

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2023-2024

234^e séance

Compte rendu intégral

2^e séance du vendredi 7 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 MME YAËL BRAUN-PIVET

1. Accompagnement des malades et de la fin de vie (p. 5151)

DISCUSSION DES ARTICLES (suite) (p. 5151)

Article 6 (suite) (p. 5151)

Amendements n^{os} 2212, 2506, 3332, 2596, 1150, 1122, 2213, 1457, 2507, 1235, 1351, 2174, 426.

Sous-amendement n^o 3499

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure de la commission spéciale

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

2. Souhaits de bienvenue à une délégation étrangère (p. 5151)

Mme la présidente

3. Accompagnement des malades et de la fin de vie (suite) (p. 5152)

Article 6 (suite) (p. 5152)

Rappel au règlement (p. 5155)

Mme Cécile Rilhac

Article 6 (suite) (p. 5155)

Amendements n^{os}, 1449

Sous-amendements n^{os} 3519, 3531

Amendement n^o 2341

Sous-amendement n^o 3532

Amendements n^{os} 2473, 2472, 492, 2977, 2214

M. Olivier Falorni, rapporteur général de la commission spéciale

Mme Agnès Firmin Le Bodo, présidente de la commission spéciale

Amendements n^{os} 1812, 1813, 1890, 3194, 913, 79, 2300, 2440, 2704, 158, 72, 73, 1932, 2303, 74, 159, 389, 657, 160, 1523, 658, 3358, 452, 1708, 454, 1102, 1798, 1801, 3190

Rappel au règlement (p. 5171)

Mme Emmanuelle Ménard

Article 6 (suite) (p. 5171)

Amendements n^{os} 659, 826, 2824, 2567, 2393

Suspension et reprise de la séance (p. 5173)

APRÈS L'ARTICLE 6 (p. 5173)

Amendement n^o 491

ARTICLE 7 (p. 5174)

Mme Anne Brugnera

M. José Beaurain

Mme Élise Leboucher

M. Thibault Bazin

M. Jérôme Guedj

M. Christophe Bentz

M. René Pilato

Mme Sandrine Rousseau

M. Dominique Potier

Amendements n^{os} 93, 161, 589, 660

Mme Laurence Cristol, rapporteure de la commission spéciale

Amendements n^{os} 196, 2338, 1526, 1740, 162, 1742, 80, 163, 584, 3198, 583, 719, 582, 1527, 77, 899, 3196, 78, 1969, 937, 2179, 3280, 212, 2444, 585, 3199, 707, 892, 1528, 164, 936, 3200, 255, 2045, 3043, 256, 2445, 84, 1744, 720, 991, 3201, 1701, 165, 2049, 2134, 2598, 845, 2215, 2509, 2480, 2476, 1353

4. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 5189)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTICE DE MME YAËL BRAUN-PIVET

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à quinze heures dix.)

Mme la présidente. Je vous prie de m'excuser pour ce léger retard. J'étais avec une délégation de la Chambre des représentants des États-Unis, que je vous inviterai à saluer dans quelques instants lorsqu'elle sera présente dans les tribunes.

1

ACCOMPAGNEMENT DES MALADES ET DE LA FIN DE VIE

Suite de la discussion d'un projet de loi

Mme la présidente. 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^{os} 2462, 2634).

DISCUSSION DES ARTICLES *(suite)*

Mme la présidente. Ce matin, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles du projet de loi et commencé d'examiner, à l'article 6, les amendements n^{os} 2212 à 426 en discussion commune.

Article 6 *(suite)*

Mme la présidente. Ces amendements ont été présentés par leurs auteurs.

Je rappelle que l'amendement n^o 1235 fait l'objet d'un sous-amendement n^o 3499.

La parole est à Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure de la commission spéciale pour les articles 4 *quater* à 6, afin de donner l'avis de la commission sur ces amendements.

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure de la commission spéciale. Nous avons longuement débattu des directives anticipées, et je sais combien il est important pour certains d'entre vous d'inscrire ce sujet majeur dans le projet de loi. Vos raisons sont diverses, légitimes et motivées, mais il n'a pas sa place à l'article 6, notamment parce que celui-ci fixe comme cinquième condition pour accéder à l'aide à mourir de présenter une capacité de discernement, une conscience libre et éclairée, un libre arbitre, et ce à toutes

les étapes de la procédure, de la demande jusqu'au geste légal – la personne doit être en capacité de réitérer son choix ou d'y renoncer.

Le projet de loi ne prévoit pas le cas dans lequel une personne malade, en souffrance, recevrait l'accord pour une aide à mourir, mais perdrait conscience entre l'obtention de cet accord et le geste légal. Il est vrai que cette situation pose des questions et nous nous sommes interrogés nous aussi, mais le texte n'y répond pas à ce stade. Je suggère que nous y travaillions dans le cadre de la deuxième lecture. Si nous envisageons un jour d'intégrer les directives anticipées dans la loi, nous devons prévoir au moins des procédures et des conditions très strictes, encadrées, pour des cas particuliers. Ce n'est pas le cas à ce stade. Je suis donc défavorable aux amendements.

Mme la présidente. 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. Comme Mme la rapporteure, je comprends parfaitement l'inquiétude de celles et ceux qui demandent la prise en compte des directives anticipées. Ils s'interrogent sur le cas dans lequel une personne perd sa lucidité et ne peut plus exprimer son discernement. Je dois à la représentation nationale de reconnaître que le projet de loi ne répond pas à cette situation puisqu'il a fait le choix de privilégier la volonté réitérée du patient, en vertu des cinq conditions cumulatives fixées par l'article 6. Nous le verrons lorsque nous entrerons dans le détail de la procédure : le texte prévoit la consultation du patient jusqu'au dernier moment. On lui demandera d'exprimer sa volonté jusqu'au moment de l'absorption de la substance létale.

En l'état : c'est incontestable, le texte ne répond pas à toutes les questions, mais les amendements modifieraient entièrement l'approche que nous avons choisie. Nous devons néanmoins continuer de travailler sur ce sujet – nous y reviendrons à l'article 8. Pour l'heure, il n'a pas sa place à l'article 6.

2

SOUHAITS DE BIENVENUE À UNE DÉLÉGATION ÉTRANGÈRE

Mme la présidente. Chers collègues, au moment où nous célébrons le quatre-vingtième anniversaire du Débarquement en Normandie, nous avons le plaisir de souhaiter la bienvenue à une importante délégation de la Chambre des représentants des États-Unis d'Amérique, conduite par M. Steve Scalise, chef de la majorité parlementaire ; vous reconnaîtrez également Mme la speaker émérite Nancy Pelosi, qui est à ses côtés. *(Mmes et MM. les députés et les*

membres du Gouvernement se lèvent et applaudissent longuement.) Nous savons ce que nous leur devons. Merci à vous et bienvenue à l'Assemblée nationale.

3

ACCOMPAGNEMENT DES MALADES ET DE LA FIN DE VIE (suite)

Mme la présidente. Nous poursuivons la discussion du projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie.

Article 6 (suite)

Mme la présidente. De nombreux orateurs souhaitent intervenir sur cette discussion commune ; leur nombre ne pourra excéder deux par groupe.

La parole est à M. Sébastien Peytavie.

M. Sébastien Peytavie. Nous avons déjà commencé à débattre des directives anticipées, et je vais expliquer pourquoi leur usage, dans ce cadre, pose problème. Nous avons abordé la question du validisme : quand on est en pleine possession de ses moyens, il peut être difficile d'envisager la réalité d'un handicap et la perte de certaines capacités tant cognitives que physiques. Quand on écrit ses directives anticipées en pleine possession de ses moyens, on peut avoir du mal à imaginer ce qu'on sera capable de supporter : on peut se dire que certaines situations sont insurmontables.

Par exemple, quand on demande à des patients atteints de la maladie de Charcot à quel moment ils voudront que ça s'arrête, beaucoup répondent qu'il leur sera impossible de continuer lorsqu'ils seront en fauteuil ; et pourtant, quand ils se retrouvent dans un fauteuil adapté, ils se rendent compte qu'ils peuvent continuer.

M. Marc Le Fur. Très juste !

M. Sébastien Peytavie. De même, ils redoutent le moment où ils seront alités ; mais une fois alités et bien entourés, ils réalisent, une fois de plus, qu'ils peuvent continuer. Il importe donc qu'on puisse vérifier à chaque étape que les volontés de la personne, exprimées de manière libre et consciente, n'ont pas changé. Tel est l'équilibre qu'il nous faut trouver, car le texte doit concilier deux types de limites très différentes : d'un côté, celles de la science, de la médecine, et de l'autre, celles de la personne, que nous ne pouvons pas mettre de côté.

Utiliser les directives anticipées, même si elles sont réévaluées tous les trois ans ou régulièrement, risquerait donc de poser problème et ne me semble pas opportun. À mon sens, il nous faut néanmoins inventer quelque chose pour un cas particulier : celui d'une personne qui a formulé une demande – celle-ci ayant été validée – mais n'est plus en mesure de la confirmer. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LR et Dem, ainsi que sur plusieurs bancs du groupe RE. – M. Charles de Courson applaudit également.*)

M. Thibault Bazin. Il a raison, M. Peytavie !

M. Philippe Juvin. Il a toujours raison ! (*Sourires.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Le Gendre.

M. Gilles Le Gendre. J'ai écouté avec la plus grande attention les arguments avancés par la ministre. Certes, le texte n'évoque pas – pour le moment – les directives anticipées ; mais précisément, nous sommes là pour le faire évoluer (*Applaudissements sur les bancs du groupe RE*), même si nous ne pouvons le faire que pour d'excellentes raisons. L'introduction de l'aide à mourir dans les directives anticipées doit se faire avec la plus grande prudence : nous y allons, tous, pour ceux qui y sont favorables, avec la main tremblante,...

Mme Sophie Errante. Oui, tout à fait !

M. Gilles Le Gendre. ...car nous ne sommes pas des irresponsables. Nous mesurons parfaitement la gravité qui serait attachée à l'introduction d'une telle mesure dans la loi. Néanmoins, si les amendements qui nous ont été présentés, dans cette première discussion commune sur le sujet, ont le mérite d'ouvrir le débat dans des termes tout à fait responsables et mesurés, je considère qu'ils sont encore trop larges et qu'il faut adopter une approche beaucoup plus restrictive. De même que le texte prévoit l'exception d'euthanasie, nous pourrions très bien imaginer l'exception de directives anticipées. (*M. Jérôme Guedj et Mme Élise Leboucher applaudissent.*) C'est le sens de l'amendement n° 2341 que je défendrai tout à l'heure, lors de la deuxième discussion commune ayant trait à ce sujet. Nous pouvons déjà voter les amendements en discussion pour manifester notre volonté en faveur des directives anticipées, mais je pense qu'il nous faut entrer davantage dans le détail du dispositif, afin de mieux l'encadrer. (*Mme Sophie Errante et M. Joël Giraud applaudissent.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Juvin.

M. Philippe Juvin. En théorie, je peux comprendre la construction intellectuelle qui conduit quelqu'un à demander que le « bénéfice » – si je puis me permettre d'utiliser ce terme – du suicide assisté ou de l'euthanasie puisse lui être accordé s'il n'est pas en état de le demander, parce qu'il aura formulé cette requête dans ses directives anticipées. Toutefois, si nous mettons le doigt dans cet engrenage, nous nous heurtons immédiatement à des limites considérables qui nous font comprendre qu'un tel dispositif n'est absolument pas souhaitable.

Premièrement, la demande de mort est fluctuante. On le sait bien et le cas de l'Oregon est là pour nous le rappeler : parmi les gens qui vont chercher des pilules à la pharmacie pour s'administrer la mort – preuve qu'ils veulent mourir ! –, 35 % les laissent dans un tiroir et ne les prennent pas. Au dernier moment, ils renoncent à mourir. Si cela dépendait de directives anticipées écrites six mois ou dix ans auparavant, ils ne pourraient pas dire non !

Une deuxième raison s'oppose à l'utilisation des directives anticipées : quand une personne en a rédigé, on ne sait pas dans quelles conditions elle l'a fait. Peut-être y avait-il quelqu'un qui regardait par-dessus son épaule,...

M. François Cormier-Bouligeon. Dans ce cas, on les supprime !

M. Philippe Juvin. ...lui dictant ses volontés. Quand on écrit ses directives anticipées sur un papier simple, aucun huissier n'est présent ! C'est un vrai problème : les utiliser serait très dangereux. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Turquois.

M. Nicolas Turquois. C'est un point central. Vous l'aurez compris, je suis favorable à une ouverture du droit vers l'aide à mourir. Cependant, je veux être très vigilant : je souhaite qu'elle ne puisse pas s'appliquer à des personnes par-devers elles. Les directives anticipées, comme vient de le dire posément et très justement notre collègue Juvin, sont rédigées bien en amont, dans des conditions qui peuvent être devenues caduques au moment présent, outre qu'elles peuvent avoir été inspirées par d'autres personnes. Je suis absolument défavorable à leur usage, même si je mesure que cela exclut de fait certaines situations. Entre deux écueils, je préfère celui qui protège les personnes les plus fragiles.

Je voudrais par ailleurs vous faire part d'un témoignage. Il y a quelques mois, je me suis rendu dans l'unité de vie protégée (UVP) d'un Ehpad, et la directrice m'a présenté deux personnes qui s'étaient mises en couple sur place ; manifestement, elles étaient heureuses. Pourtant, elles n'étaient plus en mesure de reconnaître leurs proches, ce dont ces derniers souffraient certainement. Je ne sais pas si elles avaient rédigé des directives anticipées mais si c'est le cas, elles n'y auraient peut-être plus souscrit ! Je le répète : je suis totalement défavorable à l'usage des directives anticipées dans le cadre de l'aide à mourir.

Mme la présidente. Je prends deux prises de parole par groupe, mais essayez de vous en tenir à une minute d'intervention.

M. Hadrien Clouet. Bien sûr, madame la présidente !

Mme la présidente. Ce n'est pas ce que j'observe depuis le début de la séance !

La parole est à M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj. Hier, nous pensions faire face à une impasse au moment de choisir entre un « pronostic vital engagé à court ou moyen terme » et une affection « en phase avancée ou terminale », mais nous avons été capables de mettre un pied dans la porte en produisant une formulation différente de celle qui avait été proposée au départ.

Aujourd'hui, nous faisons face à un dilemme, dont les termes ont été rappelés par les orateurs qui m'ont précédé. Je penchais naturellement pour écarter les directives anticipées au nom de la sacralisation du consentement libre et éclairé, qui doit pouvoir être vérifié à chaque étape. Mais ce faisant, nous préparions une loi qui ne répondrait pas à certaines situations, des situations qui, si elles n'étaient pas prises en compte, deviendraient tonitruantes dans le débat public. Je regrette qu'en commission spéciale, nous n'ayons pu aller jusqu'au bout de ce que nous aurions dû faire, mais vraiment, je nous appelle à faire preuve de la même intelligence collective qu'hier, soit maintenant, soit à l'occasion de la navette, en entérinant ce principe d'une « exception de directives anticipées » – j'aime bien cette expression de notre collègue Gilles Le Gendre.

Je défendrai plus tard un amendement – n° 2214 – concernant les pertes de discernement liées à des affections accidentelles, en particulier le cas de personnes tombées dans le coma et qui ne peuvent plus, par définition, exprimer leur consentement libre et éclairé.

M. François Cormier-Bouligeon. Très bien !

M. Jérôme Guedj. Je ne sais pas si l'examen des différents amendements nous permettra d'aller au bout de ce travail ; en effet, tels qu'ils sont rédigés, aucun n'embrasse l'ensemble de

ces situations. Nous devons en discuter et, le sujet n'étant pour le moment pas traité, j'apprécie, madame la ministre, que vous laissiez les parlementaires trouver la bonne solution, ici puis dans le cadre de la navette, pour que le texte ne nous revienne pas à la figure, si j'ose dire – on dirait alors que nous n'avons pas bien légiféré. (*M. François Cormier-Bouligeon applaudit.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Emmanuel Fernandes.

M. Emmanuel Fernandes. Sur ce sujet spécifique, les membres de mon groupe voteront en leur âme et conscience ; personnellement, je suis très favorable à ce que les directives anticipées puissent permettre de déclencher le processus d'aide à mourir. L'un de ces amendements m'intéresse tout particulièrement : c'est celui de notre collègue alsacien Bruno Fuchs, le n° 1235. Comme il nous l'a expliqué, il s'agit d'un amendement citoyen, émanant d'une initiative menée dans sa circonscription, dans la belle ville alsacienne de Mulhouse – c'est d'ailleurs l'occasion pour moi de saluer tous mes camarades haut-rhinois, qui sont en ce moment même sur le terrain, battant campagne pour Manon Aubry en vue des élections de ce dimanche. (*Exclamations sur divers bancs.*)

M. Philippe Vigier. Pas terrible !

M. Emmanuel Fernandes. J'ai moi-même organisé une agora citoyenne dans la ville d'Illkirch-Graffenstaden, dans ma circonscription, et je le répète : l'utilisation des directives anticipées dans le cadre de l'aide à mourir est une revendication qui vient du terrain. Je l'ai entendue dans toutes les réunions que j'ai organisées et lors des rencontres que j'ai faites sur les marchés, lorsque le sujet était abordé. Oui, nous devons trouver une rédaction qui permette de garantir que les directives anticipées seront prises en compte au moment d'activer l'aide à mourir. C'est une tâche à laquelle notre assemblée doit s'employer, car il nous faut à la fois protéger les patients et élargir cette liberté. Comment imaginer que le moment venu, on puisse contraindre des personnes qui ont déclaré vouloir bénéficier de l'aide à mourir à endurer des souffrances qu'elles ont expressément – et en conscience – demandé à ne pas subir ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NUPES. – M. Gilles Le Gendre applaudit également.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Charles de Courson.

M. Charles de Courson. Nous avons déjà discuté de cette affaire et nous avons rejeté l'utilisation des directives anticipées, à juste raison. En effet, de nombreux collègues l'ont dit : une directive anticipée peut avoir cinq ans, dix ans !

Mme Danielle Simonnet. On propose de limiter à trois ans !

M. Charles de Courson. Je ne vous ai pas interrompue madame Simonnet. J'adore votre expression, mais tout de même ! Je disais donc qu'entretemps, on peut avoir évolué. Nous ne pouvons donc pas voter pour de tels amendements – en outre, ils sont complètement contradictoires avec le reste du texte.

Un deuxième sujet n'a été abordé par aucun de nos collègues : celui de la personne de confiance qui, dans le texte, est impliquée dans la rédaction des directives anticipées. On ne peut pas lui confier le soin de décider du recours – ou du non-recours – à l'aide à mourir ! Ce n'est pas sa fonction.

Mme Natalia Pouzyreff. C'est vrai !

M. Charles de Courson. En soins palliatifs, si un patient est inconscient, la personne de confiance peut éclairer les médecins sur ses intentions; c'est tout à fait logique. Mais cela ne peut s'appliquer au cas qui nous concerne.

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Bentz.

M. Christophe Bentz. Nous allons naturellement nous opposer à tous les amendements de cette discussion commune, car ils ne protègent pas suffisamment les personnes concernées. On peut toujours changer d'avis; surtout, on doit toujours pouvoir changer d'avis. Au cœur du consentement libre et éclairé, il y a le choix; et ce choix, pour être fiable, doit avoir été réitéré, renouvelé.

Monsieur Le Gendre, ce que vous faites n'est pas très honnête. Vous avez essayé, dès le titre I^{er}, d'introduire dans le texte la possibilité pour le patient d'inscrire dans ses directives anticipées sa volonté de recourir à l'aide à mourir. Nous nous y sommes opposés. Et voilà que vous nous refaites le coup! (*Exclamations et dénégations sur plusieurs bancs du groupe RE.*)

J'ai vérifié, vous avez bien cosigné l'amendement dont je parle, le n° 3391 de M. Giraud portant article additionnel après l'article 3. D'ailleurs, le président Maillard est venu à ce moment-là dans l'hémicycle pour vous convaincre de le retirer, ce que vous avez fini par faire, au nom de l'« étanchéité » entre les titres I^{er} et II.

M. Gilles Le Gendre. Eh oui, donc c'est très honnête!

M. Christophe Bentz. Le président Maillard a dit alors que, si l'on introduisait une telle disposition, il n'y aurait plus à l'Assemblée de majorité pour adopter le projet de loi dans son ensemble. Si l'un des amendements dont nous discutons ici est adopté, je forme le vœu que les faits donnent raison au président Maillard.

Mme la présidente. La parole est à Mme Stéphanie Rist.

Mme Stéphanie Rist. L'article 6, que nous sommes en train d'examiner, définit les conditions d'accès à l'aide à mourir. Ce qui est proposé dans les amendements revient à dire que, malgré l'absence de discernement, l'aide à mourir demandée peut être activée. En d'autres termes, on ne prendrait pas en considération le fait que la volonté peut fluctuer, ni la possibilité que, même sans discernement, des moments de vie valent la peine; on considérerait en définitive que la vie sans discernement n'est plus une vie.

Vous dites qu'il faut respecter la volonté de la personne, mais nous ne savons pas quelle serait sa volonté au moment décisif. Pour ma part, je crois que ce doute et l'impossibilité de savoir ce que ressentent les gens dans une telle situation nous obligent à faire preuve d'humilité et à rejeter ces amendements. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes RE et Dem. – MM. Pierre Dharréville et Dominique Potier applaudissent aussi.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Geneviève Darrieussecq.

Mme Geneviève Darrieussecq. Vous l'avez dit, madame la ministre, le texte n'est pas construit ainsi, et je pense vraiment qu'il doit demeurer en l'état. Si une personne perd sa lucidité ou tombe dans le coma, elle bénéficie de soins palliatifs et peut avoir accès à la sédation profonde et continue, sa volonté à ce sujet pouvant être inscrite dans les directives anticipées. En revanche, pour pouvoir demander l'aide à mourir, il faut que la personne ait toute sa conscience.

M. Didier Martin. Eh oui!

Mme Geneviève Darrieussecq. Je tiens absolument à la rédaction qui figure dans le texte, parce qu'elle me paraît protéger les plus faibles.

M. Philippe Juvin. Très juste!

Mme Geneviève Darrieussecq. C'est indispensable; c'est notre devoir. Je sais bien que de nombreuses personnes que nous rencontrons dans nos communes, au marché ou ailleurs, sont favorables à ce que vous proposez. L'avis des personnes en bonne santé m'importe, bien sûr, mais tant que l'on ne se trouve pas dans une telle situation, il est très difficile d'apprécier les choses. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes Dem et RE. – « Très bien! » sur les bancs du groupe LR.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Christine Pires Beaune.

Mme Christine Pires Beaune. Lorsque nous avons abordé cette question au titre I^{er}, relatif aux soins palliatifs, Mme la ministre et M. le rapporteur ont renvoyé la discussion à l'examen du titre II, relatif à l'aide à mourir. Nous y sommes. Or vous nous dites à présent qu'il est sans doute prématuré d'évoquer le sujet à l'article 6, qu'il vaudrait mieux le faire à l'article 11. Pourquoi pas, mais il faudra bien le faire à un moment donné, car le texte ne peut pas rester en l'état. Sinon, autant supprimer les directives anticipées! (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes SOC, RE et LFI-NUPES.*)

M. Patrick Hetzel. Excellente idée!

Mme Christine Pires Beaune. Si les directives anticipées ne trouvent pas leur place dans le titre II, à quoi serviront-elles?

Madame la ministre, prenons les cas de Chantal Sébire et d'Anne Bert, pour n'évoquer que ces deux-là. Si la loi en reste là, pourra-t-on éviter, dans un cas analogue au premier, le suicide et, dans un cas analogue au second, un exil médical en Belgique? D'après mon analyse, la réponse est non. En revanche, si nous introduisons dans le texte la possibilité de manifester sa volonté par les directives anticipées, et que celles-ci puissent prévoir ces cas de figure, nous le pourrions peut-être.

