétablir la vérité s'agissant du travail de la commission, la notion de pronostic vital engagé n'a pas disparu en tant que telle. En effet, l'affection grave est définie dans l'exposé des motifs du Gouvernement. À la page 3, vous pouvez lire une définition parfaite de l'affection grave : il s'agit d'une affection qui engage le pronostic vital. En conservant la notion d'affection grave, la commission n'a donc pas remis en cause celle de pronostic vital engagé, même si elle s'y réfère de façon implicite – et je concède qu'il est parfois utile d'être explicite. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes RE et SOC. – M. René Pilato applaudit également.*)

Si vous souhaitez que sur ce point, nous nous autorisions une redondance dans le texte – puisqu'il est beaucoup question, depuis le début de ce débat, de langue française et de grammaire –, sachez que j'y suis favorable.

Vous avez eu l'occasion de constater que même si je travaille depuis de nombreuses années sur ces questions, il m'arrive de douter à propos de tel ou tel sujet. En revanche, je ne doute pas une seule seconde lorsque je vous dis, avec toute ma conviction, que je suis totalement défavorable à l'inscription dans la loi de l'expression « à court ou moyen terme ». Ce ne serait pas seulement une erreur ; ce serait une faute. Je vais tenter de vous expliquer pourquoi.

Afin de poser les termes du débat, je commencerai par citer un très bon document publié en mars 2023 par le ministère chargé de l'organisation et des professions de santé, destiné aux professionnels de santé et intitulé « Fin de vie. Mots et formulations de l'anticipation définis juridiquement ou d'usage coutumier par les professionnels des soins palliatifs ».

Ce document récent explique de façon remarquable ce qu'est la fin de vie. Je cite : « Les chercheurs et les autorités publiques, notamment la Haute Autorité de santé, retiennent habituellement deux définitions de cette notion. La première associe la fin de vie à une estimation de la durée de vie restante : le pronostic vital est engagé à court ou moyen terme. » C'est le choix qu'avait initialement retenu le

Gouvernement. Or, dans aucune loi en Europe – entendez-moi bien – on ne trouve comme critère l'estimation du temps qu'il reste à vivre. Certes, les Américains, dans l'Oregon plus précisément, ont fait ce choix. Ils ont fixé comme limite une période de six mois à vivre, avant de se rendre compte que ce dispositif n'était pas opérant. La limite va donc passer à douze mois, mais ils s'apercevront sans doute que cela ne fonctionne pas davantage. En revanche, je le répète, personne en Europe n'a retenu le critère du temps de vie estimé.

J'en arrive à la seconde définition proposée dans le document du ministère de la santé : « Elle associe la fin de vie à l'évolution d'une pathologie grave qui rentre en phase avancée, potentiellement mortelle (cancer, défaillance d'organes, maladie neurodégénérative, etc.) » Cela nous conduit à la conclusion suivante, toujours dans le même document : « Ces définitions confirment la possibilité d'une double lecture, celle du temps qu'il reste à vivre » – autrement dit la notion de court ou moyen terme, que je rejette totalement – « et celle de la trajectoire de fin de vie, qui fait appel à un temps variable » – c'est la conception que je défends.

J'ai entendu mentionner le Conseil national de l'Ordre des médecins.

J'ai noté le verbatim de l'intervention qu'a faite le président du Conseil national de l'Ordre des médecins devant la représentation nationale : « Le court terme, c'est déjà difficile. Alors le moyen terme, franchement, ce n'est pas raisonnable de se poser cette question, parce qu'on ne le connaît pas. On ne le connaît pas ! D'autre part, il y a des patients atteints de certaines pathologies, dont les maladies neurodégénératives. Il est impossible de dire le terme de vie ou de mort de ce patient et ce n'est pas ce qu'il veut. Pour le patient, ce n'est pas tant le moment de la mort qui importe, mais celui à partir duquel la vie lui sera insupportable, et en cela, on ne voit pas comment on pourrait fixer le terme. Cela doit être du cas par cas. Je ne crois pas que le terme soit une solution et la notion de terme nous rassure fausement. »

Nous avons auditionné une deuxième personne notable : le président de la Haute Autorité de santé, chargée de définir ce qu'est le moyen terme. Soyons clairs : le fait que cette notion ne soit pas définie ne me préoccupe pas. En effet, que la HAS établisse qu'elle correspond à une période de quelques mois, de six mois ou encore de douze mois ne changera rien au problème qui se pose à nous.

Ce problème est le suivant : nous voudrions nous appuyer sur un critère qui dépend du temps qui reste à vivre au patient, c'est-à-dire demander aux médecins d'être des devins, car l'estimation de ce temps cas par cas relève de la magie. Il faut tout de même oser ! Sur ce point, bien que je n'aie pas toujours été d'accord avec lui, je salue la cohérence de Philippe Juvin.

Je préfère faire du médecin non un devin, mais un expert. Je vous lis l'intervention du président de la HAS devant la représentation nationale : « Est-ce qu'il faut inscrire un délai ? Je considère qu'il n'en faut pas, qu'il faut laisser ce délai en termes d'appréciation cas par cas, parce que si nous allons sur le délai, on peut imaginer également les imprécisions et des contentieux que vous pourrez rencontrer si jamais ce délai était franchi. Concernant le moyen terme, nous avons rapidement balayé la littérature scientifique sur le donné – je dis bien rapidement. On n'a pas trouvé actuellement de dispo-

sition sur le plan du droit comparé au niveau international où cette notion de moyen terme était vraiment décrite ou définie. » Et c'est cela qu'on veut nous faire voter ?

Espérant vous avoir convaincus, je conclus, car je ne veux pas abuser de votre temps. On nous dit que la notion de phase avancée ou terminale est inconnue. Ce n'est pas vrai. Jean Leonetti s'y connaît plutôt bien en matière de santé. S'il considérait que ce concept était inconsistant, il ne l'aurait pas fait figurer dans la loi de 2005 qui porte son nom ! (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes RE et SOC.*) Si ce concept était inconsistant, Alain Claeys et Jean Leonetti ne l'auraient pas employé dans la loi de 2016 qui porte leurs deux noms ! (*Mêmes mouvements.*) La phase avancée ou terminale figure dans les deux lois !