Les amendements n°s 2212 et 2213 ouvrent sans doute des possibilités trop larges; il faudrait prévoir – ce qu'ils ne font pas – que les directives anticipées soient presque contemporaines. Je souscris aux propos de Gilles Le Gendre: il ne faut pas que les directives anticipées soient trop anciennes. En effet, on ne peut pas traiter de la même manière des directives anticipées rédigées quelques mois ou un an auparavant et des directives anticipées rédigées dix ou vingt ans plus tôt. (*M. Gilles Le Gendre applaudit.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Meyer Habib.

M. Meyer Habib. Je suis opposé aux amendements, pour des raisons personnelles ainsi que des raisons éthiques et de conscience, qui ont été très bien exposées par Mme Darrieussecq et le professeur Juvin.

M. Sébastien Peytavie. Le député Juvin! Il n'y a pas de professeur, ici!

M. Meyer Habib. Au moment où j'ai demandé la parole, nos collègues américains étaient encore présents dans les tribunes. Nous débattons de fin de vie. Or j'ai revu les

photos de ces jeunes GI, âgés de 18 à 20 ans, transportés dans des barges qui se rapprochent des plages de Normandie – sur lesquelles plusieurs d’entre nous se sont rendus hier. Ce sont des images incroyables : leurs yeux sont pleins de vie ; ils ont toute la vie devant eux. Neuf sur dix sont morts ! C’est grâce à leur sacrifice que nous pouvons aujourd’hui, en France, débattre librement à l’Assemblée nationale. Je souhaitais donc, même en leur absence, rendre hommage à nos collègues américains. *(M. Marc Le Fur applaudit.)*

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Je ne voterai pas en faveur de ces amendements, pour les raisons que j’ai exposées précédemment. Nous pourrions effectivement aborder de nouveau le sujet à l’article 11.

Je ne peux pas entendre que, si l’on ne prévoit pas qu’elles puissent traiter de l’aide à mourir, les directives anticipées ne serviront à rien ! Si vous remplissez vos directives anticipées, chers collègues, vous saurez qu’elles servent à beaucoup de choses : à indiquer ce que l’on souhaite en cas d’accident, par exemple que l’on ne souhaite pas être maintenu en vie par des appareils si l’on est en réanimation, ou encore que l’on ne souhaite pas recevoir de visites de la famille si le corps est meurtri. Elles portent non seulement sur la fin de vie – d’où votre souhait qu’elles puissent traiter de l’aide à mourir –, mais aussi sur de nombreux soins. En cas d’accident, les soignants en ont terriblement besoin. *(Mmes Geneviève Darrieussecq et Astrid Panosyan-Bouvet et M. Dominique Potier applaudissent.)*

Rappel au règlement

Mme la présidente. La parole est à Mme Cécile Rilhac, pour un rappel au règlement.

Mme Cécile Rilhac. Je le formule sur le fondement de l’article 100 du règlement, pour la bonne tenue de nos débats.

Les amendements en discussion commune que nous sommes en train d’examiner ont été présentés à la fin de la séance de ce matin. Comme tous les collègues n’étaient pas nécessairement présents alors et que nous reprenons nos débats après une longue pause, je tiens à préciser que le dernier amendement de la série, mon amendement n° 426, porte non pas sur les directives anticipées, mais sur les modalités d’expression de la personne malade. Il tend à ajouter notamment les mots « quel que soit le mode d’expression » à la fin de l’alinéa 9 de l’article 6, afin que la personne puisse effectivement faire valoir sa volonté libre et éclairée.

M. Meyer Habib. Ce n’est pas un rappel au règlement !

Article 6 (suite)

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure. J’apporte une précision, au cas où mon intervention précédente n’aurait pas été aussi claire que je le souhaitais. Lorsque nous avons abordé cette question entre rapporteurs, en amont des travaux de la commission spéciale, nous n’avons pas trouvé d’issue. Vos interventions confirment l’idée que nous nous sommes faite alors. Je suis tout à fait disposée à ce

que nous créions un groupe de travail pour prévoir, à la faveur de la navette, une exception faisant intervenir les directives anticipées.

L’objectif serait, je l’indique, de traiter de cas très précis : la personne malade a obtenu, après avis médical, l’accès à une aide à mourir, mais avant que celle-ci soit mise en œuvre, sa maladie s’est dégradée au point qu’elle devienne inconsciente – en raison d’un accident vasculaire cérébral (AVC) ou de toute autre complication – et, dès lors, ne répond plus aux conditions d’accès à l’aide à mourir. Je vous renvoie à cet égard au sous-amendement n° 3533 de Sophie Errante à l’amendement n° 2603 à l’article 8, sachant que d’autres collègues ont pu imaginer des dispositions analogues.

Il s’agirait de nous mettre d’accord, après une réflexion aboutie, sur une procédure adaptée. *(Mmes Monique Iborra, Sandra Marsaud et Cécile Rilhac applaudissent.)*

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Catherine Vautrin, ministre. Je comprends parfaitement les questionnements des uns et des autres. On ne peut pas ne pas s’interroger sur un sujet aussi lourd que celui-là. Chacun mesure que ces propositions font une fois de plus appel à notre responsabilité. Nous sommes tous, depuis près d’un mois, très engagés sur ce texte. J’ai été frappée par vos interventions. M. Peytavie, notamment, a évoqué les limites de la science et de la médecine.

Le texte présenté par le Gouvernement énonce les conditions cumulatives d’accès à l’aide à mourir. La volonté libre et éclairée du patient est une de ces conditions, et elle est essentielle. Rappelons un point très important : lorsque le patient a obtenu, après avis médical, la possibilité de recourir à l’aide à mourir, cela ne veut pas dire qu’il va effectivement y recourir ; il pourra y renoncer, pour des raisons qui lui sont propres.

Mme Sophie Errante. Tout à fait !

Mme Catherine Vautrin, ministre. Vous avez tous dit que le patient pouvait changer d’avis à tout moment. Nous devons intégrer cet élément à notre réflexion.

Cela étant, j’entends votre volonté de travailler sur le sujet et, je le dis très humblement, je mesure parfaitement la difficulté de trouver une réponse. La grande inconnue, ce sont les conditions dans lesquelles les directives anticipées sont rédigées. On ne connaît pas le moment. Nous aurions aussi besoin de connaître l’éventuelle évolution de la volonté du patient, ce qui n’est pas le cas. C’est pourquoi Stéphanie Rist nous a appelés à faire preuve d’humilité.

Une question se pose : si le patient ne peut pas exprimer sa volonté, sur qui faisons-nous reposer la responsabilité de la décision ? Comme l’a relevé Mme Fiat, ce sont les soignants qui, dans un premier temps, sont confrontés à la situation. Quant à la famille, Mme Darrieussecq l’a dit, on ne sait pas toujours dans quelle mesure elle est au courant, ni comment elle peut réagir. Nous voyons bien les difficultés.

Madame Pires Beaune, je comprends parfaitement votre question : à quoi servent les directives anticipées si on ne peut pas les appliquer ? J’ai très souvent à l’esprit un autre cas, celui de Vincent Lambert. Si les directives anticipées avaient été claires, nous n’aurions probablement pas assisté à ce drame familial qui n’avait pas de réponse et qui a été aussi, disons-le, un drame sociétal, puisque nous en avons été spectateurs.

Notre responsabilité commune est de trouver une autre solution que celle proposée par ces amendements. Il faut qu'elle soit adaptée à ce texte, qui est bâti sur une autre approche que la loi Claeys-Leonetti – il faut en tenir compte dans notre réflexion. Ce qui est proposé ici ne me semble pas de nature à répondre à la question posée, car cela ouvrirait des possibilités beaucoup trop larges. Je réitère donc mon avis défavorable à l'ensemble des amendements.

Je remercie la présidente et le bureau de l'Assemblée d'avoir décidé que ce texte ne serait pas examiné dans l'urgence, de nous avoir laissé le temps de travailler. Il y aura aussi une navette.

M. Thibault Bazin. Heureusement !

M. Marc Le Fur. C'est la moindre des choses !

Mme Catherine Vautrin, ministre. Les parlementaires ont clairement exprimé leur volonté de prendre le temps de travailler. S'il y a un dossier sur lequel le Parlement et le Gouvernement ont besoin de temps pour travailler, c'est bien celui-là.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 2212 et 2506.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	89
Nombre de suffrages exprimés	86
Majorité absolue	44
Pour l'adoption	16
contre	70

(Les amendements identiques n^{os} 2212 et 2506 ne sont pas adoptés.)

(Les amendements n^{os} 3332, 2596, 1150 et 1122, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n^o 2213.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	84
Nombre de suffrages exprimés	84
Majorité absolue	43
Pour l'adoption	21
contre	63

(L'amendement n^o 2213 n'est pas adopté.)

(Les amendements identiques n^{os} 1457 et 2507 ne sont pas adoptés.)

(Le sous-amendement n^o 3499 n'est pas adopté.)

(Les amendements n^{os} 1235, 1351 et 2174, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je vais mettre aux voix l'amendement n^o 426 de Mme Rilhac, qui a fait l'objet de son rappel au règlement. Je rappelle que les amendements incompatibles

sont examinés dans le cadre d'une discussion commune, car l'adoption de l'un fait nécessairement tomber le ou les suivants. Si nous ne procédions pas de la sorte, vous ne pourriez pas défendre certains de vos amendements.

(L'amendement n^o 426 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements, n^{os} 1449, 2341, 2473, 2472, 492, 2977 et 2214, pouvant être soumis à une discussion commune, dont certains font l'objet de sous-amendements.

Je suis saisie de plusieurs demandes de scrutin public : sur le sous-amendement n^o 3519, par le groupe Horizons et apparenté ; sur l'amendement n^o 2341, par le groupe La France insoumise-Nouvelle Union populaire, écologique et sociale ; sur l'amendement n^o 2214, par le groupe Socialistes et apparentés.

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

La parole est à Mme Frédérique Meunier, pour soutenir l'amendement n^o 1449.

Mme Frédérique Meunier. Il concerne la rédaction ou la réitération de directives anticipées après le diagnostic d'une affection grave dont on sait qu'elle entraînera, à terme, la perte de conscience.

Sans revenir sur un débat qui a déjà eu lieu, je souhaiterais aborder deux points. Le modèle des directives anticipées fourni par le ministère de la santé mentionne que son signataire exprime ses volontés pour sa fin de vie. Cela peut induire en erreur et pourrait être utilement modifié.

Pourquoi ne pas autoriser la mise en œuvre de directives anticipées en faveur de l'aide à mourir, rédigées postérieurement au diagnostic, à une personne qui ne peut plus s'exprimer et pour laquelle le corps médical a collégialement décidé une sédation profonde et continue ? Lorsque l'issue fatale est certaine, pourquoi ne pas permettre la prise en compte du choix, préalablement posé, d'abrégier l'agonie ? *(Mme Élise Leboucher applaudit.)*

Mme la présidente. La parole est à M. François Gernigon, pour soutenir le sous-amendement n^o 3519, à l'amendement n^o 1449.

M. François Gernigon. Les directives anticipées constituent un sujet de débats. Nous avons tous la volonté d'ouvrir le droit à l'aide à mourir à tous ceux qui en ont besoin, notamment aux malades atteints d'une affection grave à l'évolution rapide qui sont brutalement privés de discernement, parfois la veille de la date prévue pour l'administration de la substance létale.

Avec ce sous-amendement et une série d'amendements à venir, je cherche une position médiane susceptible de répondre à cette situation. Il faudrait que la personne concernée rédige, au moment de la demande d'aide à mourir, lorsqu'elle est entièrement apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée, un certificat de volonté qui pourra être pris en compte si elle n'est plus en capacité de s'exprimer le jour de l'administration de la substance létale.

Ainsi, celui ou celle qui aura demandé l'aide à mourir puis confirmé son choix avant de perdre sa capacité à s'exprimer du fait de l'évolution rapide de sa maladie, pourrait tout de même voir son souhait réalisé. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe LFI-NUPES.)*

Mme la présidente. Sur les sous-amendements n° 3531 et 3532, je suis saisie 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 Élise Leboucher, pour soutenir le sous-amendement n° 3531, à l'amendement n° 1449.

Mme Élise Leboucher. Une partie de mon groupe soutiendra l'amendement de Frédérique Meunier et celui, à venir, de Gilles Le Gendre qui visent à poser le cadre dans lequel prendre en compte, à titre exceptionnel, les directives anticipées d'exception.

L'amendement n° 1449 autorise la personne de confiance désignée dans des directives anticipées à effectuer la demande d'aide à mourir en lieu et place du malade, à la condition que les directives, incluant le choix d'aide à mourir, aient été rédigées ou réitérées postérieurement au diagnostic de l'affection à l'origine de la perte de conscience – et non d'une perte de discernement – moins d'un an avant la survenance de celle-ci. L'amendement couvre ainsi des cas qui ne sont pas prévus par le dispositif actuel.

Nous sommes tous favorables à l'extension des directives anticipées afin qu'elles concernent la majeure partie de la population. Il convient donc qu'elles soient adaptées à différentes situations.

Notre sous-amendement vise, comme celui de Jérôme Guedj, à inclure les cas spécifiques d'affections consécutives à un accident, de manière à proposer un texte exhaustif dès le début de la discussion.

La rédaction de l'article 6, ainsi amendé et sous-amendé, nous semblerait atteindre un point d'équilibre et répondre à la demande d'une grande partie de la population. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LFI-NUPES.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Le Gendre, pour soutenir l'amendement n° 2341.

M. Gilles Le Gendre. Si je remercie Mme la ministre et Mme la rapporteure de leur proposition tendant à faire cheminer la réflexion, je suis d'avis que nous pouvons travailler ensemble autant à partir du texte original que du texte amendé, même imparfaitement. Nous pouvons ainsi voter des dispositions que nous serons amenés à améliorer.

Trois remarques de fond. Le dispositif actuel encourage la demande précoce d'aide à mourir pour les personnes atteintes d'une maladie incurable et remplissant l'ensemble des critères légaux, qui savent qu'elles vont perdre leur discernement et sont donc pressées d'enclencher le dispositif.

Nous avons un devoir d'humanité et de justice. Notre dispositif ne doit pas créer d'inégalités de traitement entre des pathologies, également graves et incurables, selon qu'elles entraînent, ou non, une perte de discernement.

Mon amendement, très simple, vise à créer une exception de directives anticipées. Rédigées après le diagnostic de l'affection occasionnant, à terme, une perte de discernement et moins d'un an avant la survenance de celle-ci – nous ne parlons pas ici de directives données trois, quatre ou vingt ans plus tôt –, elles seraient utilisées au moment le plus proche possible de la perte de discernement.

Il s'agit d'offrir le droit à l'aide à mourir à la personne qui, remplissant l'ensemble des conditions légales, sait qu'elle va subir une perte de conscience et de discernement dès lors qu'elle a pu exprimer son souhait de mourir très peu de temps avant cette échéance et avant l'issue fatale à laquelle elle est condamnée.

Mme la présidente. La parole est à M. René Pilato, pour soutenir le sous-amendement n° 3532, à l'amendement n° 2341.

M. René Pilato. Nous soutiendrons les deux amendements pour les raisons évoquées par notre collègue Gilles Le Gendre.

Nous les sous-amendons pour obtenir que le texte mentionne les affections ayant une cause accidentelle, telle que celle dont souffrait Vincent Humbert car nous considérons que le projet de loi ne couvre pas cette situation.

Nous cherchons le chemin de crête pour utiliser, au dernier moment, le plus tard possible, les directives anticipées – par exemple en cas d'accident – de manière à éviter les situations difficiles.

Mme la présidente. La parole est à Mme Danielle Simonnet, pour soutenir les amendements n°s 2473 et 2472, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

Mme Danielle Simonnet. Mes chers collègues, nous sommes attendus sur cette question de la mise en œuvre des directives anticipées par la personne de confiance.

Sans que nous ne puissions envisager dans le texte tous les cas de figure, il convient de permettre la prise en compte des directives anticipées et du choix de la personne de confiance réalisé dans le cadre du processus continu qui débute par le diagnostic de la maladie et l'entrée dans un accompagnement palliatif, lors duquel l'échange sur la fin de vie va débiter et peut-être évoluer.

Les directives écrites permettent précisément d'anticiper le moment où la personne ne sera plus en mesure d'exprimer une volonté libre et éclairée. La personne de confiance pourra alors être son porte-voix. C'est important. Il doit être possible d'écrire : « Si je perds mon discernement, si je perds conscience et que je sois plongé dans un coma profond, je souhaite bénéficier de l'aide à mourir. ».

Il faut aussi anticiper le cas de maladies ayant une cause accidentelle et de maladies à la survenance brutale.

Enfin, il existe des cas dans lesquels une personne sait qu'elle va subir une perte de conscience et de discernement en raison de l'affection dont elle souffre. Elle peut désirer vivre tant qu'elle est consciente et capable d'échanges, mais souhaiter qu'une autre personne éteigne ensuite la lumière. Prenons-nous en compte ces situations terribles ? Par un refus de les envisager, allons-nous priver ces malades de la faculté d'exercer cette ultime liberté ? (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LFI-NUPES.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Brugnera, pour soutenir l'amendement n° 492.

Mme Anne Brugnera. Je présente l'amendement de mon collègue M. Raphaël Gérard.

Le recueil de la volonté du malade est à la base de tout. Nous devons nous assurer que celle-ci s'est exprimée de façon libre et éclairée. Pour un certain nombre d'entre nous, les

directives anticipées représentent la solution face à certaines maladies ou affections, notamment des maladies neurodégénératives. Quoi de plus évident que de se référer aux volontés du malade qu'il aura exprimées, selon des modalités à discuter entre nous, au moment le plus proche de sa perte de discernement dans le cadre de ses directives anticipées ?

Mme la présidente. La parole est à Mme Emeline K/Bidi, pour soutenir l'amendement n° 2977.

Mme Emeline K/Bidi. Je vais retirer cet amendement au profit des amendements n° 1449 de Mme Meunier et 2341 de M. Le Gendre qui sont mieux rédigés que le mien.

Ils prennent toute la mesure du problème, qui impose de douter, en se demandant si la personne, une fois le diagnostic établi, ne sera pas en mesure de changer d'avis. En précisant que les directives anticipées devront être formulées après l'annonce du diagnostic et dans un temps assez proche de la perte de conscience, ils retiennent une juste formulation qui correspond à ce que nous souhaitons.

(L'amendement n° 2977 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jérôme Guedj, pour soutenir l'amendement n° 2214.

M. Jérôme Guedj. J'ai déjà exprimé des doutes. Mon dilemme peut être résumé comme suit. Je ne souhaite pas un recours trop large et trop permissif aux directives anticipées – tel celui qui autoriserait la prise en compte de directives en faveur de l'aide à mourir rédigées dix ou quinze ans avant la survenance d'une maladie d'Alzheimer. De l'autre côté, je ne peux me résoudre à un texte qui ne serait pas applicable à des situations de coma végétatif consécutif à un accident, similaires à celle qu'a connue Vincent Humbert.

Je propose de considérer que la perte de la possibilité d'exprimer sa volonté libre et son consentement, du fait d'un événement accidentel, brutal et imprévisible, justifie « l'exception de directives anticipées », pour reprendre l'expression, destinée à prospérer, de Gilles Le Gendre.

Certains trouveront cela trop réducteur. Je sais que le débat sera vif. On me reprochera par exemple d'exclure du dispositif des maladies neurodégénératives et neuroévolutives, donc de ne pas tenir compte des directives rédigées, très en amont, par les personnes qui en sont atteintes – dans le cas, bien sûr, où leur maladie est en phase avancée ou terminale, avec un pronostic vital engagé.

En conclusion, si nous voulons, en vue de la navette, nous appuyer sur une base de travail qui pourrait faire consensus, nous devrions introduire dans le texte, comme condition permettant d'accéder à l'aide à mourir, le cas de l'affection accidentelle.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements ?

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure. Sur cette question comme sur beaucoup d'autres dans le cadre de ce projet de loi, je doute. Ma conviction n'est pas forgée, ma réflexion n'est pas aboutie. J'aimerais que nous prenions le temps de travailler encore sur ce sujet en commission spéciale puis en séance, c'est d'ailleurs pourquoi je vous ai proposé d'attendre la navette.

M. Philippe Vigier. Très bien !

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure. J'ai beaucoup de mal à vous donner des avis sur ces amendements et sous-amendements. Nous avons entendu plusieurs propositions : Gilles Le Gendre a ainsi fait référence à une situation qui mérite peut-être d'être prise en considération, Jérôme Guedj a évoqué le cas de l'affection accidentelle et Sophie Errante a suggéré qu'il fallait prévoir une exception en tenant compte de la temporalité.

Il me semble prématuré d'inscrire dès maintenant une de ces mesures à l'article 6 sans avoir pris le temps de travailler ensemble sur la procédure. Or il faut prévoir des garde-fous en s'interrogeant sur différentes modalités : qui peut être désigné comme personne de confiance ? Quand les directives doivent-elles avoir été exprimées ? Quelles sont les voies de recours ?

En tant que rapporteure, je ne suis pas prête à donner un avis favorable à ces amendements.

M. Jérôme Guedj. Ce n'est donc pas un avis défavorable !

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure. Cependant, je le répète, je souhaite travailler avec vous sur cette question dans le cadre de la navette.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. Je partage l'avis de la rapporteure. Nous sommes d'accord pour estimer que nous avons un devoir d'humanité à l'égard de chaque patient. Personne, dans cet hémicycle, ne conteste ce principe.

Je remercie Gilles Le Gendre pour le travail qu'il a mené. Il a essayé, comme d'ailleurs M. Gernigon, d'être au plus près des situations. Tous deux se sont efforcés, avec leurs amendements, de s'adapter au cadre prévu pour l'accès à l'aide à mourir. Les mesures qu'ils proposent prouvent qu'on ne peut s'appuyer uniquement sur les directives anticipées. D'ailleurs, quand on lit ces amendements, on se rend compte que l'essentiel est non de savoir si la personne a rédigé des directives, mais de s'assurer que l'on dispose de bien de ses dernières volontés. Il faut donc se demander à quel moment elle les a exprimées pour la dernière fois. Par ailleurs, nous nous devons de les respecter au mieux. Il faut donc sans doute prévoir une mesure spécifique, beaucoup plus proche de ce qui est déjà prévu par ailleurs dans le texte.

En d'autres termes, je ne dis pas : « Circulez, il n'y a rien à voir ! » L'idée est non pas de ne rien faire mais de trouver un dispositif adapté au cadre défini par le projet de loi sans prendre le risque d'ouvrir très largement l'accès à l'aide à mourir pour des pathologies pour lesquelles une telle possibilité ne nous semblerait ni raisonnable ni respectueuse des volontés de la personne.

Dans le cas d'une affection accidentelle, je suis favorable à l'application des directives anticipées exprimées par la personne. Nous avons longuement évoqué le sujet des directives anticipées lors de l'examen de l'article 4. Le débat que nous avons ici est d'une autre nature. Il peut bien sûr exister certaines situations particulières – tout peut arriver, je ne veux pas tout exclure d'un revers de main –, par exemple une personne peut avoir fait une demande d'aide à mourir avant d'être victime d'un accident. Mais en pareil cas, on peut se demander quel est le fait générateur : l'accident ou l'état pathologique ? Vous le voyez, on s'oriente vers des voies

vicinales tant elles sont étroites. Mais j’imagine que ce type de cas de figure existe et que quelqu’un ici pourrait m’en citer un exemple.

En conclusion, nous pouvons tous, en conscience, estimer que, sur ces questions, nous n’avons pas encore trouvé de réponse et que nous devons encore travailler. C’est la raison pour laquelle, à ce stade, je suis défavorable à l’ensemble de ces amendements et sous-amendements.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur général de la commission spéciale.

M. Olivier Falorni, rapporteur général de la commission spéciale. On ne peut pas parler de la fin de vie sans évoquer la question des directives anticipées,...

Mme Stéphanie Rist. Ce serait une erreur !

M. Olivier Falorni, rapporteur général. ...ne serait-ce que parce que la loi que nous allons – je l’espère – voter ne fera pas disparaître la loi Claeys-Leonetti qui comprend un volet important relatif aux directives anticipées. Plus généralement, la question de la volonté par anticipation doit être traitée avec soin.