Mieux encore : la HAS a publié une note définissant les soins palliatifs et établissant qu'un malade peut y accéder lorsque sa maladie entre dans une phase avancée. (*Exclamations sur divers bancs.*)

**Mme Caroline Fiat.** À court terme !

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Ainsi, si la HAS ignore ce qu'est le moyen terme, elle sait fort bien en quoi consiste la phase avancée d'une affection.

J'entends dire également que la phase avancée n'existe pas. Selon l'exposé sommaire de l'amendement du Gouvernement, il faudrait s'abstenir de faire référence au critère de la phase avancée ou terminale car « cela reviendrait à intégrer [...] nombre de maladies neurodégénératives, par exemple le stade dit avancé de la maladie de Parkinson ou le stade tardif (ou avancé) de la sclérose en plaques. » Ce n'est pas moi qui l'écris, c'est le Gouvernement ! Le terme de phase avancée renvoie donc bien à une réalité !

Je terminerai en évoquant ceux et celles pour qui nous sommes là : les malades. Ce serait bien d'en parler aussi !

**Mme Christine Pires Beaune.** Ce serait très bien, car on parle beaucoup des médecins !

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je me propose de vous lire un communiqué publié par le réseau France Assos santé, qui réunit une centaine d'associations d'usagers de la santé, et par l'Arsla, l'Association pour la recherche sur la sclérose latérale amyotrophique, aussi nommée maladie de Charcot.

L'Arsla ne milite en aucun cas pour l'aide à mourir. Ses membres font un travail remarquable pour développer la recherche et se battent pour que demain, la maladie de Charcot cesse d'être grave et incurable. Pourtant, à l'occasion de nos débats, elle est sortie de la réserve qui lui est naturelle pour dire une chose simple – ce sera ma conclusion, car cette déclaration va dans le sens des propos que je tiens devant vous avec une certaine gravité.

Voici ce qu'indique l'Arsla : « Il faut admettre que la suppression du moyen terme est une avancée essentielle vers l'accès à une fin de vie dans la dignité pour les personnes atteintes de la maladie de Charcot. » Elle conclut, s'adressant aux députés : « Ainsi, revenir à la notion de court ou de moyen terme reviendrait tout simplement à exclure les personnes pour lesquelles cette loi vous semble une évidence : les personnes atteintes de la maladie de Charcot. Nous ne voulons pas être exclus *de facto* de cette loi parce que vous reviendriez à la notion de court ou moyen terme. »

Mes chers collègues, si je suis ici devant vous, c'est évidemment pour faire en sorte que les malades en fin de vie se voient proposer une solution : les soins palliatifs, bien sûr, ainsi que l'aide à mourir. Mais nous ne ferions pas notre travail de législateur, la loi que nous voterons ne serait pas conforme à nos exigences si elle ne répondait pas aux besoins et aux souffrances des malades. Comment pourrions-nous envisager de revenir à la notion de court ou moyen terme, qui exclurait *de facto* un certain nombre de patients, notamment ceux qui sont atteints de la maladie de Charcot ? Ces derniers sont représentatifs de la situation que nous avons pu constater année après année.

Pour toutes ces raisons, je suis très défavorable à l'amendement du Gouvernement. Il faut sans doute trouver une formulation suffisamment claire et explicite. Les amendements défendus respectivement par Stéphanie Rist et Géraldine Bannier, n<sup>os</sup> 2574 et 1723, sont très intéressants.

**M. Pierre Dharréville.** Le mien aussi !

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je les soutiendrai à titre personnel. Je rappelle qu'ils visent à inscrire dans la loi la notion d'affection grave et incurable en phase avancée ou terminale engageant le pronostic vital. Cette formulation est la plus claire, la plus simple et la plus adaptée à notre usage. Elle répondra à la demande des malades et nous pourrions être fiers d'avoir trouvé ensemble ce compromis, cette solution, cette voie de rassemblement. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes RE, LFI-NUPES, Dem, HOR, SOC et Écolo-NUPES.*)

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

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Le rapporteur général a dit l'essentiel. J'aurais pu dire exactement la même chose en d'autres termes, sans doute avec moins de brio.

Je rappelle à ceux qui n'étaient pas présents lors des travaux de la commission spéciale que nous avons pris conscience dès ce moment-là de la difficulté qu'il y avait à interpréter la notion de court ou moyen terme – tout le monde l'a rappelé au cours des auditions.

Le rapporteur général et moi-même avons déposé deux amendements identiques visant à supprimer cette notion, mais l'article 40 nous a empêchés de les défendre en commission spéciale. L'idée de revenir sur ce terme ne nous est donc pas venue spontanément au cours de nos débats.

Par la suite, un amendement a été adopté qui supprimait la référence au court ou moyen terme, et du même coup au pronostic vital engagé à court ou moyen terme, leur préférant la notion de phase avancée ou terminale. Désormais, vous savez tout !

Ma position est celle du rapporteur général, qui a exposé ses arguments. En tant que rapporteure de la commission spéciale, mon avis sera défavorable sur l'amendement du Gouvernement. À titre personnel, je donnerai un avis de sagesse, voire favorable, aux amendements n<sup>os</sup> 1723 de Mme Bannier et 2574 de Mme Rist, que nous avons examinés à la fin de la discussion commune. Ils réintroduisent la notion de pronostic vital engagé sans faire référence au court ou moyen terme. Même si le concept de maladie grave et incurable fait implicitement référence au pronostic vital, cette explicitation est attendue. Le faire figurer parmi les critères d'accès à l'aide à mourir constitue une solution de compromis que je soutiendrai.

**M. le président.** Une précision, madame la rapporteure : votre avis concernant les deux amendements évoqués est-il de sagesse ou favorable ?

**Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure.** Il est favorable.

**M. le président.** Favorable – ou de sagesse « plus plus », suivant la suggestion de Mme la ministre !

Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Le Gouvernement ne s'est en aucun cas assis sur les travaux de la commission spéciale. Nous nous inscrivons dans la logique classique du travail parlementaire. Un amendement auquel j'avais donné un avis défavorable a été voté en commission. Le Gouvernement a donc été battu et cela fait partie de la richesse de la discussion parlementaire. En déposant un amendement pour rétablir le texte initial, je ne fais que respecter la procédure parlementaire.

J'en viens à un autre point : nous devons tous nous astreindre à livrer ici des informations précises. Deux noms reviennent dans nos bouches : ceux de Jean Leonetti et d'Alain Claeys. Dans les lois de 2005 et de 2016, la notion de phase avancée et terminale est associée à celle de court terme, puisque dans la seconde, c'est le concept de pronostic vital engagé qui a remplacé celui de maladie en phase avancée et terminale s'agissant de l'arrêt des traitements. La loi a donc bien évolué à la demande des auteurs de ce texte : Alain Claeys et Jean Leonetti. (*M. Dominique Potier applaudit.*)

C'est si vrai qu'à présent, Alain Claeys nous invite à la vigilance. En effet, dès lors que nous supprimons la référence au pronostic vital engagé, nous posons la question des maladies chroniques, de sorte qu'un patient atteint d'une maladie chronique assortie de complications pourrait se trouver en situation de demander l'aide à mourir. Nous devons donc nous montrer très prudents dans nos propos.

Les deux textes que je vous ai lus sont des avis rendus postérieurement et en réaction aux travaux de la commission spéciale. Je n'ai sollicité ni l'Académie nationale de médecine ni le Conseil national de l'Ordre des médecins. Je me suis contentée de citer des communiqués de presse envoyés pour l'un le 3 juin et pour l'autre le 4.

Je vous relis celui du Conseil national de l'Ordre des médecins : « Le texte amendé par la commission spéciale introduit une notion qui ne permet pas au médecin de déterminer le stade à partir duquel le patient va pouvoir formuler une demande d'aide à mourir [...] »

L'Académie nationale de médecine « estime que le qualificatif de phase avancée est inadapté [...] car il risque d'inclure les personnes atteintes d'une maladie certes *a priori* incurable », mais pas mortelle – par exemple les maladies chroniques. (*M. Cyrille Isaac-Sibille applaudit.*) J'entends la difficulté et je vois d'autant mieux le bien-fondé d'avoir plusieurs lectures. Nous avons en effet besoin de continuer à travailler. Car si tout le monde comprend la notion de pronostic vital – c'est si vrai que dès qu'il se passe quelque chose de grave, on met immédiatement en avant l'engagement ou non du pronostic vital –, qui est incontestablement un élément majeur, et celle de court terme, je reconnais bien volontiers qu'il nous faut encore travailler sur la notion de moyen terme.

**M. Marc Le Fur.** Avec quels moyens ?

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Monsieur Le Fur, ayons le courage d'aller ensemble au bout des choses. On sait tous que quelques heures ou quelques jours, c'est la définition du court terme, et s'en tenir là ne correspondrait pas à l'esprit de ce texte. C'est la raison pour laquelle je maintiens cet amendement du Gouvernement, tout en ayant pleinement conscience de la nécessité de travailler avec la Haute Autorité de santé.

**M. Marc Le Fur.** Assumez, madame la ministre !

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Mais on ne peut pas nous dire que les digues ont sauté tout en refusant tout amendement visant à bien préciser la notion de pronostic vital. Il est essentiel de la rétablir dans le projet de loi. (*Applaudissements sur les bancs du groupe HOR et sur plusieurs bancs du groupe RE.*)

**M. le président.** J'ai sous les yeux la liste des collègues souhaitant s'exprimer. Le temps de parole sera limité à une minute pour que la séance ne dépasse pas trop vingt heures, mais que le vote puisse avoir lieu avant qu'elle soit levée.

La parole est à Mme Christine Pires Beaune.

**Mme Christine Pires Beaune.** Face à une personne atteinte d'une maladie incurable et dont les souffrances sont inapaisables, comment pourrait-on autoriser une aide à mourir si le pronostic vital est engagé d'ici dix mois, mais la refuser si c'est d'ici onze mois ? Je suis attachée à l'égalité des droits partout sur le territoire. Or la notion de moyen terme est indéfinissable, de nombreux médecins nous l'ont confirmé. Selon la docteure Marina Carrère d'Encausse, pas un seul médecin n'est capable de savoir si un patient va mourir dans cinq mois, six mois ou sept mois, à moins d'être un escroc. Lors d'un débat sur la fin de vie qui s'est tenu à Marseille le 10 mai 2023, le docteur Jean Leonetti a reconnu s'être toujours trompé dans ses estimations de pronostic vital. Si le Gouvernement réintroduit la notion de « pronostic vital à court ou moyen terme », beaucoup de malades iront encore à l'étranger ou, s'ils ont le bon réseau, se procureront le produit létal sous le manteau, faute de quoi ils seront tentés de se suicider. Vous nous parlez du Conseil de l'Ordre, madame la ministre, mais n'oubliez pas la Convention citoyenne. J'ai l'impression qu'on veut légiférer pour rassurer les médecins. Pour moi, ce sont les Français qui souffrent qu'il faut rassurer ! Ce sont eux... (*M. le président coupe le micro de l'oratrice, dont le temps de parole est écoulé. – Applaudissements sur les bancs des groupes SOC et LFI-NUPES et sur quelques bancs du groupe RE.*)