Je comprends parfaitement que, lorsque les directives anticipées ont été rédigées très longtemps à l’avance, cela pose des difficultés. De la même manière, le moment où l’on met en place le plan d’accompagnement – que nous avons créé et qui est proposé à chaque personne malade qui vient d’apprendre une mauvaise nouvelle – représente une phase délicate. En effet, il marque le début d’une réflexion sur la fin de vie mais crée aussi un choc émotionnel pouvant conduire le patient à rédiger des directives anticipées qui ne correspondent pas forcément à sa volonté profonde, laquelle pourra s’exprimer par la suite. Cela pose une vraie difficulté que je ne sais pas, aujourd’hui, comment résoudre.

J’en viens au sous-amendement n° 3519 de M. Gernigon, qui met l’accent sur une question majeure. Le cas de figure qu’il décrit ne doit pas être laissé de côté – je le dis depuis longtemps. Imaginons un malade qui remplit tous les critères d’éligibilité. Il sollicite une aide à mourir, exprime très nettement sa volonté, de façon libre et éclairée, face à un médecin, les yeux dans les yeux, et obtient un avis favorable du collège médical. Si, ensuite, il perd sa capacité de discernement et sa conscience, le fait qu’on lui refuse l’accès à l’aide à mourir qu’il avait obtenu lorsqu’il était en meilleure santé – puisque son état s’est, depuis, encore dégradé – constitue à mes yeux, en quelque sorte, une double peine.

Mme Sophie Errante. Tout à fait !

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Le problème soulevé dans ce sous-amendement me préoccupe depuis longtemps – j’ai d’ailleurs eu l’occasion de m’exprimer à ce sujet au cours des dernières semaines. Je n’ai pas trouvé de solution et il faut continuer d’y travailler mais le sous-amendement apporte des pistes de réflexion qui, je l’espère, se révéleront fructueuses au moment de l’examen du texte en deuxième lecture ici même.

Mme la présidente. La parole est à Mme la présidente de la commission spéciale.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, présidente de la commission spéciale. Je vous remercie, monsieur Gernigon, d’avoir employé un autre mot que « directives anticipées ». La situation qui nous taraude tous, qui instille un doute en nous, concerne le cas où la personne a obtenu, durant la procédure,

une réponse favorable à sa demande d’aide à mourir. Comment sortir du cadre des directives anticipées pour lui permettre, au cas où, par malheur, elle perdrait sa volonté libre et éclairée ou sa conscience, de bénéficier de l’aide à mourir ? Nous devons ensemble trouver une voie. À cet égard, j’approuve la proposition de Mme la rapporteure.

Je suis en tout cas intimement convaincue qu’il faut éviter, en l’espèce, de s’appuyer sur les directives anticipées et trouver un autre dispositif. Je reconnais cependant que les directives anticipées sont utiles dans certains cas – nous n’avons pas tous exactement le même point de vue sur ces questions. Prenons l’exemple de Vincent Lambert, qui était atteint d’une affection d’origine accidentelle : s’il avait rédigé des directives anticipées, il n’y aurait sans doute pas eu d’affaire Vincent Lambert.

En revanche, lorsqu’un médecin donne son accord à une demande d’aide à mourir, on pourrait plutôt imaginer qu’il propose alors au malade de confirmer son choix, à une fréquence et pour une période qui restent à déterminer – nous pourrions y réfléchir dans le cadre de la navette. Faut-il parler d’un certificat de volonté, pour reprendre les termes de M. Gernigon ? Je ne sais pas, mais il y a là une voie de passage qui nous permettrait, collectivement, de lever un doute. Cela me semble donc une bonne idée.

Mme Natalia Pouzyreff. Tout à fait !

Mme la présidente. J’ai reçu beaucoup de demandes d’intervention. La parole est à Mme Marie-Noëlle Battistel.

Mme Marie-Noëlle Battistel. Ce débat est extrêmement important. Tous les amendements précédents sur le sujet ayant été rejetés, nous discutons à présent d’amendements de repli. Les mesures qui y figurent représentent vraiment le minimum que nous devons accorder aux malades qui se trouvent dans de telles situations.

Il ne me semble pas illogique de permettre à une personne d’accéder à l’aide à mourir, dès lors que sa demande avait été acceptée, dans le cas où, entretemps, elle a reçu des traitements antidouleur et ne dispose plus de la conscience nécessaire pour réitérer sa volonté.

De même – j’en viens à l’amendement n° 2214 de M. Guedj –, comment peut-on ne pas prendre en considération les directives anticipées rédigées par le patient dans le cas où celui-ci est victime d’un accident brutal ?

Madame la ministre et madame la présidente de la commission spéciale, nous avons cru comprendre, en écoutant vos différentes interventions – y compris aujourd’hui –, que vous étiez convaincues de la nécessité de régler le problème des malades qui perdent leur entendement au cours de la procédure d’aide à mourir. Or vous adoptez à présent une attitude de retrait que nous ne comprenons pas.

Nous considérons qu’il n’est pas acceptable de voter l’article 6 si nous n’adoptons pas au moins ces amendements de repli – je pense, entre autres, à l’amendement n° 2341 de mon collègue Le Gendre.

Mme la présidente. La parole est à M. Didier Martin.

M. Didier Martin. Je vous remercie, chers collègues, d’avoir soulevé des problèmes très particuliers en évoquant des situations extrêmes, par exemple un accident ou un autre événement qui plongerait dans le coma une personne ayant auparavant obtenu un feu vert pour l’aide à mourir. Au

passage, je souligne qu'il convient d'apprécier la profondeur d'un coma car il existe en la matière différents stades, du coma réversible jusqu'à la décérébration totale en cas d'accident violent et à l'état de mort cérébrale – qui autorise le prélèvement d'organes –, sachant que, par ailleurs, les patients cérébrolésés sont atteints à des degrés divers.

Il serait plus que sage de ne voter aucun de ces amendements et de laisser cheminer le texte, ce qui nous donnera l'occasion de revenir en profondeur sur ces cas particuliers.

M. Lionel Royer-Perreaut. Il a raison !

M. Didier Martin. Par ailleurs, je précise qu'il est difficile – mais certes pas impossible – pour l'équipe médicale d'apprécier la douleur, *a fortiori* lorsqu'il s'agit d'une douleur réfractaire. Dans la mesure où les conditions sont cumulatives, la portée de ces amendements serait minime s'agissant d'un patient inconscient. Peut-être même seraient-ils inopérants. En effet, dans un tel cas, on ne peut jamais affirmer que la douleur physique est réfractaire – le patient, bien sûr, n'étant pas en état de dire qu'il souffre.

Mme la présidente. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard.

Mme Emmanuelle Ménard. Cette discussion me met un peu mal à l'aise car j'ai comme l'impression que nous tournons en rond. (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe RE.*) Excusez-moi mais, hier, c'est vous qui nous reprochiez de tourner en rond lorsque nous débattions de la notion de « moyen terme ».

Mme Nadia Hai. Hier, vous parliez de sémantique !

Mme Emmanuelle Ménard. Il se trouve que nous avons déjà voté sur les directives anticipées et que nous abordons encore ce sujet cet après-midi.

J'ai été très sensible aux arguments avancés tout à l'heure par M. Peytavie car je suis foncièrement persuadée qu'au fur et à mesure de la maladie, le patient n'a pas la même perception des choses.

Notre collègue a expliqué que, pour une personne valide, en bonne santé, le fait de perdre son autonomie et de se retrouver en fauteuil roulant apparaît comme absolument insupportable et peut donner envie d'arrêter de vivre. Or, une fois que cette personne est en fauteuil roulant, elle retrouve une autonomie, ce qui lui donne envie de continuer à vivre.

J'ai été sensible à ces arguments car ils renvoient à des situations personnelles que nous pouvons tous connaître dans nos vies, ils ne font pas référence à des cas isolés. J'ajoute que, même une fois le diagnostic posé, le point de vue du patient continue d'évoluer.

Si l'on prenait en compte la capacité d'évolution de la pensée, de résilience, d'adaptation, la volonté de vivre des malades, on pourrait écarter toutes les situations que vous évoquez les unes après les autres.

Les directives anticipées, anciennes ou récentes, rédigées il y a trois ans, un an, six mois, ou même un mois, peuvent cesser d'être valables à partir d'un certain moment, car il arrive que la volonté de vivre soit plus forte que tout et donne malgré tout l'envie de continuer.

M. Pierre Dharréville. C'est très clair.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Nous sommes un certain nombre à considérer que ce que vous proposez là est un changement de la nature des directives anticipées. Depuis le début de nos débats, nous défendons l'idée que le titre II diffère profondément de la loi Claeys-Leonetti, puisqu'il y est question d'administrer la mort.

C'est pourquoi nous y insistons : donner la mort ne constitue pas un soin. Or les directives anticipées sont conçues pour aider les professionnels de santé à orienter les soins lorsque la personne qui les reçoit n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté. Dès lors que les directives anticipées ne sauraient avoir d'autre fonction que cette orientation des soins, il nous semblerait incohérent et insensé d'étendre leur champ d'application à ce qui ne relève pas du soin. Ce serait franchir une ligne rouge et nous y sommes hostiles.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Dans le prolongement des propos de Gilles Le Gendre, de Jérôme Guedj et de bien d'autres orateurs, je dirai que le sujet dont nous parlons est absolument fondamental. Son examen nous fait clairement voir que, dans la mesure où chaque cas est particulier, il sera difficile de s'accorder sur une écriture générale, du moins cet après-midi. La proposition de la rapporteure et du rapporteur général de réécrire l'article me convient fort bien.

À l'heure où nous parlons, seuls 12 % des Français ont écrit des directives anticipées, telles que les définit la loi Claeys-Leonetti. Il faut donc se poser la question de leur appropriation et emprunter un chemin différent, en créant un document qui porterait un autre nom et réglerait deux problèmes.

Le premier d'entre eux concerne le traitement de la demande du patient dans les cas où il passe de la conscience à un état irréversible d'inconscience alors que la procédure de recours à l'aide à mourir est engagée – aucune solution n'a encore été trouvée face à ce genre de situations et François Gernigon a raison d'appeler notre attention sur elles.

Le deuxième problème a trait au choc psychologique qui peut survenir chez le patient auquel on annonce un plan d'accompagnement personnalisé (PAP), c'est-à-dire l'administration d'un traitement très lourd rendu nécessaire par une maladie grave. Ce choc peut le conduire à changer d'avis et à modifier ses directives anticipées, et il faut le prendre en considération.

Tout cela doit nous conduire, madame la ministre, madame la présidente de la commission spéciale, à mettre, à ce sujet, notre intelligence collective au service de l'utilité commune.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. J'ai accepté ce débat éprouvant, j'ai écouté, j'ai cherché à comprendre. Il nous a été difficile de réfléchir ensemble et de nous rencontrer. Je m'oppose irréductiblement à la vision du genre humain dont témoigne ce texte. Il s'agit d'un projet brutal, d'un texte sans rivage et d'un terrible message de renoncement et d'abandon, qui ne sera pas sans conséquences sur la vie sociale, la solidarité et le soin.

Les décisions prises m'affectent profondément et je suis saisi de vertige. Nous sommes engagés dans une pente mais, pour ce qui me concerne, j'arrête la glissade. On s'apprête à discuter de démarches qui me sont trop étran-

gères, ont trop peu de sens à mes yeux pour que je fasse entendre un point de vue. Chaque pas nous conduit dans une impasse. Je ne sais plus comment aider à faire moins pire.

Je vais reprendre des forces. Je me suis efforcé de dire l'essentiel de ce qu'un certain nombre de collègues de mon groupe et moi-même pensons, avec clarté, sans blesser, en choisissant les mots et le ton adéquats. Je veux simplement dire à celles et à ceux qui doutent, souvent en silence, que ce texte, compte tenu de la gravité de son objet, ne saurait être adopté s'il subsistait le moindre doute. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes RE, Dem et SOC, ainsi que sur plusieurs bancs du groupe LR. – M. Marc Le Fur se lève pour applaudir.*)

Mme la présidente. Merci pour ces mots, monsieur Dharréville. La parole est à M. Hadrien Clouet.

M. Hadrien Clouet. Nous débattons depuis plusieurs jours de ce que signifie la capacité pour un individu d'exprimer son choix, dans des circonstances parfois adverses. Cette discussion a notamment trait au moment où l'individu perd conscience et aux circonstances dans lesquelles il est possible de décider avant de ce qui nous arrivera après.

Il me semble que le travail de l'intelligence collective – pour reprendre le terme de Philippe Vigier – est susceptible d'aboutir à une position majoritaire et stable sur au moins un point : la perte de conscience irréversible à laquelle les premiers amendements ont trait. Il est question d'individus qui ne peuvent pas et ne pourront plus jamais donner un avis, ce qui nous permet d'écarter une partie de nos discussions.

C'est pour cette raison qu'ont été déposés, sur les deux premiers amendements de la discussion commune, des sous-amendements qui prévoient que les directives anticipées doivent être rédigées peu avant la perte de conscience.

Cependant, ces deux amendements évoquent aussi le diagnostic, ce qui constitue un problème, parce que cela les conduit à négliger les pertes de conscience résultant d'accidents. On ne peut demander que soient rédigées des directives après un diagnostic, si aucun diagnostic n'a pu avoir lieu !

Nous proposons donc que soient pris en compte un ensemble de cas que le texte omet : ceux dans lesquels l'imprévu joue un rôle. Les directives anticipées servent en effet à exprimer avant ce qu'on ne peut plus exprimer après, et ce qui fait la différence entre l'avant et l'après, dans de tels cas, c'est précisément l'imprévu.

Plusieurs versions de cet élargissement de la liberté de choix des individus sont proposées par les amendements n^{os} 1449 de Mme Meunier et 2341 de M. Le Gendre et nos sous-amendements n^{os} 3531 et 3532, visant à couvrir les cas de pertes de conscience accidentelle lorsque les directives anticipées sont récentes. Mon groupe votera ces amendements et sous-amendements.

Par ailleurs, ma collègue Danielle Simonnet propose deux amendements, n^{os} 2473 et 2472, qui poussent plus loin notre logique et élargissent le dispositif en prévoyant, pour l'un, que le texte s'applique dans les cas de perte de conscience irréversible sans considération de la date de rédaction des directives anticipées, pour l'autre, dans les cas de perte de discernement, une clause protégeant les individus exprimant ce qui peut s'apparenter à un refus de l'aide à mourir. Mon groupe votera majoritairement ces amendements.

Mme la présidente. La parole est à M. Charles de Courson.

M. Charles de Courson. Tous ces amendements posent la question suivante : que faire lorsque la personne a perdu conscience, soit à la suite d'un accident soit dans d'autres circonstances ? Cela ne relève pas de cette loi.

M. François Cormier-Bouligeon. Mais si !

M. Charles de Courson. Mais non ! Cela relève d'autres textes.

M. François Cormier-Bouligeon. C'est à nous de déterminer ce qui en relève !

M. Charles de Courson. Mais non ! Les soins palliatifs, dont nous avons discuté lors de l'examen de la loi Claeys-Leonetti, sont aussi liés à cette question. Nous devons nous demander qui peut décider pour une personne qui ne dispose plus de sa conscience.

J'avais déposé un amendement, n^o 985, à ce sujet, car l'affaire Lambert m'a traumatisé. Elle s'est déroulée dans mon département et le chef du service qui a dû y faire face était un de mes amis. Le problème qu'elle posait tient à l'absence de hiérarchie entre ceux qui, parmi les proches de la personne concernée, peuvent éclairer la décision médicale. Dans des familles divisées, dont certains membres pensent blanc et d'autres noir, il n'y a pas d'issue. Mon amendement proposait donc d'instaurer une telle hiérarchie privilégiant le conjoint, à défaut les enfants majeurs, et ainsi de suite.

Ce changement relève cependant d'un autre texte que celui que nous examinons.

Mme Nadia Hai. Quel texte ?

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Bentz.

M. Christophe Bentz. Nous sommes naturellement défavorables à ces amendements d'élargissement. Le choix qu'expriment les directives anticipées n'est pas seulement individuel, car il implique l'entourage médical et familial, et interroge plus largement notre société dans son ensemble. Nos discussions le démontrent.

Pour n'être pas uniquement individuel, ce choix n'en est pas moins personnel et ne peut être fait que par la personne concernée et non un tiers.

Vous disiez plus tôt, monsieur le rapporteur général, que cette loi ne risquait pas, si elle était votée, d'annihiler la loi Claeys-Leonetti. Or c'est précisément ce risque qui suscite notre crainte et c'est exactement ce qui arrivera. L'exemple de nos voisins belges le prouve.

Mme la présidente. La parole est à Mme Christine Pires Beaune.

Mme Christine Pires Beaune. Les patients atteints de la maladie de Charcot indiquent que l'assurance que leurs directives anticipées seront respectées le moment venu les rassure et leur permet de vivre au-delà même des limites qu'ils se sont fixées. Paradoxalement, tenir compte de ces directives, c'est permettre à des malades de vivre plus longtemps et surtout plus sereinement, voire éviter des suicides ou des départs en Belgique ou en Suisse. (*Mme Danielle Simonnet applaudit.*)

En l'absence de directives anticipées, le risque existe que des personnes craignant une évolution de leur maladie neurologique demandent l'aide à mourir de manière anticipée, de peur de ne pouvoir le faire le moment venu en raison de

troubles cognitifs. Encore une fois, paradoxalement, prendre en considération ces directives en cas de pathologie neurologique évolutive permettrait aux personnes touchées de vivre leurs derniers mois avec bien plus de sérénité.

Je veux dire au rapporteur général que l'idée de penser les directives anticipées dans le cadre du plan d'accompagnement personnalisé me paraît très intéressante.

Mme la présidente. La parole est à Mme Cécile Rilhac.

Mme Cécile Rilhac. J'ai entendu tout à l'heure un argument contre la prise en compte des directives anticipées s'agissant du recours à l'aide à mourir : cette prise en compte ferait reposer sur le médecin la responsabilité de répondre à une demande effectuée antérieurement, bien avant l'administration de la substance létale.

N'étant ni médecin ni soignante j'ai rencontré, comme vous tous, différents professionnels de santé, notamment au sein de l'unité de soins palliatifs (USP) d'Argenteuil. Pour répondre à mes questions, son équipe médicale s'est appuyée sur le cas d'un patient atteint de la maladie de Charcot qu'elle avait dû traiter. En dépit du fait qu'ils étaient conscients que ce patient ne pouvait plus communiquer avec ses proches et qu'ils avaient bien identifié les souffrances physiques et psychologiques qu'il devait endurer, les membres de cette équipe ont dû constater qu'ils n'avaient plus les moyens d'accéder à sa demande.

Lorsque j'ai évoqué la possibilité qu'ils auraient eue de l'accompagner jusqu'au bout si des directives anticipées ou tout autre document avaient été pris en compte, ces soignants ont clairement affirmé qu'ils ne comprenaient pas pourquoi il était impossible, dans de tels cas, de s'appuyer sur les directives anticipées.

Je suis sensible au sous-amendement n° 3519 de M. Gernigon, qui ouvre un débat d'autant plus intéressant, madame la rapporteure, que nous pouvons voter dès à présent les amendements en discussion. En effet, plusieurs amendements identiques portant article additionnel après l'article 7, si nous prenons le temps de les travailler ensemble, peuvent ouvrir la voie, dès la première lecture du texte, à une prise en considération des demandes d'aide à mourir qui auront été suivies d'une perte de discernement ou de conscience.

Mme la présidente. La parole est à M. René Pilato.

M. René Pilato. Ce qui nous intéresse dans les deux amendements, n°s 1449 et 2341, que notre groupe a souhaité sous-amender, est la référence au diagnostic. Dès lors que celui-ci est posé, le plan d'accompagnement personnalisé peut s'appliquer. Nous avons insisté pour que, dans le cadre de ce plan, les directives anticipées soient rédigées si elles ne le sont pas et réécrites si elles le sont.

Nous avons travaillé non sur les amendements à l'article 6 mais sur les amendements portant article additionnel après l'article 7. Je vous invite à lire l'amendement n° 1866 de Mme Leboucher, qui reprend exactement les propositions de M. Peytavie, du rapporteur général et de la rapporteure. Nous voterons les amendements n°s 1449 et 2341 et nos sous-amendements afférents. L'amendement n° 1866 traite de ce sujet à nouveaux frais, au plus près de l'instant de l'administration de la substance létale, puisque c'est après que la personne a demandé à mourir que l'on aimerait que les directives anticipées soient prises en compte.

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Turquois.

M. Nicolas Turquois. Je tiens à réitérer mon opposition aux directives anticipées. J'entends les arguments contraires, mais je maintiens qu'il y a des personnes fragiles, de par leur situation personnelle ou de par l'annonce de la maladie, ce qui appelle à la plus grande précaution.

Et puis nombre de situations évoquées sont d'ores et déjà réglées. Je pense en premier lieu aux victimes d'accidents. Rappelez-vous qu'au cours des auditions, il a été démontré que dès lors qu'il faut une assistance externe pour maintenir la personne en vie, les directives anticipées peuvent s'appliquer en vertu de la loi Claeys-Leonetti. Quant aux victimes de maladies neurodégénératives, elles remplissent les conditions cumulatives que nous avons votées : elles souffrent d'une affection grave et incurable, qui engage le pronostic vital ; on peut donc, avant que l'évolution de la maladie soit trop importante, faire appel à l'aide à mourir sans recourir aux directives anticipées. Voilà pourquoi je suis opposé à ces amendements.

Mme la présidente. Chacun a pu s'exprimer. Nous passons aux votes.

Je mets aux voix le sous-amendement n° 3519.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	72
Nombre de suffrages exprimés	63
Majorité absolue	32
Pour l'adoption	23
contre	40

(Le sous-amendement n° 3519 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix le sous-amendement n° 3531.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	76
Nombre de suffrages exprimés	75
Majorité absolue	38
Pour l'adoption	25
contre	50

(Le sous-amendement n° 3531 n'est pas adopté.)

(L'amendement n° 1449 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix le sous-amendement n° 3532.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	79
Nombre de suffrages exprimés	79
Majorité absolue	40
Pour l'adoption	26
contre	53

(Le sous-amendement n° 3532 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 2341.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	82
Nombre de suffrages exprimés	82
Majorité absolue	42
Pour l'adoption	28
contre	54

(L'amendement n° 2341 n'est pas adopté.)

(Les amendements n° 2473, 2472 et 492, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 2214.

M. Jérôme Guedj. Vous pouvez le voter par accident !
(Sourires.)

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	75
Nombre de suffrages exprimés	73
Majorité absolue	37
Pour l'adoption	18
contre	55

(L'amendement n° 2214 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Mes chers collègues, essayons de revenir à la règle d'une minute maximum par intervention sur les amendements. Vous ne vous en êtes peut-être pas rendu compte, mais la plupart des intervenants ont allègrement dépassé les deux minutes, et au rythme d'une demande de parole par groupe pour chaque série d'amendements, il est d'autant plus nécessaire d'accélérer.

Je suis saisie de trois amendements identiques, n° 1812, 1813 et 1890.

La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 1812.

M. Patrick Hetzel. Le groupe Les Républicains jugerait insupportable que la personne se résigne à l'aide à mourir faute d'un accès à un traitement adapté ou à des soins palliatifs en raison de déserts médicaux. Nous proposons donc que l'alinéa 9 de l'article 6 soit complété par les mots suivants : « dès lors que l'accès aux traitements adaptés et aux soins palliatifs lui est effectivement garanti ». Cela rassurerait les patients comme les professionnels de santé, raison pour laquelle cet amendement nous paraît particulièrement pertinent.

Mme la présidente. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 1813.

Mme Emmanuelle Ménard. Mon collègue l'a excellemment défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 1890.