**M. le président.** La parole est à M. Jérôme Guedj.

**M. Jérôme Guedj.** Une minute au cœur de l'impasse dans laquelle je crains que nous nous trouvions... J'ai entendu certains nous dire que c'était une ligne rouge, d'autres que ce désaccord conditionnerait leur vote final. Encore une fois, madame la ministre, monsieur le rapporteur général, je vous remercie pour la qualité des éclaircissements que vous nous apportez, mais je les juge encore insuffisants. Dans l'exposé sommaire de votre amendement, madame la ministre, vous prenez quelques exemples pour conforter votre argumentation, mais je ne suis pas pour dresser des listes par pathologie. De toute façon, je ne m'estime pas renseigné par des exemples illustrant ce que signifie le court ou le moyen terme ou bien la phase avancée ou terminale. J'ai rarement loué les vertus du bicamérisme, mais en l'occurrence, je suis très content que la navette nous permette d'avoir le temps de mener la réflexion à son terme. J'espère que vous obtiendrez rapidement une prise de position de la part de la HAS et de

tous ceux qui vont pouvoir éclairer la décision en la matière. À ce stade, je ne sais pas à quoi m'en tenir. J'entends des médecins dire que c'est de toute façon au cas par cas... (M. le président coupe le micro de l'orateur, dont le temps de parole est écoulé.)

**M. le président.** La parole est à Mme Géraldine Bannier.

**Mme Géraldine Bannier.** On comprend que l'adjectif « grave » désigne une affection qui engage le pronostic vital, mais il a une portée très large – c'est d'ailleurs pourquoi il est très utilisé. Il est donc nécessaire d'introduire une subordonnée pour préciser les choses : « une affection grave et incurable, qui engage le pronostic vital ».

**M. Marc Le Fur.** Elle va nous donner des leçons de grammaire, pendant qu'elle y est !

**Mme Géraldine Bannier.** Après avoir qualifié ainsi l'affection, on passerait à la phase symptomatique : « en phase avancée ou terminale ». On définirait ainsi où on en est de la maladie – bien évidemment au cas par cas, puisque chaque maladie et chaque patient a son évolution qui lui est propre. Telle est la rédaction que je propose pour cet alinéa.

**M. Marc Le Fur.** Est-ce une subordonnée relative ? (Sourires)

**M. le président.** La parole est à Mme Geneviève Darrieussecq.

**Mme Geneviève Darrieussecq.** C'est un moment du débat passionnant, mais qui nous incite à beaucoup d'humilité : les sachants ne savent pas tout. Il ne faut pas oublier les malades, leur état et l'évolution prévisible de leur maladie quand c'est possible. Ce sujet est vraiment complexe. J'ai cosigné un amendement dans le même esprit que celui de Géraldine Bannier – classé beaucoup plus loin par le service de la séance – pour essayer de rassembler tout le monde, aussi bien les partisans du court ou moyen terme que ceux de la phase avancée ou terminale. Mais soyons vraiment précautionneux, parce que c'est de l'humain, à l'arrivée.

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cristol.

**Mme Laurence Cristol.** Je voudrais tout d'abord mettre fin à deux malentendus concernant les auditions. Premier malentendu : contrairement à ce que j'ai entendu, la plupart des personnes auditionnées ne se sont pas interrogées sur le moyen terme en soi, mais sur sa définition. Car ce que veulent les soignants, c'est un cadre clair pour que la loi soit applicable. Cela tombe bien, la HAS va le définir dans les mois à venir.

Second malentendu : personne ne demande un délai rigide. La Haute Autorité de santé elle-même nous a dit que ce serait une mauvaise idée de fixer des bornes trop contraignantes. On ne peut pas non plus voir une recherche de précision dans la notion de phase avancée, mais seulement, à la limite, une extension au long terme.

Et puis je m'interroge : alors que beaucoup avaient en tête la notion de phase avancée bien avant ce projet de loi, pourquoi n'ont-ils jamais interrogé les personnes auditionnées sur leur définition de la phase avancée ? (Applaudissements sur quelques bancs du groupe RE.)

Je conclurai par les mots prononcés par Fabrice Gzil lors de son audition : « La question du moyen terme me semble moralement importante. En effet, il existe une grande différence entre hâter la survenue d'un décès dont on sait qu'il va vraisemblablement survenir dans les prochains mois et provo-

quer le décès. » C'est un choix à haut risque, et là est la différence fondamentale entre la notion de phase avancée votée en commission et celle de moyen terme. Je soutiens donc l'amendement gouvernemental. (Applaudissements sur quelques bancs du groupe RE. – Mme Caroline Fiat applaudit aussi.)

**M. le président.** La parole est à Mme Anne-Laurence Petel.

**Mme Anne-Laurence Petel.** Votre amendement, madame la ministre, propose tout simplement d'exclure du champ d'application de la future loi les malades de Charcot ou encore les personnes tétraplégiques comme Vincent Humbert. Or les associations de malades, des professeurs de droit et des professeurs de médecine nous demandent de conserver la rédaction de la commission. N'oublions pas que cette loi est une loi pour les malades, une loi qui leur redonne la parole. La rédaction votée en commission – « une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale » – est en effet plus inclusive, mais elle n'ouvre pas aussi largement l'aide à mourir que certains le prétendent. Elle permet néanmoins, comme l'a rappelé le rapporteur général, d'appliquer le dispositif aux malades les plus emblématiques et de sécuriser juridiquement la loi alors que le moyen terme, qui repose sur le temps qu'il reste à vivre, ferait peser sur les médecins un risque de contentieux. Je précise que l'« affection grave et incurable en phase avancée ou terminale » est une terminologie qui figure dans le code de la santé publique, dans la loi Leonetti, dans la loi Claeyss-Leonetti, ainsi que dans la définition des soins palliatifs donnée par la HAS en 2002. Ce n'est pas le cas de la notion de moyen terme. M. le rapporteur général a proposé une solution de compromis que soutient la rapporteure, et je pense que nous devrions les aider à la concrétiser. (Applaudissements sur quelques bancs du groupe RE.)

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

**Mme Sandrine Rousseau.** Nous soutenons, nous aussi, cette solution de compromis qui rétablit la condition du pronostic vital engagé tout en maintenant la notion de phase avancée ou terminale. Vous l'avez dit vous-même, madame Rist, il n'y a pas de réelle prévisibilité de l'état d'avancement de la maladie selon les personnes atteintes : c'est une courbe de Gauss et il n'est pas possible de prévoir le temps qu'il reste à vivre aux personnes concernées.

Si on prévoit dans la loi la possibilité d'un recours en cas de refus du médecin, le second avis médical sera formulé par un médecin qui ne connaîtra pas le patient et sera donc encore moins en mesure que son collègue d'évaluer la vitesse d'évolution de la maladie et le niveau de résistance du patient. Il est vraiment très important d'assurer une égalité de chances aux personnes qui souhaitent recourir à l'aide à mourir, raison pour laquelle il faut avoir un diagnostic médical et non pas une prévisibilité fondée sur un organisme ou sur une biologie que l'on ne connaît pas. (Applaudissements sur les bancs du groupe Écolo-NUPES.)

**M. le président.** La parole est à Mme Caroline Fiat.

**Mme Caroline Fiat.** Je m'exprime à titre personnel et non au nom de mon groupe. Neuf mois de travaux transpartisans, de réunions intenses et de tables rondes organisées avec des soignants et des associations d'usagers... Je me suis retrouvée à une table ronde avec des soignants qui m'ont dit être favorables à la légalisation de l'aide à mourir, en ajoutant qu'ils ne la pratiqueraient pas. J'ai eu des nœuds au cerveau en essayant de comprendre pourquoi. Et j'ai changé totalement ma vision de la loi à venir : il faut écrire une loi pour les

patients, mais en essayant d'embarquer le plus de soignants possible, parce qu'écrire une loi inapplicable qui conduira finalement les patients à aller en Belgique ou en Suisse faute de soignants disponibles en France, ce n'est pas une solution.

Quant à la notion de moyen terme, il est apparu au cours des auditions qu'il fallait la définir médicalement. Monsieur le rapporteur général, vous avez dit que la loi Claey-Leonetti retenait les critères suivants : maladie incurable à un stade avancé. Mais ladite loi précisait que le pronostic vital devait être engagé à court terme. La HAS a donc défini le court terme et sa définition est acceptée par tous les soignants, y compris les médecins. (*Mme Stéphanie Rist applaudit.*) Je suis sûre qu'ils accepteront de même sa définition du moyen terme. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RE.*)

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

**M. René Pilato.** Madame la ministre, vous n'avez pas donné l'avis du Gouvernement sur les sous-amendements se rapportant à l'amendement gouvernemental, ni sur notre sous-amendement à l'amendement n° 2574 de Mme Rist, qui vise à compléter l'alinéa 4 par les mots « quelle qu'en soit la cause ». Nous aimerions connaître votre position face à de nouveaux cas Humbert.

Enfin, il me semble que la boussole de ce texte, c'est la notion de souffrance insupportable et réfractaire. Dès lors que quelqu'un souffre l'enfer, on ne peut pas lui dire, quelle que soit la réponse de la HAS – et je rejoins sur ce point M. le rapporteur général –, d'attendre trois mois ou six mois alors qu'il ne supporte pas les médicaments et doit courir tout le temps après sa dignité. Dès lors que les critères sont remplis, l'essentiel est de pouvoir lui dire : « Oui, vous n'allez pas attendre trois mois, six mois ou neuf mois sous prétexte que la HAS a évoqué un délai de quelques mois. » (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LFI-NUPES.*)

**M. le président.** La parole est à M. François Gernigon.

**M. François Gernigon.** Personnellement, je pense qu'une maladie en phase avancée n'engage pas forcément le pronostic vital du patient. Il est à cet égard important de réintroduire la notion de court ou moyen terme, et surtout de faire confiance dans ce cas au médecin, seul à même de déterminer la durée du pronostic vital, c'est-à-dire la durée du reste à vivre. J'ai du mal à imaginer qu'on puisse avoir des grilles permettant de fixer la durée du court terme et du moyen terme sur telle ou telle pathologie.

**M. le président.** La parole est à Mme Frédérique Meunier.

**Mme Frédérique Meunier.** Le Gouvernement défend en réalité la notion de temporalité. Mais personne ne peut l'évaluer si elle porte sur le moyen terme ; elle n'est alors pas définissable selon la Haute Autorité de santé et selon les sachants médicaux. Reste le court terme.

Celui-ci renverrait à une décision finale, prise par le médecin, pour établir ou non la fin de vie. Mais du point de vue du patient, c'est moins le moment de la mort qui importe que celui à partir duquel la vie lui serait insupportable. À partir de là, comment fixer un terme ? C'est le patient qui compte. Dans ces conditions, je m'opposerai à l'amendement du Gouvernement. Nous avons étudié ces questions de manière approfondie en commission et je trouve regrettable qu'à chaque fois qu'un amendement modifie le texte du Gouvernement, celui-ci dépose un contre-amendement en séance publique.

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Pas à chaque fois, ce n'est pas vrai !

**M. le président.** La parole est à M. Laurent Panifous.

**M. Laurent Panifous.** Après avoir entendu tous les intervenants, sur tous les bancs, et au vu de ce qui s'est passé en commission, il me semble que les amendements n° 1723 de Mme Bannier et n° 2574 de Mme Rist, qui sont quasiment identiques, offrent le meilleur compromis. Ils visent à insérer, après le mot « incurable », les mots « qui engage le pronostic vital » ou « engageant son pronostic vital », tout en conservant les termes de « phase avancée ou terminale » retenus par la commission. Nous pouvons redire les choses mille fois, cela me semble assez clair. C'est pourquoi je voterai contre l'amendement du Gouvernement, qui revient sur le travail de la commission, et pour l'amendement n° 1723 de Mme Bannier. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe Dem.*)

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

**M. Philippe Juvin.** Lors de mon intervention en discussion générale la semaine dernière, j'expliquais que le projet de loi était mal écrit et qu'une loi mal écrite serait mal appliquée. Je confirme qu'elle est mal écrite,...