M. Thibault Bazin. Pour que le consentement soit réellement libre et éclairé, il faut qu'il y ait au préalable une garantie d'accès aux traitements adaptés et aux soins palliatifs. Il serait insupportable que le patient se résigne à l'aide à mourir faute de solution alternative, en raison de déserts médicaux. Bon nombre de personnes auditionnées nous ont dit qu'à partir du moment où on met en place les soins palliatifs, la demande de mort disparaît dans l'immense majorité des cas. On voit bien que le consentement libre et éclairé est directement lié à l'accès aux soins palliatifs.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure. Je serai brève car nous avons déjà eu des heures et des heures de débats sur ces questions. Je rappelle que l'alinéa 10 de l'article 7 dispose que le médecin doit proposer au malade une prise en charge palliative. De plus, les dispositions du titre I^{er}, que nous avons examinées pendant des jours, prévoient à l'article 1^{er} *bis* une stratégie décennale sur laquelle je ne reviendrai pas, sinon pour rappeler qu'elle vise à garantir l'accès aux soins palliatifs. L'avis est donc défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. Toute la semaine dernière, nous avons en effet débattu des dispositions du titre I^{er}, soulignant combien il était important de développer les soins palliatifs dans notre pays. J'ai pris des engagements à cet égard et cela fait bien sûr partie intégrante de la stratégie du Gouvernement. Par conséquent, avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Potier.

M. Dominique Potier. Cela me fait penser à ce qu'Orwell appelait la « décence commune ». Cette liberté sans égalité n'a pas de sens, car que signifie la liberté de recevoir une aide à mourir dès lors que l'on n'a pas accès aux soins palliatifs ? C'est pourtant ce que nous sommes en train de voter. Et toutes les heures d'explications que nous avons eues sur les dispositions du titre I^{er} n'ont apporté aucune réponse à cette question ! Le seul élan qui devrait nous habiter, c'est un élan humaniste, républicain, pour une couverture universelle des soins palliatifs. Sinon, on va exposer une partie considérable de nos concitoyens à un choix qui ne sera pas libre, mais contraint par la carence et même par l'incurie publiques. Au-delà des divergences philosophiques qui nous animent, toutes respectables, là est le scandale profond de ce texte au regard des principes républicains qui devraient nous rassembler. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LR et sur de nombreux bancs du groupe RN. – M. Charles de Courson et Mme Annie Vidal applaudissent également.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Juvin.

M. Philippe Juvin. Je rejoins M. Potier : la liberté n'existe que s'il y a un choix réel, c'est-à-dire un choix qui s'inscrit dans une possibilité effective. Il est vrai que l'alinéa 10 de l'article 7 prévoit que le médecin « [p]ropose à la personne de bénéficier de soins palliatifs », mais cela ne saurait suffire : ce n'est pas parce qu'ils sont proposés que le patient y a réellement accès. Une fois sur deux, ce n'est malheureusement pas le cas. Comme l'a dit M. Hetzel, la liberté de choix entre l'aide à mourir et les soins palliatifs n'est réelle que si l'accès à ces soins est effectif. Sinon, il ne s'agit que d'une dissertation.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Non seulement, comme l'a très bien dit le collègue Juvin, l'alinéa 10 apporte de la sécurité,...

M. Philippe Juvin. Je n'ai pas dit ça !

M. Philippe Vigier. ...mais il me semble que le droit aux soins palliatifs étant dorénavant opposable, cette nouvelle disposition apporte une garantie en la matière et donc une réponse à vos questionnements.

(Les amendements identiques n^{os} 1812, 1813 et 1890 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux demandes de scrutin public : sur l'amendement n^o 913, par le groupe Libertés, indépendants, outre-mer et territoires, et sur l'amendement n^o 2300, par le groupe Rassemblement national.

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

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements, n^{os} 3194, 913 et 79, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n^o 3194.

M. Christophe Bentz. Il vise à graver dans le marbre le fait que l'aide à mourir, le suicide assisté ou l'euthanasie ne doivent pas faire partie des directives anticipées.

Mme la présidente. La parole est à M. Charles de Courson, pour soutenir l'amendement n^o 913.

M. Charles de Courson. Dans la logique de la discussion que nous venons d'avoir sur deux séries d'amendements examinées plus tôt, il s'agit de mentionner clairement qu'en matière de recours au droit à mourir, « [l']expression de la volonté ne peut faire l'objet de directives anticipées ». Au moins ce que nous avons voté sera-t-il clair et net.

Mme la présidente. L'amendement n^o 79 de Mme Sandrine Dogor-Such est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure. Défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Noëlle Battistel.

Mme Marie-Noëlle Battistel. Aucun d'entre nous ne devrait voter ces amendements absolument contraires à la position prise par Mme la ministre, par M. le rapporteur général et par Mme la rapporteure, lesquels ont dit qu'il fallait laisser la porte ouverte à un compromis. Ce serait bien le moins, après avoir rejeté tous les amendements concernant les directives anticipées, y compris ceux qui proposaient le minimum du minimum à accorder aux malades.

M. Philippe Vigier. Absolument !

Mme Nadia Hai. Très bien !

M. Gilles Le Gendre. Bravo !

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. À un moment, il faut que l'on soit clair dans l'écriture de la loi. S'il apparaît aux termes des débats – qui sont écoutés – que ce texte laisse ouvertes des portes,...

M. Philippe Vigier. On n'a pas dit ça !

M. Thibault Bazin. ...cela va devenir inintelligible, notamment pour les médecins qui auront à vérifier l'éligibilité aux critères. Prenons le cas des directives anticipées : si c'est une ligne rouge, il faut trancher en conséquence et je suis pour ces amendements qui permettent de graver dans le marbre ce qu'il en est. N'oublions pas qu'il s'agit de protéger à la fois les soignants, les familles et les patients : si la loi n'est pas assez claire, il y a risque que se multiplient les demandes dérogatoires, facteur de pression qui créerait beaucoup d'incompréhension.

Plus on avance dans ce projet de loi, plus c'est confus, et plus on risque alors d'aboutir à une loi mal appliquée.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Le Gendre.

M. Gilles Le Gendre. Soyez beau joueur, monsieur Bazin : les amendements précédents ont été rejetés probablement en grande partie en raison de la promesse de Mme la ministre et de Mme la rapporteure d'ouvrir un vrai débat en se donnant le temps de travailler correctement pour aboutir à une version du texte qui fonctionne au mieux.

M. Philippe Vigier. Mais oui ! Exactement !

M. Gilles Le Gendre. Or, en adoptant les amendements actuellement en discussion, on fermerait la porte à double tour, obligeant et le Gouvernement, et nous-mêmes à ne pas mettre en œuvre la solution de compromis qui a été proposée. Il ne faut surtout pas les voter.

Mme Nadia Hai. Bah oui ! Pas la peine de vous arracher les cheveux, monsieur Bazin ! *(Sourires.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Monsieur Bazin, les tenants et les aboutissants de la question ont été clairement énoncés tout à l'heure, alors ne troublez pas le débat ! *(Sourires sur les bancs du groupe LR.)*

M. Patrick Hetzel. Vous, vous ne le faites jamais !

M. Philippe Vigier. Pensez à nos concitoyens qui nous regardent et ne faites pas comme si ce débat n'avait pas eu lieu tout à l'heure. Ne pas le troubler, c'est rester fidèle à ce qu'a dit Gilles Le Gendre ; c'est ce que je fais. *(Mme Brigitte Liso et M. Joël Giraud applaudissent.)*

Mme Nadia Hai. C'est *Un jour sans fin* !

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Bentz.

M. Christophe Bentz. Madame le ministre, non seulement nous sommes opposés à ce texte, mais en plus celui-ci n'est pas viable. Le collègue Bazin a souligné qu'il était d'ores et déjà confus, et voilà que vous promettez, avec les collègues macronistes, de retravailler la question de l'aide à mourir, celle des directives anticipées ; hier, vous avez avoué que la notion de moyen terme n'était pas tout à fait définie... On ne peut pas légiférer dans ces conditions. Ce n'est pas sérieux.

Mme Nadia Hai. Ça s'est toujours passé comme ça !

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Catherine Vautrin, ministre. Monsieur Bentz, les mots ont un sens. Je n'avoue pas, je n'ai rien à avouer.

M. Gilles Le Gendre. Absolument !

Mme Catherine Vautrin, ministre. Nous ne sommes pas au tribunal. Je me permets de vous le faire remarquer car cela fait plusieurs fois que vous utilisez ce terme.

Vous ne pouvez pas en même temps nous reprocher de ne pas vouloir travailler avec le Parlement, de ne pas vouloir réfléchir avec lui, et repousser la proposition de rouvrir ultérieurement le débat sur les directives anticipées. Nous avons besoin d'avancer, mais je vois bien qu'à ce stade, nous n'avons pas de solution qui fasse consensus. J'ai déjà remercié le bureau de votre assemblée d'avoir accepté qu'il y ait jusqu'à quatre lectures de ce texte. Il me semble raisonnable de garder de quoi travailler.

Dans tous les cas, quelle que soit la date de sa potentielle adoption en première lecture, le projet de loi reviendra devant votre assemblée avant de devenir applicable. Il est donc important de continuer à cheminer, à réfléchir, à rencontrer celles et ceux qui se saisissent du problème.

M. Philippe Vigier. Très bien !

Mme Catherine Vautrin, ministre. Les Français attendent que nous – vous, les représentants de la nation, et moi, l'humble membre du Gouvernement – continuions à travailler sur le sujet. *(Applaudissements sur les bancs du groupe RE.)*

Mme Nadia Hai. C'est comme cela qu'on légifère !

Mme la présidente. La parole est à M. Charles de Courson, que je prie d'être bref.

M. Charles de Courson. Mes chers collègues, nous avons écarté à deux reprises par nos votes l'utilisation des directives anticipées dans le cadre de ce projet de loi.

M. Philippe Vigier. Charles, on n'est pas en loi de finances !

M. Charles de Courson. Mme la ministre a fait une ouverture sur des cas très particuliers, mais pas en matière de directives anticipées. Adopter ces amendements ne fermerait la porte à aucun débat, sinon à celui sur l'utilisation des directives anticipées dans le cadre de l'aide à mourir. Les autres problèmes soulevés relèvent d'une approche tout à fait différente.

(L'amendement n° 3194 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 913.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	60
Nombre de suffrages exprimés	60
Majorité absolue	31
Pour l'adoption	23
contre	37

(L'amendement n° 913 n'est pas adopté.)

(L'amendement n° 79 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n° 2300.

M. Christophe Bentz. Nous avons prévenu, madame la ministre : nous allons continuer à parler de soins palliatifs lors de l'examen du titre II du texte. Vous avez voulu compartimenter celui-ci, mais nous nous y refusons car nous ne croyons pas à l'étanchéité affichée.

Nous revenons sur un débat qui, à mon sens, n'est pas terminé. Il concerne les 200 000 Français qui, chaque année, n'ont pas accès aux soins palliatifs. Nous ne pouvons pas leur proposer comme seule solution alternative l'aide à mourir, le suicide assisté ou l'euthanasie. Dans des départements comme le mien, la Haute-Marne, où il n'y a plus de permanence de soins palliatifs, cela fausse les choses. Des patients souffrent sans voir leurs douleurs prises en compte. Pour eux, l'euthanasie ou le suicide assisté ne peuvent être l'option de rechange.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure. Défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. Défavorable également.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 2300.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	57
Nombre de suffrages exprimés	56
Majorité absolue	29
Pour l'adoption	19
contre	37

(L'amendement n° 2300 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 2440 et 2704.

La parole est à Mme Annie Vidal, pour soutenir l'amendement n° 2440.

Mme Annie Vidal. Je n'ai pas beaucoup d'illusions sur son issue puisqu'il s'agit de réaffirmer que le patient doit être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée.

Je n'irai pas plus loin dans l'argumentaire. En revanche, je vais faire part de mon état d'esprit à ce stade du texte, alors que l'examen de l'article 6 touche à sa fin. Nous avons accepté la définition de l'aide à mourir à l'article 5, en retirant la possibilité de l'intervention d'un proche volontaire, ce dont je me réjouis. Puis trois conditions d'accès essentielles sur cinq ont été modifiées dans le sens de l'ouverture.

M. José Beaurain. Très juste !

Mme Annie Vidal. Nous avons modifié la condition de l'affection grave et incurable en y introduisant la notion de phase avancée ou terminale, ce qui englobera plus de gens. *(MM. Patrick Hetzel et Dominique Potier applaudissent.)* Nous avons modifié la condition de la souffrance, qui peut désormais être physique ou psychologique – il s'agit encore

d'une ouverture. Et maintenant, je sens une volonté d'aller modifier la condition de l'aptitude à manifester sa volonté de façon libre et éclairée.

M. Patrick Hetzel. Elle a raison, et c'est quelqu'un de la majorité qui le dit !

Mme Annie Vidal. Le texte en construction n'est plus du tout celui où s'exprimait une volonté d'encadrer strictement l'aide à mourir. Même si vous me dites que c'est le rôle du Parlement, je regrette profondément cette évolution et je suis désespérée par ce que nous sommes en train de faire. (*Applaudissements sur les bancs des groupes RN et LR. – MM. Emmanuel Pellerin, Dominique Potier et Charles de Courson applaudissent également.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Potier, pour soutenir l'amendement n° 2704.

M. Dominique Potier. Il est difficile de parler après Annie Vidal, dont je partage la position. De même, ce qu'a dit Pierre Dharréville me touche profondément.

À ceux qui, comme Jérôme Guedj et Gilles Le Gendre, évoquent avec sincérité le sujet du coma définitif, je rappelle que la sédation profonde et continue existe dans les directives anticipées. C'est comme si on inventait des questions là où des réponses sont déjà données.

Par ailleurs, j'entends qu'on se moque de prétendues redites, de demandes de précisions. Pourtant, dans n'importe quel contrat financier, de sécurité ou d'assurance, on prend mille précautions alors qu'il ne s'agit que de questions matérielles. Nous, nous parlons de vie et de mort. L'amendement qu'Annie Vidal et moi défendons ne demande qu'une précision explicite de la pleine volonté au moment où un choix est exprimé.

Les adversaires de tels amendements poursuivent un dessein politique et idéologique clair qui ne fait aucune place à la prudence. Ils sont dans une conquête infinie d'un droit à la liberté, au risque de la vulnérabilité. Nous ne les suivrons pas dans cette attitude qui me désespère profondément. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR.*)

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure. Défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à Mme Geneviève Darrieussecq.

Mme Geneviève Darrieussecq. J'entends des mots très forts, comme « désespéré ».

M. Dominique Potier. Oui !

Mme Geneviève Darrieussecq. Ne désespérons pas ! Je suis de celles et de ceux qui voudraient un texte équilibré et resserré, sur une ligne de crête. Certaines discussions nous laissent penser qu'on met un pied dans toutes les portes mais on ne pourra juger de l'équilibre du texte qu'à la fin de son examen, en relisant soigneusement tout ce qui aura été voté. Il y aura par ailleurs une navette parlementaire. Il faut prendre son temps, ne pas désespérer mais être très vigilant.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Je suis très étonné. Parfois, nous faisons référence au principe de précaution et, là, sur un sujet éthique grave, nous en faisons totalement fi.

Je soutiens ces amendements qui, par vigilance, excluent explicitement de l'accès à l'aide à mourir les patients incapables d'exprimer leur volonté. Cette mesure s'appuie sur le principe fondamental de protection des personnes les plus vulnérables et garantit que seules les demandes éclairées et autonomes pourront aboutir à une aide à mourir. C'est aussi simple que cela.

Madame la ministre, vous dites vouloir un texte équilibré. Pourquoi alors vous opposez-vous à ces amendements ? Je n'arrive pas à comprendre – et je souligne que ces propositions n'émanent pas de mon groupe.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Catherine Vautrin, ministre. Monsieur Hetzel, la réponse à votre question est dans l'alinéa 9 de l'article 6 : « Être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. » Nous évoquons depuis la fin de la matinée cette notion, qui constitue une des cinq conditions cumulatives. Dès lors que l'on n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté de façon libre et éclairée, on n'est pas éligible à l'aide à mourir. Il me semble que ces amendements sont pleinement satisfaits.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Noëlle Battistel.

Mme Marie-Noëlle Battistel. Mme la ministre a bien expliqué que ces amendements sont satisfaits. Quand leurs auteurs se disent désespérés, pensent-ils aux malades qui nous regardent et auxquels on n'offre pas de solution immédiate parce qu'on a remis le débat à plus tard ? Eux peuvent être désespérés que leur cas ne soit pas pris en compte. (*Mme Christine Pires Beaune, Mme Karen Erodi et M. Joël Giraud applaudissent.*)

(*Les amendements identiques n° 2440 et 2704 ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 158 de M. Patrick Hetzel est défendu.

(*L'amendement n° 158, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir les amendements n° 72 et 73, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

M. Thibault Bazin. Notre inquiétude porte sur le critère du consentement libre, éclairé et manifesté à toutes les étapes de la procédure. Certains disent que la porte donnant vers autre chose n'est pas fermée puisqu'un groupe de travail sur les directives anticipées serait créé. Cela sème le doute. Si un groupe de travail est installé pour discuter d'une des conditions essentielles, cela veut dire que nous n'avons pas été clairs et que nos débats peuvent créer de la confusion dans l'interprétation de la future loi.

Le présent amendement vise à évaluer le caractère insupportable d'une souffrance, notion floue à en croire certaines auditions menées. Il serait intéressant que la Haute Autorité de santé (HAS) et le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) puissent se prononcer. Tout à l'heure, nous avons eu un débat pour savoir si c'est au patient de décider si sa souffrance est insupportable. La rapporteure a répondu que

ce serait le rôle du médecin, avec l'avis de son équipe. Or on sait qu'il n'y a pas vraiment de collégialité et que le soignant qui examine n'est pas tenu de suivre les autres avis. Il faut donc qu'on puisse rendre objectifs et sécuriser les critères d'éligibilité à un acte qui n'est pas anodin. Le suicide assisté ou l'euthanasie sont des actes irrémédiables.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure. Il importe de préciser que les professionnels de santé sont déjà en mesure d'identifier les affections réfractaires à un traitement. La prise en compte de ce critère et sa délimitation font l'objet de recommandations de la HAS. Une définition par décret en Conseil d'État n'est donc pas nécessaire, d'où un avis défavorable.

(Les amendements n^{os} 72 et 73, repoussés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n^{os} 1932 et 2303, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Christine Loir, pour soutenir l'amendement n^o 1932.

Mme Christine Loir. Son objectif est double : appeler l'attention sur la méconnaissance générale des directives anticipées et ajouter une clause supplémentaire pour l'ouverture du droit au suicide assisté et à l'euthanasie.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, présidente de la commission spéciale. C'est le même amendement que tout à l'heure !

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n^o 2303.

M. Christophe Bentz. Nous le retirons.

(L'amendement n^o 2303 est retiré.)

(L'amendement n^o 1932, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n^o 74.

M. Thibault Bazin. Il est important à mes yeux. J'ai indiqué, en m'exprimant sur cet article, qu'il fallait ajouter noir sur blanc plusieurs conditions d'éligibilité, afin d'exclure certaines personnes dans le but de les protéger – entre autres des abus de faiblesse. L'amendement propose trois conditions supplémentaires, notamment ne pas faire l'objet d'une mesure de privation de liberté ou d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure. Avis défavorable : le débat a déjà eu lieu ; pas question d'exclure *a priori* certaines personnes.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Tout de même ! Le cas des personnes qui font l'objet d'une mesure de privation de liberté s'impose à notre attention ! Nous n'en avons pas encore débattu.

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure. Si ! En commission !

M. Thibault Bazin. En commission, mais pas en séance. Et je pense que certains collègues ici présents ne se sont pas encore demandé si des personnes qui sont emprisonnées ou qui sont sous la menace d'une condamnation peuvent donner leur consentement libre et éclairé. Cette question, il faut se la poser – je le dis avec la plus grande gravité.

Mme la présidente. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard.

Mme Emmanuelle Ménard. En effet, le débat a eu lieu en commission spéciale, mais pas dans l'hémicycle. Or la question du consentement libre et éclairé des personnes qui se trouvent en détention se pose. Je prendrai un exemple tout simple : imaginez une personne qui vient d'être condamnée à une longue peine ou qui est en passe de l'être et qui sait qu'elle est atteinte d'une maladie incurable. Le fait de savoir que de toute façon elle finira sa vie en prison ne pourrait-il pas précipiter sa décision d'y mettre fin ?

Mme Nadia Hai. Il faut qu'elle cumule tous les critères !

Mme Emmanuelle Ménard. Je pense que dans ce genre de situation, on ne peut pas évacuer d'un revers de la main la question du consentement libre et éclairé.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Catherine Vautrin, ministre. Le débat a déjà eu lieu en commission et j'avais développé à cette occasion plusieurs arguments.

Le premier a trait à la pathologie de la personne. Même si elle a été condamnée et qu'elle est détenue, cet élément est premier. Nous avons même évoqué le fait qu'il y avait de fortes présomptions de penser que le détenu se trouverait dans un hôpital carcéral, s'il en existe un, ou dans un autre hôpital. Quoi qu'il en soit, il sera dans un état de santé qui lui permettra d'accéder à l'aide à mourir.

Ensuite, toute condamnée qu'elle soit, cette personne est aussi un patient et, en tant que tel, a droit aux mêmes soins que les autres. Si l'on ne prenait pas en considération sa pathologie et les réponses qui peuvent être apportées, il y aurait rupture d'égalité devant la loi – c'est comme si l'on se demandait si elle a ou non le droit à des soins palliatifs.

Bref, c'est la pathologie qui ouvre l'accès à l'aide à mourir, et non le fait d'être ou non détenu.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, présidente de la commission spéciale et Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure. Exactement !

(L'amendement n^o 74 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements, n^{os} 159, 389 et 657, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n^o 159.

M. Patrick Hetzel. Cet amendement tend à protéger les personnes les plus vulnérables. Il s'inscrit dans le prolongement du rapport du professeur Sicard, qui exprimait certaines

inquiétudes par rapport à la pratique euthanasique. Il s'agit de compléter l'article par l'alinéa suivant : « Ne pas faire l'objet d'une mesure de protection juridique. »

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 389.

M. Thibault Bazin. Sa rédaction diffère légèrement de celle de l'amendement de mon collègue Hetzel mais il est dans le même esprit. Avec ma collègue Annie Genevard, nous proposons de préciser que ne sont pas concernées les personnes qui font l'objet d'une mesure de protection juridique définie à l'article 440 du code civil. En effet, la justice reconnaît l'incapacité de ces personnes à accomplir des actes importants, comme la vente d'un bien immobilier ou la conclusion d'un prêt d'un montant élevé. Ce dont nous parlons est bien plus impliquant – c'est même un acte irrémédiable. Il faut prendre en considération la vulnérabilité de ces personnes. Tel est l'objet de cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Juvin, pour soutenir l'amendement n° 657.

M. Philippe Juvin. De même, quand vous êtes sous curatelle ou – surtout – sous tutelle, vous êtes limité dans les actes de la vie en société : vous ne pouvez pas ester en justice facilement, vous ne pouvez pas acheter ou vendre un bien, etc. La liberté de l'individu n'est pas totale ; elle est soumise au contrôle d'un tiers – c'est le propre de la tutelle. Il serait par conséquent paradoxal d'affirmer que la liberté d'un individu sous tutelle est parfaite et absolue, et qu'elle remplit les conditions de la réalisation du suicide assisté. Je trouverais beaucoup plus logique, pour des raisons de respect des libertés individuelles, de prévoir une exception pour ces situations.

Madame la rapporteure, vous dites qu'il n'est pas question d'exclure *a priori* certaines personnes. Eh bien, si, précisément : c'est ce que nous vous proposons. J'aimerais vous entendre argumenter sur le fond.

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

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure. Sur le fond, les arguments sont les mêmes. L'article 7 du projet de loi apporte des garanties spécifiques concernant les personnes majeures protégées. Les exclure du dispositif serait une atteinte au principe d'égalité devant la loi. En effet, les majeurs protégés se trouvent dans des situations très diverses. Certains sont autonomes et capables de manifester une volonté libre et éclairée. Dans le cas où un majeur protégé ne serait pas en mesure de consentir librement à une procédure d'aide à mourir, l'évaluation médicale du discernement en tiendrait compte et les conditions d'accès à l'aide à mourir ne seraient pas remplies.