**M. Marc Le Fur.** C'est clair !

**M. Philippe Juvin.** ...chacun d'entre nous se référant manifestement à une définition des différents textes qui lui est propre. Nous souhaitons absolument éviter l'expression « moyen terme », qui ne veut rien dire, je le répète.

**Un député du groupe LR.** Eh oui !

**M. Philippe Juvin.** Nous ne pouvons pas accepter un texte où cela figurerait. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LR. – Mme Emmanuelle Ménard applaudit également.*)

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Dharréville.

**M. Pierre Dharréville.** La situation dans laquelle nous nous trouvons est troublante et problématique.

**M. Emmanuel Mandon.** Il a raison !

**M. Pierre Dharréville.** Nous sommes en train de légiférer sur la disposition la plus sensible de ce projet de loi dans des conditions délicates, marquées par la confusion – visiblement, les choses ne sont pas prêtes – et la précipitation – nous allons devoir, avant la levée de la séance, dans quelques minutes, nous prononcer sur une série d'amendements très différents. Ce que propose le rapporteur général s'inscrit dans la continuité du travail de la commission, qui a consisté à définir les conditions d'accès les plus larges possibles. J'avais critiqué la rédaction du Gouvernement car elle ne me semblait pas convenir. Les deux amendements que vous soutenez désormais, monsieur le rapporteur général, ne changent pas le fond des critiques que j'ai émises sur le texte issu de la commission. Au bout du compte, nous serons très loin du consensus qui a présidé à l'élaboration des lois précédentes.

**M. Marc Le Fur.** Eh oui !

**M. Pierre Dharréville.** À mon avis, d'autres amendements qui suivront répondent mieux à la question en restant sur le sujet de la fin de vie. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR. – MM. Emmanuel Mandon et Charles de Courson applaudissent également.*)

**M. le président.** La parole est à M. Charles de Courson.

**M. Charles de Courson.** Monsieur le rapporteur général, vous avez utilisé deux arguments. Premièrement, vous avez expliqué que la suppression par la commission spéciale du critère de l'engagement du pronostic vital n'avait pas de conséquences au motif qu'il était mentionné dans l'exposé des motifs du texte. Votre argument est tout à fait faux. Ce n'est pas l'exposé des motifs, puisque le texte a été modifié par la commission spéciale!

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Pas l'exposé des motifs!

**M. Charles de Courson.** Votre argument ne tient absolument pas, mais ce n'est pas une raison pour ne pas voter en faveur de la réintégration du pronostic vital. Cela aura une conséquence, et c'est la raison pour laquelle nous devons adopter l'amendement de Mme Rist ou celui de Mme Bannier. Mais c'est l'inverse de votre argumentaire, monsieur le rapporteur général.

Deuxièmement, concernant la notion de phase avancée ou terminale, vous avez évoqué les deux lois Leonetti – la première et la seconde, dite Claeyss-Leonetti. D'ailleurs, s'il est tout à fait exact que le concept figure dans d'autres textes, ce n'est pas pour autant transposable à ce projet de loi, parce que nous avons besoin d'une date. Quand vous engagez la sédation profonde, vous n'avez pas forcément besoin de savoir si le décès interviendra dans une semaine ou dans quinze jours, et c'est à court terme. Mais c'est aussi... (*M. le président coupe le micro de l'orateur, dont le temps de parole est écoulé.*)

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

**M. Christophe Bentz.** Madame la ministre, vous finissez de nous convaincre de ne pas voter pour votre amendement et vous nous inquiétez.

**M. Marc Le Fur.** Eh oui!

**M. Christophe Bentz.** Vous avez affirmé, il y a quelques minutes, qu'il fallait retravailler sur la notion de moyen terme. Mais ce n'est pas sérieux! Nous sommes le législateur! Par définition, nous ne pouvons pas nous prononcer sur une notion qui est indéfinie. En plus d'être dangereux, ce texte est flou.

**M. Patrick Hetzel.** Eh oui! Le Gouvernement ne sait pas où il va!

**M. Christophe Bentz.** Je ne vois qu'une seule solution à ce stade, madame la ministre: c'est que vous souteniez et que nous adoptions les sous-amendements et amendements visant à remplacer les mots « en phase avancée ou terminale » par la notion d'engagement du pronostic vital à court terme.

**Un député du groupe RE.** Non, nous n'en voulons pas!

**M. Christophe Bentz.** Quant au moyen terme, nous verrons plus tard – lorsque vous aurez une définition précise. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Emmanuelle Ménard.

**Mme Emmanuelle Ménard.** Madame la ministre, vous souhaitez revenir à la rédaction initiale de l'alinéa 7: « une affection grave et incurable engageant son pronostic vital à court ou moyen terme ». Je suis tout à fait d'accord pour rétablir le critère du pronostic vital engagé. Concernant le court ou moyen terme, nous avons eu l'occasion d'en parler à

de nombreuses reprises: la seule notion définie et sur laquelle les médecins s'accordent est le court terme. Le moyen terme n'est pas défini, et tout le monde ici, y compris sur les bancs de la gauche, reconnaît que cela n'a aucun sens. Les médecins le disent aussi, et vous avez vous-même demandé à la Haute Autorité de santé de définir cette notion.

Comment pourrions-nous nous prononcer sur un terme qui n'est pas défini et sur lequel la Haute Autorité de santé donnera son avis dans quelques mois, si tout va bien? Ce n'est pas sérieux! Vous ne pouvez pas demander au législateur d'adopter une disposition qui ne correspondra peut-être pas à ce que nous avons en tête lorsqu'elle rendra son avis. Nous devons supprimer le moyen terme – c'est la seule possibilité pour que nous adoptions l'amendement.