Avis défavorable sur tous les amendements.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. J'ajoute qu'une telle exclusion serait contraire aux engagements internationaux que notre pays a pris dans le cadre de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées. Toute l'évolution du droit en matière de protection des majeurs renforce l'autonomie des personnes protégées, particulièrement dans la sphère personnelle et en matière de santé. Comme l'a dit la rapporteure, exclure les majeurs protégés

constituerait une atteinte au principe d'égalité devant la loi. Nous ne pouvons qu'être défavorables à cette série d'amendements.

(Les amendements n°s 159, 389 et 657, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 160.

M. Patrick Hetzel. Il s'agit d'un amendement de repli, car nous considérons que cette question est particulièrement importante. Il vise à compléter l'article par l'alinéa suivant : « S'assurer que la personne n'est pas dans un état de faiblesse ou de vulnérabilité psychologique susceptible d'altérer son jugement ». Le préciser clairement me semble la moindre des choses, vu jusqu'où l'on va par ailleurs. D'un côté, à l'article 18 *bis*, par exemple, le seul fait de chercher à convaincre un proche de ne pas avoir recours à l'aide à mourir risque d'être pénalisé, de l'autre côté, on a l'impression qu'un certain nombre de garanties ne sont pas apportées envers des personnes potentiellement vulnérables.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure. Avis défavorable : l'amendement est satisfait.

(L'amendement n° 160, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n°s 1523 et 658, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 1523.

M. Thibault Bazin. Je voudrais revenir sur la question des personnes qui font l'objet d'une mesure de privation de liberté.

D'abord, on peut se demander si, dans ces conditions, elles peuvent exprimer leur consentement de manière libre et éclairée.

Ensuite, vous avez pris l'exemple des personnes hospitalisées, mais certaines pourraient souffrir d'une affection grave en phase avancée sans être nécessairement en fin de vie et présenter une souffrance psychologique mais non physique, puisqu'un amendement en ce sens a été adopté.

Mme Catherine Vautrin, ministre. À condition que cette souffrance soit liée à la maladie !

M. Thibault Bazin. Je vous pose donc la question : au vu des critères fixés à l'article 6 tel qu'il a été modifié, une personne qui est sur le point d'être condamnée, qui présente une souffrance psychologique ou qui se trouve atteinte d'une affection grave en phase avancée mais pas terminale est-elle apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée ? Comment en avoir la garantie ?

Mme Natalia Pouzyreff. C'est de l'obstruction !

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Juvin, pour soutenir l'amendement n° 658.

M. Philippe Juvin. On parle de personnes qui sont sous mesure de probation ou qui sont incarcérées. Il est bien évident, madame la ministre, que si l'aide à mourir s'applique

à elles, c'est parce qu'elles sont malades. Néanmoins, l'emprisonnement constitue en soi une pression psychologique. Le monde carcéral est suicidogène : il y a la violence, la promiscuité – on dort à deux, trois ou quatre par cellule –,...

Mme Catherine Vautrin, ministre. Quand on est malade, peut-être pas...

M. Philippe Juvin. ...le froid et la maladie.

Mme Catherine Vautrin, ministre. Dans ce cas, il n'y a pas la promiscuité.

M. Philippe Juvin. On recense chaque année 100 à 150 suicides dans les prisons françaises. Prétendre que le fait qu'ils soient en prison ne joue aucun rôle sur l'état d'esprit des personnes malades ne me semble pas approprié.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, présidente de la commission spéciale. Ce n'est pas ce qui a été dit !

M. Philippe Juvin. Certains pourront être poussés par le désespoir ou par la violence du milieu. Il est vrai qu'il en est qui sont libérés pour des raisons de traitement mais – j'ai regardé les statistiques – c'est rare.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet. Trop rare !

M. Philippe Juvin. D'autres sont tellement isolés socialement qu'ils finissent par ne pas vouloir sortir parce que personne ne les attend dehors. Les difficultés sont abyssales. Je ne vois pas comment on peut dire que le suicide en prison n'est pas un problème majeur.

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

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure. Avis défavorable : ce serait une rupture d'égalité devant la loi.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à Mme Sandrine Rousseau.

Mme Sandrine Rousseau. Normalement, les personnes dont le pronostic vital est engagé peuvent bénéficier d'une sortie prématurée de prison.

M. Philippe Juvin. Pas toujours !

Mme Sandrine Rousseau. L'enjeu est plutôt l'amélioration des conditions de détention des détenus. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NUPES.*) Dans certaines prisons, la surpopulation atteint près de 200 %. Des gens dorment par terre dans les cellules ; d'autres, bien que malades, sont laissés en prison. Nous devrions engager une véritable discussion sur la politique carcérale française.

Par ailleurs, ce n'est pas parce que des personnes se trouvent en prison qu'elles sont sans discernement ou sans conscience.

M. Philippe Juvin. Elles sont vulnérables !

Mme Sandrine Rousseau. Elles ont des droits, parmi lesquels celui de voter. Certes, elles se trouvent dans un milieu contraignant ; cependant, leurs droits de citoyens ne s'arrêtent pas à la prison.

Mme la présidente. La parole est à Mme Nicole Dubré-Chirat.

Mme Nicole Dubré-Chirat. Le débat a eu lieu en commission spéciale. Une personne incarcérée est un citoyen comme tout le monde. Elle peut être malade et a droit à des soins, quels qu'ils soient et dans toutes les circonstances. Elle peut souffrir de troubles psychologiques liés à l'incarcération mais cela ne lui ôte pas son discernement ni son droit à l'accès aux soins, y compris les soins palliatifs et l'aide à mourir. Pour aller en milieu carcéral régulièrement, je pense qu'il est indispensable de garantir cet accès. Chacun a les mêmes droits, quel que soit le lieu où il se trouve.

Mme la présidente. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard.

Mme Emmanuelle Ménard. La question que posent ces amendements est celle non de la rupture d'égalité, mais du consentement libre et éclairé. Mon collègue Juvin l'a bien dit – je l'avais moi-même évoqué précédemment. En détention, peut-on donner un consentement libre et éclairé ? Si l'on va sur le terrain de la rupture d'égalité, on peut très bien estimer que quand on est malade, on ne peut plus être en détention, parce qu'il y aurait rupture d'égalité entre les malades. La question ne se pose pas en ces termes. Le problème, c'est le consentement et je pense que les conditions carcérales pèsent sur celui du détenu.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Regardez le cas de la Suisse : un détenu y a eu recours au suicide assisté en février dernier. C'était une première pour ce pays, où un dispositif a longtemps empêché les détenus d'y avoir accès. Si la loi suisse leur donne désormais cette possibilité, elle prévoit toujours une procédure spécifique : la procédure requiert l'accord de « l'autorité de placement ». Vous voyez bien que cette disposition n'est pas anodine. Si le législateur d'un pays dans lequel le suicide assisté est pratiqué depuis longtemps a créé cette exception, peut-être avait-il quelque raison de le faire – vous faites de la Suisse un exemple quand cela va dans un sens, mais pas dans l'autre. Si les Suisses ont pris ces précautions spécifiques, c'est qu'ils les ont jugées nécessaires. Je trouve particulièrement choquant de balayer cet argument d'un revers de la main.

Mme la présidente. La parole est à Mme Danielle Simonnet.

Mme Danielle Simonnet. Eh bien, moi aussi, je suis particulièrement choquée : les élus qui prétendent défendre les personnes incarcérées, arguant que leurs mauvaises conditions d'incarcération pourraient altérer leur consentement libre et éclairé, ne vont jamais visiter les lieux de privation de liberté,...

M. Thibault Bazin, M. Patrick Hetzel et M. Philippe Juvin. C'est faux !

Mme Danielle Simonnet. ...pas plus qu'ils ne mènent la bataille dans cet hémicycle pour l'amélioration des conditions de vie dans les prisons...

M. Patrick Hetzel. J'ai fait un rapport sur le sujet !

Mme Danielle Simonnet. ...ou ne défendent les peines de substitution à l'incarcération. Ils alimentent, au contraire, la surenchère carcérale. La prison de Nanterre compte par exemple 1 000 détenus, pour à peine 600 places. Il y a

bien une bataille à mener pour défendre les droits des personnes en prison, car elles en ont ! (*Exclamations sur les bancs du groupe LR.*)

Mme la présidente. S'il vous plaît !

Mme Danielle Simonnet. Elles peuvent notamment voter. Elles doivent donc aussi pouvoir décider de leur fin de vie. Le contraire constituerait une scandaleuse rupture d'égalité.

M. Hadrien Clouet. Vous, les LR, n'en avez rien à faire des conditions de détention !

Mme la présidente. S'il vous plaît, monsieur Clouet ! Pour avoir présidé la commission des lois pendant cinq ans, je peux vous assurer que le groupe Les Républicains, comme tous les groupes de cette assemblée, est très attentif aux conditions de détention – et c'est heureux. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR.*)

(*Les amendements n^{os} 1523 et 658, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. Les amendements n^o 3358 de M. Hervé de Lépinau et n^o 452 de M. Yannick Neuder sont défendus.

(*Les amendements n^{os} 3358 et 452, repoussés par la commission et le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de six amendements, n^{os} 1708, 454, 1102, 1798, 1801 et 3190, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 454, 1102 et 1798 sont identiques, tout comme les amendements n^{os} 1801 et 3190.

L'amendement n^o 1708 de M. Michel Guiniot est défendu.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n^o 454.

M. Thibault Bazin. Sans vouloir ralentir les débats, j'aimerais revenir sur l'admission en soins palliatifs comme condition d'éligibilité à l'aide à mourir – la question a été évoquée, mais nous ne l'avons pas tranchée. On a objecté qu'il n'existe pas de traitement pour certains cas. Or, en soins palliatifs, il ne s'agit pas forcément de recevoir des médicaments, qu'ils existent ou non ; c'est une approche globale.

Mme Caroline Fiat. Vous voulez traiter avec des médicaments qui n'existent pas ?

M. Hadrien Clouet. Soyez sérieux !

M. Thibault Bazin. C'est très sérieux : les équipes de soins palliatifs assurent une très bonne prise en charge, même s'il n'y a pas de traitement curatif. J'invite à adopter cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Nathalie Serre, pour soutenir l'amendement n^o 1102.

Mme Nathalie Serre. Les personnes qui militent pour le droit à mourir sont souvent en bonne santé et ne vivent pas les souffrances en première personne ; elles réclament pourtant le suicide assisté et l'euthanasie, par anticipation, soit qu'elles aient vécu la fin de vie d'une autre personne, soit qu'elles considèrent qu'une telle situation implique une perte de dignité.

En anticipant un risque d'exclusion, elles nous font part d'une vérité profonde : notre société est inhospitalière pour les plus vulnérables. Le constat est juste. Il souligne les limites et les défaillances de notre système de soins et soulève de bonnes questions ; mais l'euthanasie n'est pas la bonne réponse. Il faut dépasser cette solution par défaut, en prodiguant à tous des soins à la hauteur, qui soulagent, qui ne les laissent pas seuls et ne confinent pas à l'acharnement – de véritables soins palliatifs.

Mme la présidente. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n^o 1798.

Mme Emmanuelle Ménard. Il s'agit d'ajouter une sixième condition à celles que prévoit l'article 6 : avoir eu un accès effectif aux soins palliatifs. Même si – ou, plutôt, surtout depuis que – un droit opposable aux soins palliatifs a été voté, en avoir bénéficié devrait constituer une condition d'éligibilité supplémentaire. Je rappelle qu'un Français sur deux n'a pas accès aux soins palliatifs, dont il aurait besoin. Or, parmi ceux qui en reçoivent, seulement 1 % demandent finalement à être euthanasiés ou à bénéficier de l'aide à mourir. Nous ne pouvons éluder ces chiffres, ni les écarter d'un revers de main. Nous avons voté le droit opposable aux soins palliatifs, ajoutons-les dans cet article !

Mme la présidente. L'amendement n^o 1801 de Mme Emmanuelle Ménard est défendu – c'est un amendement de repli.

La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n^o 3190.

M. Christophe Bentz. Que l'on soit favorable ou défavorable à ce texte relève de l'opinion personnelle et toutes les opinions, je le répète, sont parfaitement respectables. Cependant, on ne devrait pas mettre en débat l'aide à mourir tant que les soins palliatifs ne sont pas développés partout sur le territoire. Autrement dit, le débat intervient beaucoup trop tôt : ...

M. René Pilato. On l'a déjà entendu !

M. Christophe Bentz. ...dans dix ans peut-être, si, comme je l'espère, les soins palliatifs sont devenus accessibles à 100 % des Français, dans tous les départements de France, alors nous pourrions le mener – sauf que le problème sera alors réglé.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur les amendements en discussion commune ?

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure. Défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Turquois.

M. Nicolas Turquois. Je comprends parfaitement qu'il y ait des gens qui soient opposés à ce texte. Mais cela fait cinquante fois – et j'en oublie sans doute – qu'on évoque les soins palliatifs. (*Approbaton sur les bancs du groupe RE.*)

Mme Michèle Peyron. Cent mille fois !

M. Nicolas Turquois. On peut s'opposer en invoquant des arguments de fond, mais chercher à bloquer la procédure n'est pas seulement difficile à supporter, c'est irrespectueux

pour ceux qui attendent la future loi. Je demande qu'on arrête de revenir sans cesse sur les mêmes sujets et qu'on examine le texte.

M. Thibault Bazin. Mais c'est ce qu'on fait !

Mme Nadia Hai. Non, ce n'est pas ce que vous faites !

M. Nicolas Turquois. Des questions importantes doivent venir en discussion.

Mme la présidente. La parole est à Mme Élise Leboucher.

Mme Élise Leboucher. C'est toujours la même rengaine, alors je vais répéter à mon tour. Poser en préalable le fait d'avoir bénéficié d'une prise en charge en soins d'accompagnement, dont les soins palliatifs font partie, revient à imposer un traitement. Cela va à l'encontre de la loi Kouchner de 2002, qui précise que les patients ont le droit de refuser un traitement. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NUPES.*) Nous devons, au contraire, garantir que les personnes aient accès aux différentes solutions dont elles pourraient bénéficier : soins palliatifs, sédation profonde et continue ou aide à mourir. C'est la condition pour qu'elles puissent librement choisir leur fin de vie. Contraindre une personne en fin de vie, déjà condamnée et en situation de souffrance, à opter pour l'un de ces dispositifs, en l'occurrence les soins palliatifs, afin de pouvoir accéder à un autre, l'aide à mourir, crée une hiérarchie entre les solutions, entrave le libre choix des personnes et risque de prolonger leurs souffrances. (*Mêmes mouvements.*)

M. René Pilato. Bravo !

M. Hadrien Clouet. Excellent ! Elle a tout dit !

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-François Rousset.

M. Jean-François Rousset. Les soignants qui travaillent en soins palliatifs font un très bon travail, dont on a besoin ; faute d'unités de soins palliatifs, ceux-ci peuvent être prodigués dans d'autres services. Mais connaissez-vous la durée de séjour moyen en soins palliatifs ? Onze jours.

Mme Lisette Pollet. Et alors ?

M. Jean-François Rousset. Cela relativise le problème : ce n'est pas la peine d'y passer des heures. Nous avons tous conscience de l'importance des soins palliatifs, mais une telle durée relativise l'idée de la mort et de sa prise en charge par des équipes de soignants. Il est important pour nos discussions de le savoir. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe RE. – M. René Pilato applaudit également.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such.

Mme Sandrine Dogor-Such. Monsieur Turquois, nos débats suivent la liasse des amendements. Certes, il ne faut pas répéter les mêmes discussions que celles d'il y a quelques jours ou quelques semaines, mais permettez-nous de défendre nos propositions ! (« *Obstruction !* » sur plusieurs bancs du groupe RE.)

Mme Stella Dupont. Vous vous répétez !

Mme Sandrine Dogor-Such. J'insiste : dans certaines villes et certains territoires, les Français sont au désespoir car ils n'ont pas accès aux soins – tout court –, et nous craignons

que cela ne s'aggrave. Les amendements soulèvent donc une bonne question : les patients concernés ont-ils pu accéder aux soins avant de demander l'aide à mourir ?

J'ai également une crainte à l'égard du plan décennal : vu sa durée, l'ouverture des maisons d'accompagnement risque de prendre du temps, alors même que nombre de structures existantes auraient besoin de moyens humains et financiers. Je redoute donc le développement d'une inégalité entre ceux qui auront les moyens de se soigner et ceux qui ne les auront pas.

Rappel au règlement

Mme la présidente. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour un rappel au règlement.

Mme Emmanuelle Ménard. Sur le fondement de l'article 100, relatif au bon déroulement de nos débats. Je comprends que certains députés regrettent que nous passions beaucoup de temps sur le sujet des soins palliatifs, sujet qui nous intéresse autant qu'il nous importe. Cependant, chers collègues, passer des heures sur les directives anticipées ne gêne personne et nous ne nous sommes pas opposés à l'examen de vos amendements les concernant. Pourrions-nous avoir la patience de nous écouter les uns les autres ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR. – Exclamations sur les bancs du groupe RE.*)

Mme la présidente. Continuons nos débats sereinement !

Article 6 (suite)

(*L'amendement n° 1708 n'est pas adopté.*)

(*Les amendements identiques n° 454, 1102 et 1798 ne sont pas adoptés.*)

(*Les amendements identiques n° 1801 et 3190 ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. Sur l'article 6, je suis saisie par les groupes Renaissance, Les Républicains, Démocrate (MODEM et indépendants) et Écologiste-NUPES d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Philippe Juvin, pour soutenir l'amendement n° 659.

M. Philippe Juvin. L'amendement vise à garantir que toutes les conditions légales seront respectées en matière d'aide à mourir, en proposant une procédure calquée sur celle qui est suivie en cas de don d'organe intrafamilial. Quand une personne veut donner un de ses organes – un rein, souvent – à quelqu'un de sa famille, la démarche est enregistrée auprès du tribunal judiciaire. Ce simple enregistrement – ce n'est pas un jugement – assure que les droits sont effectivement respectés et ne prend que peu de temps, souvent quelques jours – je rappelle qu'il s'agit de greffes, opérations parfois urgentes. Cela ne retirerait rien aux droits de la personne qui souhaite mourir tout en constituant un filet de sécurité supplémentaire, notamment pour garantir qu'il n'y ait pas de pressions, par exemple au sein de la

famille. Je ne comprendrais pas que cet amendement soit rejeté : il ne restreint en rien la liberté ; au contraire, il garantit le libre choix.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure. L'amendement est satisfait. Le projet de loi prévoit déjà que l'accès à l'aide à mourir est conditionné au recueil du consentement du patient. Le consentement implique la manifestation d'une volonté libre et éclairée, laquelle constitue l'une des cinq conditions cumulatives de l'éligibilité à l'aide à mourir. Nous sommes au cœur de l'article 6.

Le consentement est recueilli au moment de la demande et réitéré à chaque étape de la procédure jusqu'au moment de l'administration de la substance létale.

Le projet de loi apportant toutes les garanties nécessaires, la condition que vous souhaitez introduire ne constitue de fait qu'un élément de formalisme supplémentaire qui n'est ni nécessaire ni souhaitable. J'émet un avis défavorable.

M. Philippe Juvin. Si elle ne sert à rien, il faut aussi supprimer cette disposition qui s'applique déjà pour les greffes d'organes !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. Nous comprenons votre préoccupation. Cependant, les critères d'éligibilité à l'aide à mourir ont été établis dans l'idée que le patient devait être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée, et à la confirmer tout au long de la procédure. Nous avons prévu des garanties pour que le consentement soit réitéré et vérifié par les médecins jusqu'au bout.

Le tribunal judiciaire n'a pas vocation à recueillir l'expression de la volonté, dont l'évaluation doit être avant tout médicale. Cette évaluation sera d'ailleurs entièrement consignée dans le système d'information. J'émet donc un avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Avec tout le respect que je vous dois, madame la ministre, je voudrais m'inscrire en faux contre vos propos. Comme l'a indiqué notre collègue Philippe Juvin, le code de la santé publique soumet déjà les dons d'organe intrafamiliaux à une telle procédure, laquelle permet au juge de recueillir le consentement des intéressés en s'assurant qu'il est bien libre et éclairé. L'amendement est d'autant plus intéressant qu'il obéit à un parallélisme des formes : il reprend une procédure existante et rapide – elle n'a pas fait obstacle à la réalisation de greffes jusqu'à présent –, qui apporterait des garanties supplémentaires. Le juge jouerait pleinement son rôle en intervenant dans ce cadre.

Mme la présidente. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Depuis quelques semaines, nous ouvrons une brèche dans un mur ; il importe de l'étayer pour éviter qu'elle ne s'élargisse. La vérification des cinq conditions ne doit pas incomber au seul médecin. Ce dernier a bien sûr un avis médical à donner, mais les critères relatifs à la nationalité française ou à l'âge ne sont pas de son ressort, tout comme l'évaluation du consentement libre et éclairé. Il serait intéressant de faire intervenir un tiers extérieur, qu'il s'agisse d'un magistrat ou d'un officier minis-

tériel, comme le propose un amendement que je soutiendrai plus tard. Cela permettrait d'élargir l'évaluation au-delà du cercle médical, en impliquant la société dans le processus.

Mme la présidente. La parole est à Mme Cécile Rilhac.

Mme Cécile Rilhac. Je voterai contre l'amendement. Je m'interroge sur l'utilité de vos propositions. Nous voulons que la loi soit effective, afin que, dans des circonstances très précises, les personnes malades qui le souhaitent puissent accéder à l'aide à mourir. Or, vous ne cessez de vouloir imposer des conditions supplémentaires, au risque d'empêcher tout un chacun d'y accéder.

En dépit de tous vos arguments juridiques ou légaux, je ne vois pas quel est l'intérêt d'un tel amendement, sinon empêcher les gens de recourir à l'aide à mourir.

M. Christophe Bentz. C'est ça ! Bien vu !

M. René Pilato. Ça les fait sourire ! Vous êtes démasqués, collègues !

M. Christophe Bentz. Nous n'avancions pas masqués !

(L'amendement n° 659 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Juvin, pour soutenir l'amendement n° 826.

M. Philippe Juvin. Il est défendu, mais permettez-moi de répondre à ce que je viens d'entendre. Le contrôle des greffes par le juge fonctionne bien. Il vise à s'assurer du consentement du donneur et du receveur. Cela permet d'encadrer les libertés publiques, sans créer aucune gêne.

Mme Nicole Dubré-Chirat. Ce n'est pas la même situation !

M. Patrick Hetzel. Si, c'est exactement la même !

M. Philippe Juvin. Je propose simplement de créer un filet de sécurité de plus. Vous vous y opposez par principe, au motif que ce serait « une condition supplémentaire » ; ça l'est en effet, mais elle vise à garantir le libre exercice d'un droit, et non à le limiter. Je ne comprends pas votre opposition, et je me félicite que M. Isaac-Sibille ait annoncé qu'il défendrait un amendement qui va dans le même sens que le mien.

L'adoption d'une telle disposition présenterait un autre avantage. Nous ne laisserions pas au seul médecin la charge de cette décision difficile : nous la confierions aussi à un autre intervenant qui représente la société.

(L'amendement n° 826, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Brugnera, pour soutenir l'amendement n° 2824.

Mme Anne Brugnera. Il tend à compléter l'article 6 par l'alinéa suivant : « Les patients vivant avec des troubles psychiques sans altération majeure des fonctions cognitives et une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale peuvent bénéficier de l'aide à mourir. » Il précise ainsi l'accès à l'aide à mourir des personnes qui vivent avec des troubles psychiques. Ce sujet exige que le législateur fasse preuve de discernement. Il faut à la fois que ces personnes soient accompagnées contre les envies suicidaires liées à ces troubles, et qu'elles puissent exprimer leur souhait d'en finir lorsque leur souffrance est due à une affection grave et incurable, telle que nous l'avons définie aux alinéas 7 et 8.

Les personnes en situation de handicap psychique et atteintes d'une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale doivent ainsi se voir appliquer le droit commun tout en recevant un accompagnement qui tienne compte de leur spécificité.