**M. le président.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, présidente de la commission spéciale.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, présidente de la commission spéciale.** Je soutiens la réécriture initiale et je soutiendrai l'amendement du Gouvernement. D'abord, ce critère en comprend deux. Dans la réécriture de la commission, qui utilise les termes « affection grave et incurable », le pronostic vital engagé est implicite. Il doit figurer explicitement dans le projet de loi – les exposés des motifs disparaissent dans le texte final. Il est donc essentiel de rétablir le pronostic vital engagé. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RE. – MM. Dominique Potier, Charles de Courson et Thomas Ménagé et Mme Justine Gruet applaudissent également.*)

Nous savons ce qu'est une maladie grave et incurable: très clairement, cela signifie ouvrir l'accès à l'aide à mourir à des personnes souffrant de pathologies chroniques, ce qui n'est pas l'objet du projet de loi tel qu'il a été pensé.

**M. Dominique Potier.** Exactement!

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, présidente de la commission spéciale.** Le deuxième critère se rapporte à la temporalité. Je m'adresse à tous ceux qui affirment que le moyen terme n'est pas défini, et que tous les médecins l'ont dit lors des auditions. J'ai participé comme vous aux auditions et je ne crois pas avoir entendu tous les médecins le dire. D'abord, j'appuierai les propos tenus par Laurence Cristol.

**Mme Annie Vidal.** Exactement!

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, présidente de la commission spéciale.** Ce n'est pas la question qui a été posée – nous ne l'avons pas posée dans ces termes. Je crois avoir entendu Régis Aubry dire qu'il croyait au colloque singulier et à la relation entre le patient et le médecin et qu'il ne fallait pas définir ce qu'était le moyen terme. Je ne répéterai pas ce qu'ont affirmé Mme la ministre et d'autres sur le communiqué du 3 juin de l'Académie de médecine et sur celui du 5 juin du Conseil national de l'Ordre des médecins.

**M. Marc Le Fur.** Supprimez le moyen terme!

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, présidente de la commission spéciale.** Je rappelle que la loi Claeyss-Leonetti n'avait pas défini ce qu'était le court terme. C'est la Haute Autorité de santé qui l'a fait quelques mois plus tard. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RE. – M. Dominique Potier applaudit également.*)

Cela n'avait pas gêné ceux qui ont voté la loi à l'époque. La ministre a anticipé puisqu'elle a déjà demandé l'avis de la Haute Autorité. Ainsi, avant que le travail parlementaire arrive à son terme – nous en avons au moins pour dix-huit

mois –, nous aurons la réponse sur ce qu'est selon elle le moyen terme. Je suis désolée, je ne crois pas qu'il appartienne au législateur d'énoncer ces avis dans la loi.

Le cheminement sur le court et le moyen terme a été enclenché par la loi Claeys-Leonetti elle-même : elle ne mentionne pas uniquement la phase avancée et terminale, mais aussi le court terme. Les travaux se sont poursuivis. Le CCNE – M. Claeys fait partie des personnes qui ont rendu l'avis n° 139 – s'intéresse désormais au moyen terme. C'est l'objet du texte que nous examinons.

Je m'inscris en faux contre l'argument selon lequel le rétablissement de la rédaction initiale interdirait l'accès à l'aide à mourir aux personnes souffrant de la maladie de Charcot. Nous savons bien que c'est faux : nous ne devons pas laisser entendre une telle chose aux malades.

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Ce sont eux qui le disent !

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, présidente de la commission spéciale.** Ils le savent très bien. Je ne sais pas s'il faut classer les maladies et considérer que certaines seraient plus représentatives que d'autres. Ce projet de loi s'adresse à toutes les maladies graves et à tous les malades. (*M. Marc Le Fur s'exclame*). Je ne pense pas qu'il faille sanctuariser certains malades plus que d'autres.

Enfin, en termes de temporalité, la phase avancée correspond non pas au moyen terme, mais au long terme. Pour certains malades, un cancer en phase avancée peut durer très longtemps. Je soutiens donc l'amendement du Gouvernement. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe RE. – MM. Cyrille Isaac-Sibille et Dominique Potier applaudissent également.*)

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

**M. Olivier Falorni, rapporteur général.** Je serai très bref. Je préciserai que je suis défavorable, vous l'avez compris, à l'amendement du Gouvernement qui restaure le critère de moyen terme. Comme nous l'avons entendu partout, celui-ci suscite une opposition – c'est le moins qu'on puisse dire. Ma collègue rapporteure et moi-même soutenons les amendements n° 1723 de Géraldine Bannier et n° 2574 de Stéphanie Rist. (*M. Gilles Le Gendre applaudit.*)

**Mme Élise Leboucher.** Avec le sous-amendement !

**M. le président.** Nous allons procéder au scrutin et nous commençons par les sous-amendements n° 3457 et identiques, qui font l'objet d'un scrutin public et qui ont reçu des avis défavorables. (*Exclamations sur de nombreux bancs.*)

**Un député du groupe LR.** Il faudrait les afficher !

**M. le président.** Il s'agit des sous-amendements n° 3457, 3461, 3512 et 3522.

### Rappel au règlement

**M. le président.** La parole est à M. Hadrien Clouet, pour un rappel au règlement.

**M. Hadrien Clouet.** Monsieur le président, nous souhaiterions que vous rappeliez le nom des signataires de chaque sous-amendement, afin que nous puissions toutes et tous être au clair au moment de nous prononcer – nous devons en effet voter sur un grand nombre de sous-amendements et

d'amendements d'affilée. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NUPES et sur quelques bancs des groupes Dem et SOC.*)

### Article 6 (suite)

**M. le président.** Nous commençons donc par les sous-amendements aux amendements n° 2494 et identiques.

**M. le président.** Je mets aux voix les sous-amendements identiques n° 3457 de Mme Julie Laernoës, 3461 de M. Stéphane Delautrette, 3512 de M. Hadrien Clouet et 3522 de M. Gilles Le Gendre.