Toutefois, seule la souffrance psychologique liée à l'affection grave et incurable doit permettre de recourir à l'aide à mourir, ce qui exclut les souffrances exclusivement liées à des troubles psychiques ou psychologiques.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure. Nous avons déjà évoqué ces sujets. Mon avis est défavorable.

(L'amendement n° 2824, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Thierry Frappé, pour soutenir l'amendement n° 2567.

M. Thierry Frappé. Il vise à compléter l'article 6 par l'alinéa suivant : « Avant toute ouverture d'une procédure d'accès à l'aide à mourir, le médecin informe le patient du pronostic de survie sur la pathologie et ses conséquences. »

L'objectif est de garantir au patient une information parfaite avant qu'il ne décide de recourir à l'aide à mourir. Elle lui permet d'estimer au mieux ses probabilités de survie – même s'il s'agit d'informations statistiques, elles lui donnent tout de même une idée de la situation. Cela pourrait l'encourager à s'accrocher à la vie.

Il y a six semaines, j'ai entendu parler d'une patiente à qui on avait annoncé une maladie grave et incurable, sans lui donner d'autre pronostic que le conseil de mettre rapidement ses papiers en ordre. Après trois semaines de traitement ciblé, on a établi un pronostic de 65 % de chances de survie à 5 ans. Vous comprendrez que cela change la vie. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe LR et sur les bancs du groupe RN.)*

M. Thibault Bazin. Très intéressant !

(L'amendement n° 2567, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Lisette Pollet, pour soutenir l'amendement n° 2393.

Mme Lisette Pollet. Dans son avis n° 73 du 11 septembre 2017, le Comité consultatif de bioéthique de Belgique dit craindre que « le vieillissement en lui-même soit considéré comme une affection grave et, par conséquent, comme un motif légitime de demander l'euthanasie ». Dès lors, le présent amendement vise à empêcher toute personne de demander l'accès à l'aide à mourir en invoquant le vieillissement, afin d'éviter de potentielles dérives.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure. L'amendement est totalement satisfait par les garanties déjà prévues dans le projet de loi en matière de conditions d'accès, sujet dont nous avons déjà beaucoup parlé ces dernières heures et ces derniers jours.

Mme la présidente. Ces dernières semaines aussi, pourriez-vous ajouter.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. L'ensemble des conditions cumulatives sont conçues pour qu'une personne accède à l'aide à mourir en raison de sa pathologie et en aucun cas de son âge. L'amendement est donc satisfait. Je redis cependant qu'il soulève une question extrêmement importante. C'est pour y répondre que ces critères ont été définis.

(L'amendement n° 2393 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Nous avons terminé l'examen des amendements à l'article 6. *(Murmures.)*

Je mets aux voix l'article 6 tel qu'il a été amendé.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	76
Nombre de suffrages exprimés	75
Majorité absolue	38
Pour l'adoption	51
contre	24

(L'article 6, amendé, est adopté.)

Suspension et reprise de la séance

Mme la présidente. La séance est suspendue.

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

Mme la présidente. La séance est reprise.

Comme vous le savez, j'aime bien les statistiques. En deux semaines, nous avons examiné 1 407 amendements.

M. Sébastien Peytavie. C'est pas mal !

Mme la présidente. Il en reste 1 696. Nous ne sommes donc même pas à la moitié !

Mme Catherine Vautrin, ministre. Encore deux semaines donc !

Mme la présidente. Même si des séances supplémentaires ont été consacrées au texte, il va falloir accélérer un peu. En tout cas, nous avons déjà traité des questions importantes à l'article 5 et à l'article 6.

APRÈS L'ARTICLE 6

Mme la présidente. La parole est à Mme Cécile Rilhac, pour soutenir l'amendement n° 491, portant article additionnel après l'article 6.

Mme Cécile Rilhac. Je serai brève et précise. Cet amendement, déposé par notre collègue Raphaël Gérard, a pour objet de permettre, dans des conditions très exceptionnelles, à des personnes ne présentant pas de maladie incurable mais se trouvant dans une situation d'impasse thérapeutique engageant leur pronostic vital à court terme, de bénéficier d'une aide à mourir. Il concerne notamment les personnes faisant l'objet de transplantation d'organes qui se retrouvent en fin de vie à la suite, par exemple, d'un rejet de greffe ou d'un échec de plasmaphérèse.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Laurence Maillart-Méhaignerie, rapporteure. Je sais que ces questions tiennent à cœur au député Raphaël Gérard. Pour autant, cet amendement introduirait une dérogation aux conditions prévues à l'article 6 que nous venons longuement de discuter. Je vous demande de le retirer ; à défaut, mon avis sera défavorable.

J'ajoute que je vous souhaite une bonne fin de travaux puisque je laisse la place sur le banc des commissions à Laurence Cristol, rapporteure pour les articles 7 à 15. (*Applaudissements sur les bancs des groupes RE, Dem, HOR et GDR-NUPES, et sur plusieurs bancs du groupe LFI-NUPES.*)

Mme la présidente. Merci beaucoup, madame la rapporteure, pour votre travail.

(L'amendement n° 491, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

ARTICLE 7

Mme la présidente. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 7. Je rappelle qu'il fait partie de ceux pour lesquels la conférence des présidents a ouvert la possibilité que s'expriment deux orateurs par groupe au lieu d'un.

La parole est à Mme Anne Brugnera.

Mme Anne Brugnera. L'article 7 détaille la procédure à suivre pour demander et obtenir l'aide à mourir. Cette procédure est relativement complexe.

D'abord, le malade demande à un médecin de bénéficier de l'aide à mourir. Ce médecin ne doit pas être lié au malade par un lien familial, comme l'article le détaille bien. Ensuite, le médecin discute avec le patient de sa maladie, de son évolution et des traitements possibles. Le médecin propose au patient de bénéficier de soins palliatifs – nous les avons souvent évoqués – et lui expose les conditions d'accès à l'aide à mourir, que nous venons de définir. Il indique également à la personne qu'elle peut renoncer à tout moment à l'aide à mourir.

Cet article, par le cadre strict qu'il fixe, est indispensable. Selon moi, il est nécessaire de l'amender sur deux points.

En premier lieu, l'alinéa 11, introduit en commission, oblige le médecin à proposer une éventuelle consultation psychiatrique, ce qui entraîne une psychiatisation du processus. Je trouve cette disposition malvenue et je voterai l'amendement n° 993 de Laurent Panifous – mais ceux d'autres collègues traitent aussi de ce sujet.

En second lieu, les directives anticipées ne sont pas à ce stade intégrées au processus alors que, selon moi, elles devraient l'être. Nous en avons déjà discuté et nous aurons, je le crains, à le faire de nouveau, car de nombreux amendements portent sur cette question.

Mme la présidente. La parole est à M. José Beaurain.

M. José Beaurain. Le texte sur lequel nous travaillons depuis plusieurs jours est difficile, complexe, lourd. C'est un texte qui touche chacun de nous au plus profond de son intimité et qui nous renvoie à des souvenirs forcément douloureux. J'aimerais, en quelques mots, exprimer les craintes qu'il m'inspire, en vous parlant d'un homme. En 2008, cet homme, atteint d'une maladie dégénérative, se retrouve privé de la vue en quelques jours, plongé dans le noir, de manière complète et définitive. Cette pathologie

n'est pas mortelle, bien sûr, mais cette cécité violente le plonge dans une profonde dépression. Fin juin 2008, cet homme tente de mettre fin à ses jours. Dieu merci, il n'y parvient pas.

Le texte que nous examinons, et qui sera probablement adopté dans quelques jours, ne permettrait pas à une personne qui se trouverait dans cette situation d'accéder au suicide assisté – c'est heureux. Seulement, lequel ou laquelle d'entre nous serait en mesure, ce soir, d'affirmer avec force et certitude que cela ne sera jamais le cas, compte tenu de l'évolution des mentalités et des lois, dans dix, quinze ou vingt ans ? Personne.

Pour ma part, ce que je peux affirmer avec force et certitude est que si, en 2008, cet homme avait pu avoir recours au suicide assisté, je n'aurais pas été là ce soir pour vous en parler. (*Applaudissements sur les bancs des groupes RN, LR et sur plusieurs bancs du groupe Dem. – Mmes Edwige Diaz et Sandrine Dogor-Such se lèvent pour applaudir.*)

Mme la présidente. Merci beaucoup, monsieur le député.

La parole est à Mme Élise Leboucher.

Mme Élise Leboucher. L'Assemblée nationale a adopté le droit à l'aide à mourir. Il s'agit désormais de donner corps à ce droit en définissant la procédure à suivre pour l'exercer.

L'article 7, qui porte sur les modalités de présentation d'une demande d'accès à l'aide à mourir, est essentiel : il définit comment une personne, condamnée par la maladie et endurent des souffrances que rien n'apaise, garde le contrôle et exerce son droit de disposer d'elle-même – son droit à dire « stop », son droit à partir quand elle veut et comme elle le veut.

L'examen en commission et les débats en séance ont permis des avancées, mais il reste encore un pas à franchir afin de faire en sorte que ce texte devienne réellement une loi émancipatrice, une loi de libre choix. Nombre de nos collègues, ainsi que les associations de patients, soulignaient que le texte serait incomplet s'il n'ouvrait pas le droit de bénéficier de l'aide à mourir aux personnes qui la demanderaient mais dont, par exemple, la maladie s'aggraverait rapidement au point de provoquer une perte de conscience irréversible avant la fin de la procédure. Nous pensons qu'il faut leur répondre. Nous avons également entendu des collègues – y compris au centre de l'hémicycle – se montrer sensibles à cette demande, mais réclamer un cadre clair.

Nous vous proposons une solution de compromis. Lorsqu'une personne formule une demande expresse d'aide à mourir, elle doit pouvoir demander au médecin d'attester le caractère libre et éclairé de sa demande, attestation qui sera consignée dans ses directives anticipées. Dans le cas où cette personne perdrait conscience de manière irréversible après avoir formulé sa demande et remplirait les quatre premières conditions d'accès à l'aide à mourir, le médecin s'appuierait sur ces directives anticipées modifiées, incluant l'attestation du caractère libre et éclairé de la demande, afin de poursuivre la procédure. Par ailleurs, il aurait la possibilité de recueillir l'avis de la personne de confiance. Nous vous invitons à vous mobiliser en faveur de cette solution de compromis en votant l'amendement n° 1866 après l'article 7. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LFI-NUPES.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Nous en venons au chapitre qui a trait à la procédure. L'article 7 pose, selon moi, plusieurs questions de bioéthique.

La première est celle de l'inscription de cette procédure dans le code de la santé publique, qui entraîne certaines contradictions avec des principes fondamentaux figurant dans le chapitre préliminaire : Droits de la personne.

La deuxième tient au fait qu'un seul témoin soit requis pour recevoir la demande d'aide à mourir, avec le risque de potentiels abus – la question de la transparence de la procédure se pose également, invitant peut-être à ce qu'un écrit en conserve la traçabilité.

La troisième est celle de l'accès aux données médicales du malade, surtout lorsque le médecin qui aurait à instruire la demande n'aurait jamais examiné la personne auparavant. Comment pourra-t-il connaître ses données médicales s'il n'a jamais participé à sa prise en charge ? Qu'en est-il d'ailleurs du secret médical ?

Par ailleurs, cet article pose la question importante de la collégialité. Le texte, à ce stade, prévoit un semblant de collégialité, qui représente une avancée par rapport à la version initiale mais reste insuffisant. La décision d'arrêter ou de limiter des traitements ainsi que certaines procédures encadrées par les lois relatives à la bioéthique font l'objet d'une vraie collégialité. Ce n'est pas le cas ici et cela soulève plusieurs difficultés. Parviendra-t-on en particulier à garantir la présence d'un psychiatre ? D'autant que, à la suite des amendements que nous avons adoptés hier soir, la seule souffrance psychologique – en l'absence de souffrance physique – peut suffire à remplir la quatrième condition d'accès à l'aide à mourir. Je pense en particulier aux personnes en situation de privation de liberté, pour lesquelles la présence d'un psychiatre est fondamentale.

Enfin, se pose la question de la fluctuation de la volonté de recourir à l'aide à mourir. Il faut renforcer la procédure afin de mieux tenir compte de cet enjeu.

Mme la présidente. La parole est à M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj. Pierre Dharréville, qui était inscrit sur l'article 7, a, tout à l'heure, tiré sa révérence,...

Mme Sandrine Rousseau. Tout de même pas !

M. Jérôme Guedj. ...en nous expliquant qu'il ne souhaitait plus prendre part aux débats. Permettez-moi de saluer la qualité de ses interventions, et la manière dont il a su alimenter nos doutes : nous n'avons pas toujours été d'accord, mais il portait une voix précieuse et utile. « Il faut limer sa cervelle contre celle d'autrui », écrivait Montaigne : dans le travail de législation qui est le nôtre, nous avons besoin que les uns et les autres, quels que soient leurs bancs, expriment leurs doutes, leurs inquiétudes, leurs interrogations. C'est ainsi que nous pourrions faire la meilleure loi possible. Elle restera pétrie de doutes, mais j'espère que nous pourrions parvenir à les dépasser pour légiférer dans de bonnes conditions.

Les juristes disent souvent que la procédure est gardienne de la liberté. C'est à l'article 7 qu'il revient de fixer les différentes étapes de la procédure de demande d'aide à mourir et les conditions formelles dans lesquelles elle doit être présentée.

Le patient doit d'abord adresser sa demande à un médecin en activité qui ne soit ni un membre de sa famille ni son ayant droit, point sur lequel avait insisté le Conseil d'État.

Nous serons amenés à revenir sur les évolutions importantes que nous avons fait connaître à ce texte en commission spéciale.

Je pense notamment à l'adoption en commission de l'amendement de la rapporteure Laurence Cristol qui tend à ce que soit systématiquement proposée au patient une consultation avec un psychologue clinicien ou un psychiatre afin de valider l'expression de son consentement libre et éclairé. C'est pour nous une question essentielle.

Je pense aussi à la disposition, introduite grâce à l'amendement de Sébastien Peytavie, visant à ce que les personnes en situation de handicap se voient systématiquement proposer de bénéficier de l'ensemble des droits et des dispositifs auxquels elles peuvent prétendre.

Nous n'y insisterons pas, car le débat à l'article 6 a déjà été vif : mais nous pensons, et vous n'en serez pas surpris, que l'on aurait pu trouver dans cet article consacré à la procédure des dispositions relatives aux directives anticipées. Je prends acte de la proposition qui nous a été faite de l'ouverture d'un travail collectif à ce sujet ; il vous reste à nous indiquer la méthode avec laquelle nous devons le mener afin qu'il soit fécond.

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Bentz.

M. Christophe Bentz. Ouvrant le chapitre « Procédure », cet article définit les modalités de présentation de la demande d'aide à mourir par le patient, ainsi que l'obligation d'information qui incombe au médecin. Ces dispositions sont bien entendu nécessaires ; encore faut-il qu'elles fixent des garanties suffisantes pour garantir que le consentement donné par le patient est véritablement libre et éclairé. On ne rappellera jamais assez combien est particulière, de ce point de vue, la situation d'un malade demandant à mourir. Sa volonté est contrainte par la souffrance qu'il éprouve, et son jugement est influencé par l'absence d'un espoir raisonnable de guérison.

Cet article, qu'on prétend purement technique, touche en son cœur à la protection du caractère libre et éclairé de la volonté du patient, protection qu'il n'assure pas suffisamment, force est de le constater, pas plus que le texte dans son ensemble.

Le médecin et le malade, et c'est sans doute ce qui manque à cet article, doivent être entourés lorsqu'ils sont confrontés à ce choix aux implications morales immenses. La famille doit être informée et il doit être possible de se tourner, si nécessaire, vers un juge ou un collège de professionnels. C'est le sens des amendements que nous avons déposés car, dans ce projet de loi où l'on parle d'accompagnement du malade, ce dernier nous semble cheminer bien seul face à sa détresse. *(Applaudissements sur les bancs du groupe RN.)*

Mme la présidente. La parole est à M. René Pilato.

M. René Pilato. Je voudrais répondre au collègue dont l'ami a malheureusement été atteint de cécité en 2008 que ce dernier ne répondait pas aux critères permettant d'accéder à l'aide à mourir. Une grande dépression n'y suffit pas : les critères sont cumulatifs, il est important de le rappeler.

L'article 7, tel qu'il est issu des travaux de la commission spéciale, nous semble plutôt convenable et nous ne proposons qu'un très petit nombre d'amendements.

Il ne va pas sans l'article 17 consacré au contrôle et à l'évaluation qui sont fondamentales, par exemple pour l'application de l'alinéa 6. Même si nous faisons preuve d'intelligence collective, il est évident que, dans la production d'un texte aussi élaboré que celui-ci, nous aurons fait quelques erreurs : les remontées du terrain seront indispensables pour qu'elles soient rapidement corrigées.

Je suis surpris par le nombre des amendements visant à supprimer un article qui permet seulement l'application de l'article 6 que nous venons d'adopter. Je m'attendais à des amendements visant à sécuriser et à parfaire la procédure, plutôt qu'à des amendements de suppression qui empêcheraient purement et simplement que le texte s'applique. Cela confirme les propos de ma collègue : ceux qui ne retirent pas leurs amendements de suppression veulent tout simplement faire échec au projet de loi. (*Mme Karen Erodi applaudit.*)

M. Patrick Hetzel. On est bien d'accord !

M. Xavier Breton. Quelle perspicacité !

Mme la présidente. La parole est à Mme Sandrine Rousseau.

Mme Sandrine Rousseau. Cet article définit les étapes nécessaires pour pouvoir accéder à l'aide à mourir. Consacré à la procédure, il montre qu'elle protège les personnes. Je salue à ce titre l'adoption en commission spéciale de l'amendement de Sébastien Peytavie permettant de vérifier que les personnes en situation de handicap ont eu accès à toutes les mesures nécessaires afin que leur handicap ne constitue pas la motivation de leur volonté de mourir.

Il ne faudrait cependant pas que la procédure devienne un moyen de faire obstruction à l'application du texte. Cela entrerait en contradiction avec son esprit même : il consacre une liberté nouvelle pour ceux qui veulent s'en emparer. Si l'ensemble des critères – cumulatifs, répétons le – ont été vérifiés, alors cette liberté doit être pleine et entière et ne pas être soumise à la lourdeur d'une procédure, qui constituerait une charge mentale supplémentaire au moment où on n'aspire qu'à se libérer l'esprit et à pouvoir vivre ses derniers jours de la manière la plus sereine possible. (*Mme Nathalie Serre s'exclame.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Potier.

M. Dominique Potier. L'intervention de M. Pilato m'incite à prendre la parole à mon tour. Nos collègues Pierre Dharréville et Annie Vidal nous ont quittés...

M. Gilles Le Gendre. Pas tout à fait !

M. Dominique Potier. ...et, pour moi comme pour eux, c'est une épreuve que de naviguer entre nos convictions et notre esprit de responsabilité. Nos convictions justifient les amendements de suppression par lesquels nous témoignons de notre hostilité au titre II de ce texte, pour des raisons fondamentales que chacun respecte ici, du moins je l'espère. Notre esprit de responsabilité, lui, nous invite à essayer de limiter autant que possible les effets de ce texte. Vous faites vous-même, monsieur Pilato, sur d'autres objets politiques, l'expérience de ce genre de manœuvres. Elles ne sont pas faciles à assumer, mais nous devons les respecter : elles font partie des moyens qui nous permettent de participer au débat.

Au moment où nous abordons l'article 7, je voudrais revenir sur un point à propos duquel les affirmations de M. le rapporteur général, notamment, ont fait naître une mauvaise controverse. Les personnes du monde du soin sont nombreuses à me dire qu'on ne travaille pas sur de tels sujets en regardant des sondages, mais en consultant des organisations professionnelles, avec leurs spécialités respectives. Or, très largement, et dans tous les domaines, ces professionnels nous ont mis en garde contre les périls de cette loi. Qu'il n'y ait, sur ce sujet, aucune manipulation : nous faisons cette loi, en très grande partie, contre les intuitions, l'expérience et les convictions de ceux qui se consacrent à soigner nos concitoyens. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LR.*)

Mme la présidente. Nous en venons aux amendements.

Je suis d'abord saisie des amendements identiques, n^{os} 93, 161, 589 et 660, tendant à supprimer l'article 7.

Je vous informe que le groupe Écologiste-NUPES m'a saisie d'une demande de scrutin public sur ces amendements.

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

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n^o 93.

M. Thibault Bazin. J'espérais que Mme la ministre et Mme la rapporteure allaient répondre à nos interventions liminaires, mais je comprends qu'il nous faut avancer. C'est un des problèmes que pose notre procédure législative : nous examinons les amendements de suppression avant que d'avoir pu examiner les amendements portant sur le contenu des articles.

M. Philippe Vigier. C'est toujours comme ça !

M. Thibault Bazin. Dans l'état du texte, au sortir de la commission spéciale, la procédure encadrant la demande d'aide à mourir ne nous convient pas.

M. Philippe Vigier. Et ne vous conviendra jamais !

M. Thibault Bazin. C'est le sens qu'il faut donner à nos amendements de suppression, et ne pas les interpréter comme un souhait qu'il n'y ait pas de procédure. Même si le projet de loi, à ce stade, nous inquiète profondément, cette procédure reste à tout le moins nécessaire : nous manifestons aussi, de cette manière, l'esprit de responsabilité qui vient d'être évoqué.

La procédure actuellement prévue ne nous satisfait pas. Allons-nous envisager plusieurs témoins ? Qu'en est-il de la transparence, de la traçabilité, du partage des informations médicales, de la collégialité, de la consultation d'un psychiatre ? Nous éprouvons, madame la ministre, de nombreuses inquiétudes.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n^o 161.

M. Patrick Hetzel. Durant les travaux de la commission spéciale, nous vous avons mis en garde sur un certain nombre de points et nous ne sommes absolument pas satisfaits de la procédure retenue, qui comporte des risques de dérives. C'est pourquoi nous défendons plusieurs amendements de repli, après avoir soutenu ces amendements de suppression.

Cher collègue Pilato, nous pouvons avoir une divergence de points de vue, et l'exprimer en déposant des amendements, mais dire de ces amendements qui manifestent un désaccord qu'ils sont des amendements d'obstruction, c'est méconnaître la manière dont se fait le travail législatif. Nous savons aussi rédiger des amendements d'obstruction, certains le savent : ce serait tout autre chose.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je le confirme !

Mme la présidente. Nous en sommes d'accord, monsieur Hetzel. J'ai d'ailleurs remercié tous les groupes de n'avoir pas pratiqué d'obstruction à l'occasion de l'examen de ce texte. Le débat peut ainsi avoir véritablement lieu, et je le salue.

La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n^o 589.

Mme Emmanuelle Ménard. Je vous remercie, madame la présidente, de reconnaître le sérieux dont, sur tous les bancs, nous avons su faire preuve. Tous les professionnels de santé le reconnaissent également.

L'objectif de l'article 7 est de préciser les conditions de présentation d'une demande de suicide assisté ou d'euthanasie. Comme M. Hetzel l'a dit, cette procédure comporte un certain nombre de risques de dérive. À l'heure où un département sur deux est dépourvu d'unité de soins palliatifs, la légalisation du suicide assisté ou de l'euthanasie me semble tout à fait prématurée. Je me fais ici le relais du communiqué relatif à la stratégie décennale de soins palliatifs annoncée par le Gouvernement, publié le 8 avril dernier par la Sfaf, la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. Ce communiqué souligne la grande fragilité des équipes de soins palliatifs pour lesquelles ce projet de loi constitue une « menace claire », impliquant des « risques de fractures, de tensions et de démissions ».

C'est pour ces raisons que je propose la suppression de l'article 7.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Juvin, pour soutenir l'amendement n° 660.

M. Philippe Juvin. Je tiens à remercier Mme la présidente pour ses mots et pour son observation : ces débats se déroulent sans aucune obstruction.

Je rejoins mes collègues dans les arguments qu'ils viennent de donner. La procédure, telle qu'elle a été définie au sortir des travaux de la commission spéciale, peut être qualifiée d'expéditive. L'expérience que nous avons acquise en voulant, par voie d'amendement, ajouter des conditions à l'article 5 nous rend pessimistes quant à la perspective de voir nos amendements prospérer lors de l'examen de l'article 7 : c'est pour cette raison que nous défendons ici un amendement de suppression.

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cristol, rapporteure de la commission spéciale pour les articles 7 à 15, afin de donner l'avis de la commission.

Mme Laurence Cristol, rapporteure de la commission spéciale. Je remercie les collègues pour leurs prises de parole sur cet article, toutes très respectueuses. Si nous sommes là un vendredi soir, c'est que ce texte nous tient à cœur.

Je rappelle les mots du professeur Jacques Bringer : « Ne pas répondre à ces situations de désespérance, peu fréquentes certes, mais avérées, est inhumain et éthiquement inacceptable. » C'est la ligne directrice de ce texte : remettre le malade au cœur de nos préoccupations.

L'article 7, relatif à la procédure, est rédigé de manière à sécuriser le droit à mourir.

J'ai entendu deux types d'inquiétude sur les articles 7 à 15, en commission spéciale mais également ce soir : sur l'effectivité de la procédure et sur les garanties éthiques.

Du point de vue éthique, la procédure s'appuie sur la demande expresse du patient – et de lui seul. Cela ne pourra jamais être une proposition du corps médical. Elle est fondée sur la réitération de la demande – au moins trois fois. Jusqu'à la fin de la procédure, le patient peut révoquer sa demande à tout moment. Enfin, la décision est fondée sur la collégialité. J'y insiste, il s'agit donc d'une procédure très précise, dotée de garanties éthiques robustes.

Une telle procédure doit en outre être applicable. C'est la raison pour laquelle, comme en commission, j'émettrai des avis défavorables sur les amendements qui créeront des doubles contraintes et qui affaibliront l'effectivité du dispositif ou le rendront inopérant.

L'article 7 présente de nombreuses garanties. Il dispose que la demande du patient doit être expresse et répétée auprès d'un médecin, qui n'a pas de lien avec le patient. Il prévoit une obligation d'information très précise du patient, et une proposition d'orientation systématique vers les soins palliatifs. Le médecin devra s'assurer qu'il puisse y accéder. Adoptant l'un de mes amendements, la commission spéciale a en outre prévu une proposition d'orientation vers un psychologue ou un psychiatre afin d'accompagner le patient dans sa prise de décision. Je le répète, l'article dispose expressément que la personne peut renoncer à sa demande à tout moment. Il prévoit également des garanties supplémentaires pour les majeurs protégés, sans les exclure de ce nouveau droit, afin de respecter leur autonomie.

Pour toutes ces raisons, j'é mets un avis défavorable sur ces amendements de suppression.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. Je suis d'accord avec Mme la rapporteure : depuis deux semaines, les débats sont nourris dans l'hémicycle, les députés présents en séance exprimant des positions construites au fil de leurs travaux et réflexion. Chacun mesure sa responsabilité. Ce n'est pas un texte comme les autres ; c'est un projet de loi très important, dont les enjeux sont lourds – il s'agit de vie et de mort. Nos débats permettent d'entendre les uns et les autres, puis de dessiner une majorité en fonction des amendements présentés.

S'agissant des soins palliatifs, qui ont fait l'objet de nos travaux la semaine dernière, j'ai entendu les très grandes réserves de la Sfaf à l'encontre du titre II, mais elle souligne également l'effort et la volonté du Gouvernement d'équiper le pays en soins palliatifs. Cet engagement que j'ai à cœur de tenir est important pour notre pays – nous ne pouvons nous contenter d'être au quinzième rang des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

J'en viens aux amendements de suppression de l'article 7. Celui-ci prévoit la procédure d'accès à la demande d'aide à mourir ; il complète donc, en quelque sorte, les articles 5 et 6 relatifs à la définition et aux conditions d'accès à l'aide à mourir. Le supprimer reviendrait à supprimer la déclinaison pratique de ce nouveau droit. Il est important que nous débattions de cet article, afin que la procédure soit la plus conforme possible aux souhaits des uns et des autres.

Mme Natalia Pouzyreff. Bien sûr !

Mme Catherine Vautrin, ministre. Avis défavorable sur ces amendements de suppression.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Nous construisons cette loi tous ensemble, dans le respect de nos convictions respectives et en préservant l'expression de chacun.

Chers collègues Les Républicains, je suis surpris quand j'entends Thibault Bazin nous expliquer que vous souhaitez supprimer l'article 7 parce que vous n'êtes pas satisfaits de la procédure dans sa rédaction issue de la commission spéciale. Mais c'est à cela que servent nos débats ! Amendez, comme nous l'avons fait en commission spéciale !

Monsieur Potier, nous avons écouté les soignants à plusieurs reprises. Ainsi, dans sa rédaction initiale, le texte disposait que le patient devait être atteint « d'une affection grave et incurable engageant son pronostic vital à court ou moyen terme » pour pouvoir accéder à l'aide à mourir. Pour avoir été présent aux auditions, vous savez que tous les soignants, opposés ou non au texte, avaient dit leur inquiétude sur la notion de moyen terme, qu'ils ne savent pas caractériser. Nous avons donc supprimé cette mention en commission – même si nous avons réintroduit celle du pronostic vital hier.

C'est bien ici que se construit le texte, avec tout le monde, en fonction des convictions des uns et des autres.

Mme la présidente. La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such.

Mme Sandrine Dogor-Such. Nous travaillons depuis des semaines sur ce projet de loi qui représente un enjeu sociétal tout en touchant à l'intime puisque ces sujets peuvent affecter nos amis ou nos familles. C'est quelquefois très compliqué et nos débats sont empreints d'émotion.

Notre collègue José Beaurain a parlé avec son cœur. Il ne s'agissait pas pour lui de fléchir les uns ou les autres. Même s'il n'appartenait pas à mon parti politique, je me serais quand même levée et j'aurais également applaudi. L'essentiel, quand on subit une maladie neurodégénérative, et plus largement quand on est malade, c'est de pouvoir s'exprimer. *(Applaudissements sur les bancs du groupe RN.)*

M. Christophe Bentz. Bravo !

Mme la présidente. Nous avons été nombreux à être très émus lorsqu'il a pris la parole. Ce sont des moments importants dans notre hémicycle.

Mme Natalia Pouzyreff. Tout à fait !

Mme Edwige Diaz. Merci, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 93, 161, 589 et 660.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	62
Nombre de suffrages exprimés	61
Majorité absolue	31
Pour l'adoption	22
contre	39

(Les amendements identiques n^{os} 93, 161, 589 et 660 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n^o 196.

M. Thibault Bazin. Il s'agit d'un amendement de cohérence, similaire à des amendements précédemment défendus. La codification de ces dispositions dans le code de la santé publique nous dérange. Est-elle conciliable avec les principes fondamentaux qui régissent la pratique des soignants – protéger et secourir – prévus au chapitre préliminaire de ce même code ? La cohabitation de ces deux types de dispositions est problématique.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Laurence Cristol, rapporteure. L'aide à mourir constitue bien un droit des malades en fin de vie. C'est pourquoi la commission spéciale a codifié ces dispositions

au sein du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la santé publique relatif aux droits de la personne malade, et notamment à l'expression de sa volonté. Cette partie du code contient déjà les dispositions relatives au droit de refuser un traitement, par exemple.

En outre, cette codification, qui participe à l'accessibilité de la loi, est appelée de ses vœux par le Conseil d'État dans son avis, ainsi que par les éminents juristes que nous avons entendus lors des auditions – comme Mme Martine Lombard ou M. Emmanuel Terrier.

Avis défavorable.

(L'amendement n^o 196, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n^o 2338.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je le retire.

(L'amendement n^o 2338 est retiré.)

Mme la présidente. L'amendement n^o 1526 de M. Marc Le Fur est défendu.

(L'amendement n^o 1526, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n^o 1740.

Mme Emmanuelle Ménard. C'est un amendement de cohérence.

(L'amendement n^o 1740, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n^{os} 162 et 1742, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n^o 162.

M. Patrick Hetzel. La défense de cet amendement vaudra pour plusieurs autres qui suivent, puisqu'il s'agit d'une question de terminologie. Le projet de loi emploie régulièrement le mot « personne ». Je considère qu'il faudrait viser le « patient en phase terminale » : c'est parce que la personne est un patient qu'on lui propose l'aide à mourir.

Mme la présidente. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n^o 1742.

Mme Emmanuelle Ménard. Il complète celui de mon collègue Hetzel. Si ce projet de loi est adopté, il faut que seuls les patients en phase terminale d'une maladie grave et incurable puissent avoir accès au produit létal.

(Les amendements n^{os} 162 et 1742, repoussés par la commission et le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements pouvant être soumis à une discussion commune, dont deux séries d'identiques.

Les amendements n^{os} 80 de Mme Sandrine Dogor-Such, 163 de M. Patrick Hetzel, 584 de Mme Emmanuelle Ménard et 3198 de M. Christophe Bentz sont défendus, tout comme les amendements identiques n^{os} 583 de Mme Emmanuelle Ménard et 719 de M. Julien Odoul, les

amendements identiques n^{os} 582 de Mme Emmanuelle Ménard et 1527 de M. Marc Le Fur, et l'amendement n^o 77 de M. Thibault Bazin.

La parole est à M. Charles de Courson, pour soutenir l'amendement n^o 899.

M. Charles de Courson. Il est très différent des précédents puisqu'il vise à remplacer les mots « aide à mourir » par les mots « assistance au suicide avec exception d'euthanasie ». Il s'agit de revenir à la philosophie initiale du projet de loi.

Mme la présidente. L'amendement n^o 3196 de M. Christophe Bentz est défendu.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n^o 78.

M. Thibault Bazin. Il faut tout de même que le texte se tienne, monsieur de Courson – et ce n'est déjà pas facile. (*Sourires.*) Dans la version issue de la commission, il n'y a plus d'exception d'euthanasie à l'article 11.

M. Charles de Courson. On n'y est pas encore !

M. Patrick Hetzel. Rétablissons-la !

M. Thibault Bazin. Il ne serait donc pas cohérent d'adopter votre amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur les amendements en discussion commune ?

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Avis défavorable. Je ne reviendrai pas sur le débat sémantique – mes collègues rapporteurs ont déjà eu l'occasion de s'exprimer à de multiples reprises. L'aide à mourir ne peut être réduite ni à un suicide assisté ni à une euthanasie. La volonté libre, éclairée et répétée du malade sera indispensable à la réalisation de ce dernier geste.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Vous considérez que l'aide à mourir ne relève ni du suicide assisté ni de l'euthanasie. Permettez-moi de rappeler que nous ne partageons pas tous ce point de vue.

M. Gilles Le Gendre. Nous l'avons bien compris !

(*Les amendements n^{os} 80, 163, 584 et 3198, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

(*Les amendements identiques n^{os} 583 et 719 ne sont pas adoptés.*)

(*Les amendements identiques n^{os} 582 et 1527 ne sont pas adoptés.*)

(*Les amendements n^{os} 77, 899, 3196 et 78, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Brugnera, pour soutenir l'amendement n^o 1969.

Mme Anne Brugnera. L'article 7 précise les modalités de présentation d'une demande d'aide à mourir : si un médecin accepte d'examiner la demande d'un patient, il doit informer celui-ci sur son état de santé, sur les perspectives d'évolution de la maladie, sur les traitements et les dispositifs d'accompagnement disponibles. Si l'aide active à mourir ne peut être un droit pour les personnes malades, il nous semble essentiel de préciser que la demande d'examen du dossier en est un.

Cet amendement a été travaillé avec l'association pour la recherche sur la sclérose latérale amyotrophique (Arsla) – ou maladie de Charcot.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Le projet de loi est déjà suffisamment protecteur : si le médecin ne fait pas jouer sa clause de conscience – auquel cas il doit réorienter le patient vers un professionnel volontaire –, il doit examiner la demande d'aide à mourir et y répondre sous quinze jours. Le dispositif garantit donc déjà l'examen de la demande du patient.

Avis défavorable.

(*L'amendement n^o 1969, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements pouvant être soumis à une discussion commune, dont deux séries d'identiques.

La parole est à M. Charles de Courson, pour soutenir l'amendement n^o 937.

M. Charles de Courson. Le texte issu de la commission spéciale précise que le patient présente sa demande au médecin. Mais quelle forme cette demande doit-elle prendre ? Les amendements en discussion commune présentent plusieurs solutions à ce problème. En droit belge, la demande du patient prend la forme d'un document défini par arrêté conjoint des ministres de la santé et de la justice. Elle est ensuite validée par un notaire qui établit que le patient a exprimé sa volonté de manière libre et éclairée – en cas de doute, il n'établit pas ce document. C'est très important en cas de contentieux, par exemple si le médecin refuse d'accéder à la demande – cas de figure encadré par un article que nous n'avons pas encore examiné. Pour qu'il y ait une preuve de la demande, il faut qu'elle soit écrite et validée par un notaire ; la mention « expresse » n'est pas assez précise. Le recours à l'écrit évitera bien des discussions.

Mme la présidente. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n^o 2179.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Le processus étant déclenché par la volonté exprimée par le patient, cette demande doit être formalisée et écrite.

Mme la présidente. La parole est à Mme Geneviève Darrieussecq, pour soutenir l'amendement n^o 3280.

Mme Geneviève Darrieussecq. Au risque d'alourdir et de complexifier les choses, nous proposons que la demande soit formulée en présence de la personne de confiance ou, si le patient n'en a pas désigné, de deux témoins qui ne présentent pas de lien familial avec lui. Il s'agit de prévenir tout conflit d'intérêts, d'assurer la transparence et de protéger les acteurs de la demande.

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n^o 212.

M. Thibault Bazin. Je propose de préciser que la demande doit être rédigée devant deux témoins sans lien familial avec le patient. Nous voulons éviter les abus et garantir la transparence de la procédure, en apportant une sécurité à tous les acteurs. Sinon, les deux personnes – celle qui fait la demande et celle qui la reçoit – seront en situation d'insécurité juridique. C'est donc aussi une question de collégialité.

Mme la présidente. L'amendement n^o 2444 de Mme Annie Vidal est défendu.

La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 585.

Mme Emmanuelle Ménard. Mon amendement vise le même but que ceux qui ont déjà été présentés, mais il est plus simple – c'est peut-être un signe de naïveté. Je propose que la demande du patient soit écrite et signée, car demander à mourir n'est jamais anodin. La procédure proposée garantira la véracité de la demande.

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n° 3199.

M. Christophe Bentz. Nous essaierons désormais de restreindre les conditions d'accès à ce que vous appelez l'aide à mourir, et donc de protéger les personnes, leur choix et leur liberté. Par conséquent, nous proposons que la demande soit manuscrite et signée.

Mme la présidente. Nous en arrivons à deux amendements identiques, n° 707 et 892.

La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 707.

M. Patrick Hetzel. Je défendrai les amendements n° 707 et 164 – leur esprit est similaire. Nous proposons que la demande soit écrite et non simplement expresse, pour assurer une traçabilité.

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 892.

M. Thibault Bazin. Je défendrai en même temps l'amendement suivant, n° 1528, de M. Marc Le Fur.

Nous ne mentionnons plus les témoins, mais proposons que la demande soit écrite, afin de la sécuriser.

Mme la présidente. L'amendement n° 1528 de M. Marc Le Fur vient d'être défendu.

Mme la présidente. Nous en venons à une nouvelle série d'amendements identiques, n° 164, 936 et 3200.

L'amendement n° 164 de M. Patrick Hetzel a été défendu.

La parole est à M. Charles de Courson, pour soutenir l'amendement n° 936.

M. Charles de Courson. Je propose simplement que la demande soit écrite. C'est un amendement de repli pour le cas où nous n'adopterions pas l'amendement n° 937, qui est bien meilleur.

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n° 3200.

M. Christophe Bentz. Le terme « expresse » est beaucoup trop flou. Nous demandons que la demande soit écrite, manuscrite et signée, comme c'est le cas en Oregon ou en Belgique.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur cette série d'amendements en discussion commune ?

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Ces nombreux amendements issus de tous les bancs montrent bien l'intérêt de la réflexion. Il est cependant impossible d'exiger une demande manuscrite...

M. Bruno Millienne. Ah bon ?

Mme Laurence Cristol, rapporteure. ...elle pourrait exclure des personnes qui sont physiquement incapables d'écrire; une telle exigence entraînerait donc une rupture d'égalité.

Parler de demande écrite plutôt que de demande expresse me semble en réalité moins protecteur. Le qualificatif « expresse » a été ajouté à la suite de l'avis du Conseil d'État.

Mme Natalia Pouzyreff. Oui !

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Pour le Larousse est exprès ce qui est « clairement exprimé »; pour Le Robert, ce qui « exprime formellement la volonté de quelqu'un ».

Exiger la présence de témoins risquerait d'alourdir la procédure alors que le patient ne souhaite pas nécessairement associer ses proches à sa demande. C'est une décision personnelle, qui peut rester confidentielle – il faut respecter le choix de chacun. La demande d'aide à mourir doit pouvoir rester dans le colloque singulier entre un médecin et son patient.

L'inscription de la demande dans le système d'information prévu à l'article 13 et l'exigence de réitération de la demande constituent déjà des garanties suffisantes pour assurer la traçabilité de la demande et éviter les dérives.

Enfin, un acte notarial a un coût qui serait supporté par le patient : cela créerait une inégalité économique.

Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. La rapporteure vient de donner une réponse très complète. La demande est immédiatement consignée par le médecin dans le système d'information prévu à l'article 13 : il y a donc bien une trace écrite. Si le document écrit doit être rédigé par le patient, plusieurs questions se posent : qui écrit si le patient en est physiquement incapable ? Cela le rend vulnérable aux abus de faiblesse, dont il a été question tout à l'heure. Par ailleurs, à qui ce document est-il adressé, et qui le conserve ? Ces questions ne se posent pas avec le système d'information, qui garantit la traçabilité de la demande.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Noëlle Battistel.

Mme Marie-Noëlle Battistel. À titre personnel, je voterai contre cet amendement. Peut-être que d'autres pays procèdent comme les collègues le proposent, mais l'aide à mourir y est-elle encadrée de la même manière ? Nous souhaitons que la demande soit faite de manière libre et éclairée, et réitérée immédiatement avant l'acte. Or beaucoup de personnes ne pourront pas, à ce stade, rédiger leur demande, qui plus est de façon manuscrite, même si elles peuvent encore exprimer leur volonté de manière libre et éclairée.

À ce propos, il est dommage que nous ayons rejeté l'amendement de notre collègue Rilhac, qui proposait que la demande puisse être faite selon les modalités adaptées à la situation de la personne – chaque cas est particulier.

Mme la présidente. La parole est à M. Bruno Millienne.

M. Bruno Millienne. Les amendements en discussion commune, notamment ceux de mes collègues Isaac-Sibille et Darrieussecq, ne visent pas à alourdir la procédure mais à la sécuriser.

Pour ce qui est de l'amendement de M. Isaac-Sibille, je ne suis pas persuadé que le formulaire rempli par le médecin prouve, du point de vue juridique, que le patient ait fait la demande.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Absolument !

M. Bruno Millienne. Par ailleurs, il me semble que l'on pourrait préremplir des formulaires que les patients se contenteraient de dater et de signer – ce serait beaucoup plus sécurisant juridiquement.

Quant à Mme Darrieussecq, elle propose de préciser que les témoins de la demande ne doivent pas avoir de liens familiaux avec le patient. Il s'agit d'une garantie supplémentaire : comme nous l'avons dit, des proches toxiques pourraient profiter de la faiblesse du malade.

Par ces deux amendements, nous ne remettons pas du tout en question la philosophie du texte – tant s'en faut –, mais voulons renforcer la sécurité juridique du dispositif. Est-ce vraiment sécurisant qu'il revienne au médecin d'établir le registre pour le patient qui souhaite recourir à l'aide à mourir ?

Mme la présidente. La parole est à M. Charles de Courson.

M. Charles de Courson. Madame la ministre, toutes vos objections sont résolues par mon amendement n° 937. Si l'on n'est pas en état de rédiger son testament, on fait appel à un notaire et on le lui dicte. Un document défini par arrêté conjoint des ministres permet de couvrir toutes les situations que vous avez évoquées. C'est ce qu'ont fait les Autrichiens – ils ne sont pas plus bêtes que nous.

Le notaire peut remplir le rôle de tiers, comme pour les testaments, qui sont enregistrés. Cela ressemble à l'idée, évoquée dans un article subséquent, d'un fichier qui permette de vérifier si le patient a voulu recourir ou non à l'aide à mourir. Comme il y aura certainement des contentieux, il faut sécuriser la procédure.

Mme la présidente. La parole est à Mme Cécile Rilhac.

Mme Cécile Rilhac. Je remercie Mme Battistel d'avoir mentionné l'amendement rejeté à l'article précédent, qui visait à ajouter « quel que soit le mode d'expression ». Au moment de mettre en place l'aide à mourir, c'est-à-dire lorsque l'échéance est très rapprochée ou que l'état de santé du patient se dégrade rapidement, chercher à obtenir une manifestation écrite ne présente pas d'intérêt. Il faut que les patients puissent exprimer leur dernière volonté, quel qu'en soit le mode d'expression.

Monsieur Millienne, je comprends bien que vous cherchez non pas à alourdir la procédure, mais à protéger les patients ; cependant, lorsque leur autonomie est altérée et qu'il leur est difficile de s'exprimer, exiger qu'ils se manifestent par écrit n'est pas agir en leur faveur.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Potier.

M. Dominique Potier. J'appelle votre attention sur un paradoxe.

Lors de l'examen de l'article précédent, alors que certains collègues nous alertaient sur la situation des personnes sous main de justice, Mme la rapporteure a insisté sur le besoin impérieux d'égalité formelle : elles doivent, comme tout un chacun, pouvoir accéder au suicide assisté et à l'euthanasie. On s'inquiète donc d'une rupture d'égalité qui risque de concerner quelques centaines de personnes par an tout au plus – je me suis renseigné pendant la suspension.

S'agissant des amendements en discussion, j'entends des collègues évoquer le même souci d'égalité – avec le même formalisme : chacun doit pouvoir exprimer sa demande d'accéder au droit à mourir.

Et on ne voit pas l'éléphant au milieu de la pièce : le fait que 180 000 personnes par an – celles qui ne peuvent pas accéder aux soins palliatifs – viennent contredire l'alinéa 10

de l'article 7 selon lequel on doit « garantir la prise en charge [des] besoins médicaux, matériels, psychologiques et sociaux » du patient et « s'assurer[r], le cas échéant, qu'[il] puisse y accéder ». Il s'agit d'une rupture d'égalité magistrale, qui démontre le formalisme de nos débats.

Mme la présidente. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Dans le milieu médical, avant tout acte chirurgical, on fait signer une attestation au patient, pour s'assurer qu'il a été correctement informé – et ce, pour n'importe quelle intervention. S'agissant d'un acte aussi important, la demande expresse ne suffit pas : il faut non seulement recueillir le consentement de la personne, le dater et le faire figurer au registre, mais surtout s'assurer que la personne a bien été informée de la procédure. Alors, celle-ci peut être déclenchée.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Catherine Vautrin, ministre. Monsieur Potier, chacun connaît et respecte votre volonté d'aller plus loin en matière de soins palliatifs et de les déployer effectivement sur l'ensemble du territoire.

M. Philippe Vigier. C'est aussi la nôtre !

Mme Catherine Vautrin, ministre. Tel est exactement le sens de la stratégie décennale que nous proposons, assortie de financements. L'alinéa 10 de l'article 7 dispose que le médecin propose à la personne de bénéficier des soins palliatifs, définis à l'article L. 1110-10 du code de la santé publique – elle peut ou non les accepter, mais notre volonté, sur ce point, est claire. Cette même stratégie vise en outre à renforcer l'offre d'hospitalisation à domicile (HAD) : en dix ans, on doit passer de 70 000 à 120 000 personnes suivies, soit 50 000 personnes supplémentaires. À l'appui de cette volonté d'avancer, il y a des éléments dans le budget pour 2024 et il y en aura dans celui pour 2025 – les années lors desquelles le Parlement examinera le présent projet de loi.