(*Il est procédé au scrutin.*)

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

Nombre de votants .....	119
Nombre de suffrages exprimés .....	118
Majorité absolue .....	60
Pour l'adoption .....	42
contre .....	76

(*Les sous-amendements identiques n° 3457, 3461, 3512 et 3522 ne sont pas adoptés.*)

**M. Laurent Croizier.** Pouvez-vous aussi rappeler les avis, monsieur le président ?

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 3513 de Mme Élise Leboucher, sur lequel la commission et le Gouvernement ont émis un avis défavorable.

(*Il est procédé au scrutin.*)

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

Nombre de votants .....	119
Nombre de suffrages exprimés .....	118
Majorité absolue .....	60
Pour l'adoption .....	25
contre .....	93

(*Le sous-amendement n° 3513 n'est pas adopté.*)

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 3514 de M. René Pilato, qui a recueilli les mêmes avis que le précédent.

(*Il est procédé au scrutin.*)

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

Nombre de votants .....	117
Nombre de suffrages exprimés .....	117
Majorité absolue .....	59
Pour l'adoption .....	24
contre .....	93

(*Le sous-amendement n° 3514 n'est pas adopté.*)

**M. le président.** Nous en venons aux sous-amendements identiques n<sup>os</sup> 3482 de M. Patrick Hetzel et 3506 de M. Marc Le Fur, sur lesquels les avis sont également défavorables.

*(Les sous-amendements identiques n<sup>os</sup> 3482 et 3506 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je mets maintenant aux voix les sous-amendements identiques n<sup>os</sup> 3447 de M. Patrick Hetzel, 3459 de Mme Emmanuelle Ménard, 3505 de M. Christophe Bentz et 3510 de M. Julien Odoul, qui ont recueilli des avis défavorables.

*(Les sous-amendements identiques n<sup>os</sup> 3447, 3459, 3505 et 3510 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Nous en venons à d'autres sous-amendements identiques ayant recueilli des avis défavorables, le n<sup>o</sup> 3458 de Mme Emmanuelle Ménard et le n<sup>o</sup> 3511 de M. Julien Odoul.

*(Les sous-amendements identiques n<sup>os</sup> 3458 et 3511 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n<sup>o</sup> 3504 de M. Charles de Courson.

*(Le sous-amendement n<sup>o</sup> 3504 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix les sous-amendements identiques n<sup>os</sup> 3456 de Mme Julie Laernoës et 3462 de M. Stéphane Delautrette.

*(Il est procédé au scrutin.)*

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

Nombre de votants .....	120
Nombre de suffrages exprimés .....	115
Majorité absolue .....	58
Pour l'adoption .....	16
contre .....	99

*(Les sous-amendements identiques n<sup>os</sup> 3456 et 3462 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n<sup>o</sup> 3515 de Mme Élise Leboucher.

*(Il est procédé au scrutin.)*

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

Nombre de votants .....	113
Nombre de suffrages exprimés .....	111
Majorité absolue .....	56
Pour l'adoption .....	21
contre .....	90

*(Le sous-amendement n<sup>o</sup> 3515 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n<sup>o</sup> 3516 de M. René Pilato, sur lequel commission et Gouvernement ont émis un avis défavorable.

*(Il est procédé au scrutin.)*

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

Nombre de votants .....	114
Nombre de suffrages exprimés .....	113
Majorité absolue .....	57
Pour l'adoption .....	22
contre .....	91

*(Le sous-amendement n<sup>o</sup> 3516 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 2494 du Gouvernement, 674, 775, 956, 1279, 2176, 2664, 3085 et 3326 – je vous épargne le nom de leurs auteurs.

*(Il est procédé au scrutin.)*

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

Nombre de votants .....	122
Nombre de suffrages exprimés .....	100
Majorité absolue .....	51
Pour l'adoption .....	24
contre .....	76

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 2494, 674, 775, 956, 1279, 2176, 2664, 3085 et 3326 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je mets maintenant aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 1724 de Mme Emmanuelle Ménard.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 1724 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 203, 351, 865, 1192, 1859 et 2383.

*(Il est procédé au scrutin.)*

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

Nombre de votants .....	98
Nombre de suffrages exprimés .....	93
Majorité absolue .....	47
Pour l'adoption .....	26
contre .....	67

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 203, 351, 865, 1192, 1859 et 2383 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 2569 de M. Thierry Frappé.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 2569 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix deux amendements identiques, n<sup>os</sup> 2713 de M. Dominique Potier et 2941 de M. Pierre Dharréville.

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 2713 et 2941 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Nous en venons à deux sous-amendements portant sur l'amendement n<sup>o</sup> 1723. Nous commençons par le n<sup>o</sup> 3493 de Mme Emmanuelle Ménard.

*(Le sous-amendement n<sup>o</sup> 3493 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets maintenant aux voix le sous-amendement n° 3517 de M. Hadrien Clouet.

*(Il est procédé au scrutin.)*

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

Nombre de votants .....	115
Nombre de suffrages exprimés .....	111
Majorité absolue .....	56
Pour l'adoption .....	22
contre .....	89

*(Le sous-amendement n° 3517 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Nous arrivons à l'amendement n° 1723 de Mme Géraldine Bannier, qui a recueilli un avis favorable de M. le rapporteur général et de Mme la rapporteure et un avis défavorable du Gouvernement.

**Mme Catherine Vautrin, ministre.** Sagesse !

*(L'amendement n° 1723 est adopté ; en conséquence, l'amendement n° 2574 et le sous-amendement n° 3518 ainsi que l'amendement n° 1735 tombent.)*

**M. le président.** La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

#### ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

**M. le président.** Prochaine séance, ce soir, à vingt et une heure quarante-cinq :

Suite de la discussion du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie.

La séance est levée.

*(La séance est levée à vingt heures vingt.)*

*Le directeur des comptes rendus*

Serge Ezdra