Quant aux explications, monsieur Isaac-Sibille, le texte prévoit bien des éléments formels en cette matière, à commencer par le dossier médical. L'alinéa 13 de l'article 7 dispose expressément que le médecin explique à la personne les conditions d'accès à l'aide à mourir et sa mise en œuvre – c'est écrit noir sur blanc.

M. Philippe Vigier. Il faut que le patient en donne la preuve !

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Juvin.

M. Philippe Juvin. Tous les arguments évoqués sont fondés. Il est vrai que le moindre acte chirurgical requiert une signature : par exemple, on ne peut pas participer à un essai clinique sans avoir manifesté un consentement éclairé.

L'amendement de M. de Courson présente l'avantage non seulement d'exiger une trace écrite, mais aussi d'introduire dans le dispositif l'attestation par une personne extérieure, le notaire. Cela rejoint ma proposition de faire intervenir un juge ou celle de M. Isaac-Sibille d'inclure un officier ministériel. Nous soutenons l'amendement de M. de Courson.

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Turquois.

M. Nicolas Turquois. Je suis contre ces amendements. On ne prend pas suffisamment en considération la singularité de la demande d'accès à la fin de vie. Si j'étais professionnel de santé, ce serait l'écoute et le dialogue qui me permettraient d'attester le bien-fondé de la demande. Pourquoi exiger une demande manuscrite de quelqu'un qui n'est peut-être pas en mesure de la produire ? Que faire si l'on trouve un matin la

demande manuscrite posée sur la table de chevet du patient – vérifier qu'il s'agit bien de son écriture? Ce n'est pas adapté. On se dirige vers un Cerfa intitulé « Vers l'infini et au-delà »... (*Sourires. – M. Gilles Le Gendre applaudit.*)

M. Thibault Bazin. C'est pour gagner des semaines de vie éternelle!

Mme Caroline Fiat. Je préfère Woody à Buzz l'Éclair!

(*Les amendements n^{os} 937, 2179, 3280, 212, 2444, 585 et 3199, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

(*Les amendements identiques n^{os} 707 et 892 ne sont pas adoptés.*)

(*L'amendement n^o 1528 n'est pas adopté.*)

(*Les amendements identiques n^{os} 164, 936 et 3200 ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements, n^{os} 255, 2045 et 3043, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 2045 et 3043 sont identiques.

Sur l'amendement n^o 255, je suis saisie par le groupe Les Républicains d'une demande de scrutin public.

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

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

M. Patrick Hetzel. Nous abordons désormais le sujet de la collégialité. L'amendement vise à impliquer toute l'équipe soignante dans l'étude de la demande du patient. Je vous rappelle qu'un des acquis de la loi Claeys-Leonetti, salué par l'ensemble des professionnels de santé, a été l'instauration d'une procédure collégiale comme préalable à la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n^o 2045.

M. Thibault Bazin. Il vise à préciser que le médecin auquel la personne peut adresser la demande peut être son médecin traitant, un des médecins qui la prend en charge, ou tout autre médecin de son choix. Mais, préférant l'amendement de M. Hetzel et craignant qu'il ne soit rejeté dans l'espoir que le mien soit adopté, je préfère retirer mon amendement.

(*L'amendement n^o 2045 est retiré.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vigier, pour soutenir l'amendement n^o 3043.

M. Philippe Vigier. Nous avons voulu élargir le choix et inclure la possibilité pour la personne d'adresser sa demande non seulement au médecin en activité, mais aussi à son médecin traitant ou à tout autre médecin de son choix.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission?

Mme Laurence Cristol, rapporteure. La collégialité a fait l'objet de longues discussions en commission spéciale. Je partage le souci exprimé par plusieurs collègues d'assurer le caractère collégial de l'évaluation des critères d'éligibilité à l'aide à mourir. La nécessité de la collégialité a été mise en avant par de nombreux intervenants. Elle fait partie des pratiques professionnelles habituelles sous la forme de réunions de concertation pluridisciplinaires, dans les départements de cancérologie par exemple.

Néanmoins, soyons clairs. Qu'entendons-nous par procédure collégiale? Il ne s'agit pas d'adresser la demande à un collège de médecins, ainsi que le proposent certains. Il me semble naturel que la demande soit faite auprès du médecin choisi par le patient. Votre proposition ne me semble donc pas opérationnelle. Vous prévoyez que ce collège soit composé des membres de l'équipe soignante, mais qu'en est-il des personnes à domicile, qui ne disposent pas d'une équipe soignante?

Mme Sophie Errante. C'est vrai!

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Qu'en est-il de celles dont le médecin traitant ferait jouer la clause de conscience?

De plus, la collégialité n'est pas une garantie à la réception de la demande, mais lors de son examen – nous n'y sommes pas encore.

S'agissant des amendements au sujet du médecin traitant, le projet de loi prévoit de permettre au patient de choisir librement le médecin auquel adresser sa demande. Cette liberté est importante et je ne vois pas pourquoi elle serait remise en cause. De multiples raisons peuvent conduire le patient à formuler sa demande auprès d'autres médecins: ils peuvent avoir noué une relation particulière de confiance ou bien ce peut être un médecin de l'établissement de santé qui l'accueille.

Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement?

Mme Catherine Vautrin, ministre. Je partage totalement l'avis de Mme la rapporteure. Il est très important de conserver la possibilité pour le patient de choisir. Avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Madame la rapporteure, vous nous rétorquez: « Quid des personnes à domicile? » Je ne suis pas d'accord, car si l'on envisage de leur donner le droit de recourir à l'aide à mourir, alors il faut convenir qu'il s'agit probablement d'une HAD. Dès lors, une équipe pluridisciplinaire est bien présente et votre argument ne tient pas. L'amendement que je propose s'applique tout à fait aux personnes soignées à domicile.

Mme Catherine Vautrin, ministre. C'est de toute façon pluridisciplinaire!

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Juvin.

M. Philippe Juvin. La procédure collégiale permet qu'une réflexion collective soit menée par plusieurs professionnels, éventuellement issus de différentes disciplines et de différents métiers – des médecins et des infirmières –, afin d'éviter les situations incompréhensibles et toute prise de décision médicale solitaire ou arbitraire. Qu'on le veuille ou non, si le patient ne rencontre qu'un seul médecin, la décision ne sera pas collégiale.

On exige des décisions collégiales dans de nombreuses activités médicales, telles que la mise en route d'un traitement anticancéreux – une discussion pluridisciplinaire précède la prise de décision du médecin. Dans le cadre de la loi Claeys-Leonetti, une décision collégiale est également nécessaire dans plusieurs cas de figure.

Lorsque la situation est particulièrement grave, je regrette que le patient et le médecin s'enferment dans un colloque singulier. Rendons-nous compte qu'un patient pourra ne voir, physiquement, qu'un seul médecin.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Je n'ai pas été convaincu par la rapporteure. L'article 7 prévoit que « la personne qui souhaite accéder à l'aide à mourir en fait la demande expressément à un médecin en activité ». Nous proposons d'ajouter qu'il « peut être le médecin traitant » : je ne vois pas en quoi cela gêne, puisque par définition, un médecin traitant est en activité. L'amendement n° 3043 est un amendement de précision.

Madame la rapporteure, si j'applique ce que vous venez d'expliquer, à un moment ou un autre, le médecin traitant sera exclu de la procédure. Il est regrettable que ce dernier qui souhaite accompagner son patient jusqu'au bout, ne puisse finalement pas instruire sa demande.

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Je tiens juste à rassurer nos collègues qui évoquent la collégialité : puisque l'examen du texte progresse un peu plus rapidement, nous en parlerons sans doute tout à l'heure, mais ce sera lors de l'examen de l'article 8.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Chers collègues, vous avez soulevé deux points. Le premier concerne la procédure collégiale : nous débattons actuellement de l'alinéa 4 de l'article 7, qui porte sur la procédure de la demande d'aide à mourir et non sur son examen, qui fait bien l'objet d'une procédure collégiale.

Le second concerne le médecin traitant, que nous n'excluons pas, monsieur Vigier. Au contraire, le médecin sollicité doit être un médecin en qui le patient a confiance, ce qui inclut bien évidemment le médecin traitant.

M. Philippe Vigier. Notre amendement ne vise qu'à le préciser !

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Il est satisfait !

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Cela peut aussi bien être un médecin d'établissement, nous sommes très ouverts. Votre amendement est donc satisfait.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 255.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	60
Nombre de suffrages exprimés	60
Majorité absolue	31
Pour l'adoption	23
contre	37

(L'amendement n° 255 n'est pas adopté.)

(L'amendement n° 3043 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 256 de M. Patrick Hetzel est défendu.

(L'amendement n° 256, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements, n°s 2445, 84, 1744 et 720, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Dominique Potier, pour soutenir l'amendement n° 2445.

M. Dominique Potier. J'ai cosigné cet amendement déposé par Annie Vidal, qui revient sur le débat ouvert par Geneviève Darrieussecq à propos des registres. S'inspirant de pratiques internationales, il vise à créer un registre de médecins agréés volontaires, tenu par le conseil départemental de l'ordre professionnel compétent. Un tel registre garantit que seuls des médecins qualifiés, explicitement volontaires, pratiquent l'aide à mourir. L'expérience canadienne montre que seulement 1,3 % des soignants du pays se sont inscrits.

En commission, le vote de l'amendement visant à créer ce registre s'est joué à une voix près ; j'étais moi-même très hésitant. Je suis désormais convaincu de son bien-fondé.

Cette solution constitue une inversion de la norme. Plutôt que de créer une sorte de flou qui jette l'opprobre ou la suspicion sur l'ensemble des soignants, une liste de volontaires est clairement établie. Dès lors s'instaure une forme de renversement de la charge de la preuve : puisque tous les soignants ne sont pas susceptibles d'administrer... d'assister un suicide, ceux qui sont volontaires s'inscrivent sur une liste. Tous ceux qui n'y sont pas inscrits peuvent alors retourner, en quelque sorte, à la vocation initiale de leur métier.

Mme la présidente. La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such, pour soutenir l'amendement n° 84.

Mme Sandrine Dogor-Such. Il vise à éviter la colère des médecins et des soignants, dont le métier est aussi une passion : ils sont là pour soigner et accompagner les patients. Je me demande quel est le soignant ou le médecin qui se portera volontaire pour administrer la dose létale. À ce propos, disposez-vous déjà d'une liste de médecins volontaires ? En tout état de cause, je préfère remplacer le mot « médecin » par « volontaire » à l'alinéa 4.

Mme la présidente. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 1744.

Mme Emmanuelle Ménard. Il a pour objectif de rappeler que nul ne peut contraindre un médecin à recourir ou à participer à une euthanasie ou à un suicide assisté. Cette condition est essentielle, car la liberté du médecin ne vaut pas moins que celle du patient qui demande à mourir. C'est d'autant plus vrai qu'il s'agit d'injecter un produit létal, qui par définition conduit à la mort du patient. C'est une lourde charge, que nul n'est en droit d'imposer à qui que ce soit.

La dimension positive du volontariat réside dans la constitution d'une liste de médecins volontaires ; à ceux qui n'y figureront pas, il ne sera rien demandé. L'établissement de cette liste n'empêcherait pas ceux qui y figurent de faire valoir une clause de conscience s'agissant de cas litigieux. En effet, si par exemple l'euthanasie des mineurs venait à être légalisée, certains pourraient le refuser, d'autres l'accepter dans certains cas, mais pas dans d'autres.

Dresser une liste de volontaires permettrait de laisser tranquilles les autres, ceux qui ne souhaitent pas participer. La clause de conscience continuerait évidemment de jouer pour tous. Nous ne parlons pas d'un sujet quelconque : nous parlons de la vie et de la mort.

Mme la présidente. L'amendement n° 720 de M. Julien Odoul est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Je suis ennuyée, parce que vous avez une vision très binaire : selon vous, il y aurait les médecins volontaires et puis les autres. Ce n'est pas si simple.

Monsieur Potier, vous avez cité le chiffre de 1,3 % des soignants qui seraient volontaires au Canada : dans mon entourage, certains médecins ne feront pas systématiquement valoir leur clause de conscience.

De plus, il me semble très difficile de mettre en pratique vos propositions : comment le patient pourrait-il savoir que son médecin traitant ou le médecin de l'établissement dans lequel il est hospitalisé, et où il fait sa demande, sont volontaires ? Cela l'obligerait à effectuer de nombreuses demandes préalables. Le mécanisme prévu à l'article 16 est beaucoup plus simple : c'est au médecin auquel le patient fait sa demande, auquel il fait confiance, de faire jouer sa clause de conscience, le cas échéant et d'orienter le patient vers un médecin volontaire.

Obliger le patient à s'adresser à un médecin agréé alourdirait la procédure et ne lui permettrait pas d'adresser sa demande au médecin de son choix, celui avec lequel il a envie de parler, avec lequel il a noué une relation de confiance et d'écoute, et qui serait éventuellement disposé à l'accompagner, sans nécessairement faire la démarche de s'inscrire dans un registre.

Dans une telle situation, la relation du malade et du médecin auquel il s'adresse est très importante. (*Mme Caroline Fiat applaudit.*) La procédure prévue dans le texte est la plus claire, la plus simple et la plus favorable pour les deux parties.

Avis défavorable sur l'ensemble des amendements.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard.

Mme Emmanuelle Ménard. J'entends vos propos, madame la rapporteure, mais je ne vois pas pourquoi il serait plus simple pour un patient de s'adresser à son médecin traitant, en particulier lorsque ce dernier fera valoir sa clause de conscience.

Mme Catherine Vautrin, ministre et Mme Laurence Cristol, rapporteure Mais si !

Mme Emmanuelle Ménard. Non ! Il lui sera plus simple de choisir un praticien sur une liste de médecins volontaires qui serait accessible à l'hôpital ou en HAD.

Vous dites également que cette solution n'est pas si simple, parce que certains médecins voudront bien pratiquer l'aide à mourir alors que d'autres ne le voudront pas. Précisément, les médecins que le geste ne dérange pas *a priori* pourront toujours faire valoir une clause de conscience dans l'hypothèse d'un cas litigieux.

Vous considérez *a priori* que tous les médecins voudront pratiquer le geste légal...

Mme Catherine Vautrin, ministre. Non !

Mme Emmanuelle Ménard. ...et que ceux qui ne le souhaiteraient pas pourront faire valoir la clause de conscience. Pour ma part, je propose à l'inverse que les médecins d'accord pour pratiquer ce geste figurent sur une liste, en leur garantissant néanmoins qu'ils pourront faire valoir la clause de conscience. Il me semble que ma proposition est plus protectrice pour les soignants.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Potier.

M. Dominique Potier. Des dizaines de milliers de soignants se sont engagés pour accompagner la vie jusqu'au bout. Il existe même une catégorie d'entre eux qui ont fait vœu de prodiguer des soins palliatifs – ce ne sont ni les places les plus glorieuses ni les mieux rémunérées !

Nous allons donc demander à tous les soignants s'ils sont prêts à administrer la mort, dans les conditions écrites dans la loi. Une question sera donc posée à tous les patients : l'administration de soins palliatifs ou l'accès à la mort administrée ? Et une autre le sera à tous les soignants : de quel côté êtes-vous ?

Établir une liste de médecins volontaires, c'est simplement respecter l'immense majorité des soignants qui n'ont pas fait ce métier pour donner la mort, tout en permettant à ceux qui le veulent de se signaler. Cette inversion de la charge est fondamentale : au nom de quoi imposerions-nous une déclaration de conscience à l'ensemble des soignants ? Ils ne se sont pas engagés pour ça ; laissons-les exercer leur métier en paix !

Que ceux qui le souhaitent s'inscrivent sur une liste et organisons, pour le bien des patients qui veulent accéder à la mort, des passerelles vers les médecins volontaires – cela se fera naturellement. Redonnons sa dignité à ce métier, s'il vous plaît !

Mme la présidente. La parole est à Mme Geneviève Darrieussecq.

Mme Geneviève Darrieussecq. J'ai défendu le volontariat, mais pas nécessairement dans le même état d'esprit que celui de certains collègues que j'entends s'exprimer. Il s'agit d'un enjeu de simplification et de lisibilité pour les personnes souhaitant accéder à l'aide à mourir. Même si ces dernières n'auront pas accès au registre prévu à l'article 16 – nous aurons l'occasion d'en reparler –, le médecin auquel elles adresseront leur demande n'aura pas besoin de passer vingt coups de fil pour identifier les soignants susceptibles de les aider.

Par ailleurs, distinguer les soins de l'aide à mourir apporterait également un apaisement au secteur du soin – médecins, infirmiers et aides-soignants. La création de ce registre doit être promue davantage que la clause de conscience, car elle constitue en quelque sorte la solution symétrique mais inversée.

Quoi qu'il en soit, je ne veux pas entendre parler de bons et de mauvais médecins, parce que ce n'est pas du tout le sujet ! Il s'agit de sécuriser la procédure.

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Aucun soignant ne perdra sa dignité en acceptant de prodiguer un nouveau soin. (*Exclamations sur plusieurs bancs des groupes RN et LR.*)

Mme Catherine Vautrin, ministre. Exactement !

M. Jocelyn Dessigny. Ce n'est pas un soin !

Mme Caroline Fiat. Je peux encore dire ce que je veux ! Il paraît que c'est possible, dans cet hémicycle, depuis quelques jours. Mes chers collègues, vous n'aimez pas non plus que l'on vous interdise de dire ce que vous voulez, alors laissez-moi dire ce que je souhaite !

Lors des tables rondes organisées dans le cadre de l'élaboration de cette loi, un médecin a expliqué qu'il n'était pas défavorable à l'aide à mourir, mais qu'il ne souhaitait la dispenser qu'à sa patientèle. Comment lui répondre avec ce qui est proposé ? Il figurerait sur une liste de volontaires, mais si une personne qu'il ne connaît pas le consulte et lui

demande de l'aider à mourir, sera-t-il obligé de justifier son refus, au risque de provoquer un conflit? Nous devons faire attention à tout cela.

Je ne voterai pas ces amendements: savoir si un médecin est volontaire, ça n'est pas la solution. Certains d'entre eux pourraient par exemple l'être face à une pathologie et pas à une autre. On risque aussi de créer des conflits avec des patients qui ne comprendraient pas le refus d'un médecin « volontaire »: sur cette question, il ne doit y avoir pour le médecin aucune obligation.

M. Gilles Le Gendre. Elle a tout à fait raison!

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Noëlle Battistel.

Mme Marie-Noëlle Battistel. Je suis tout à fait d'accord avec Mme la rapporteure, et c'est certainement pour des sujets aussi difficiles que l'aide à mourir que la clause de conscience a été inventée: elle permet depuis toujours à tout médecin d'accepter de faire ou de ne pas faire un acte.

Notre collègue Caroline Fiat évoquait le cas d'un médecin souhaitant accompagner son patient jusqu'à faire le geste ultime, mais qui refuserait de s'inscrire sur une liste de médecins volontaires, car il ne désire pas reproduire cet acte avec d'autres patients. Il est important de prendre en compte ces situations.

Le changement de paradigme proposé par ces amendements n'est pas anodin. Si nous voulons que le patient conserve toute sa liberté, le médecin doit aussi en disposer, au cas par cas, patient par patient.

Pour conclure, j'ai entendu certains demander qu'on rende au métier de médecin sa dignité. Cela laisse supposer que les médecins qui pratiqueront l'aide à mourir seront indignes; ce n'est pas possible.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Comme vous le savez, je fais partie de ceux qui défendent l'introduction d'une clause de conscience spécifique – nous aurons l'occasion d'y revenir. Pourquoi? Parce que je considère que l'aide à mourir est un sujet extrêmement sensible pour les professionnels de santé.

Pour les apaiser et éviter que des pressions s'exercent sur eux, nous pouvons décider, par éthique de responsabilité, que seuls les médecins volontaires seront concernés. L'inversion de normes que nous produirions aurait en réalité un effet bénéfique sur les professionnels de santé en question.

J'estime donc nécessaire de regarder de près les avantages et les inconvénients de cette clause de conscience spécifique.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. J'ai rappelé que la relation entre un patient et son médecin n'était pas binaire. Et pour cause, elle est très forte: un médecin qui prend en charge un patient à un moment donné et le suit pendant des semaines, voire des années, pourrait souhaiter l'accompagner jusqu'au bout. C'est tout le sens du métier de soignant. Qu'on soit médecin, infirmier ou aide-soignant, on sait à quel point des relations fortes se nouent avec les malades.

Certains ont cité des statistiques canadiennes et je pourrais en présenter d'autres, fournies par des associations et qui décrivent la situation française, mais en définitive, c'est toujours la relation à deux entre un malade et son

médecin, dans une situation particulière, qui primera. Pour cette raison, établir une liste de médecins agréés ou volontaires aurait peu de sens.

Dans la partie du projet dont loi dont Mme Fiat est la rapporteure, l'article 17 tend à instituer une commission de contrôle et d'évaluation auprès de laquelle se signaleront les médecins qui acceptent d'être sollicités dans certaines situations. On le voit, tout a déjà été pensé.

Faire des listes de médecins volontaires agréés me semblerait inadéquat si l'on songe à la relation si particulière qui s'installe dans le cadre de l'aide à mourir, droit que nous créons au bénéfice de patients en grande difficulté et aux souffrances intolérables. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RE. – Mme Marie-Noëlle Battistel applaudit également.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Catherine Vautrin, ministre. Je rappelle d'abord que la commission de contrôle et d'évaluation, composée de médecins, gèrera les médecins: les choses se feront de médecins à médecins et la liste n'a pas d'autre vocation que de permettre à un praticien souhaitant exercer sa clause de conscience d'orienter son patient vers un confrère.

En réponse à M. Hetzel, je souligne ensuite qu'un médecin pourrait se déclarer volontaire dans une situation, mais refuser de le faire dans une autre.

Il faut aussi, mesdames et messieurs les députés, permettre aux médecins de changer de position en fonction des situations et au fil du temps: nous n'attendons pas d'eux qu'ils soient irrévocablement volontaires ou réfractaires. Le terme « flexibilité » n'est peut-être pas le meilleur, mais il faut permettre aux médecins d'évoluer; c'est certainement la meilleure façon d'assurer leur liberté.

M. Philippe Vigier. Absolument!

Mme Catherine Vautrin, ministre. Enfin, j'insiste sur le fait qu'un médecin, dès lors qu'il exerce son art en respectant les règles est toujours digne. Nous ne statuerons pas sur la dignité de certains et l'indignité d'autres: je veux au contraire redire, dans cet hémicycle, notre reconnaissance pour les soignants, leur dignité et leur engagement. (*Applaudissements sur les bancs du groupe HOR et sur plusieurs bancs des groupes RE et Dem. – Mme Marie-Noëlle Battistel applaudit également.*)

M. Philippe Vigier. Je suis bien d'accord!

(*Les amendements n° 2445, 84, 1744 et 720, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Charles de Courson, pour soutenir l'amendement n° 991.

M. Charles de Courson. Il vise à garantir que le médecin qui recueille une demande d'aide à mourir est formé aux soins palliatifs et d'accompagnement, ainsi qu'à la procédure d'aide à mourir.

La diffusion de la culture palliative et la compréhension des soins palliatifs et d'accompagnement, dans toutes leurs dimensions, sont nécessaires, afin de bien appréhender la situation de chaque patient.

La demande d'aide à mourir ne doit jamais répondre à un défaut d'accès aux soins palliatifs. Aussi le patient doit-il connaître toutes les solutions qui s'offrent à lui et avoir été parfaitement orienté pour prendre en charge sa douleur, sa souffrance psychologique ou encore ses difficultés sociales.

Quant au médecin qui recueillera sa demande et qui l'évaluera, il devra être suffisamment formé aux soins palliatifs et d'accompagnement.

Beaucoup d'entre nous ont rappelé, lors de l'examen des articles du titre I^{er}, que le problème des soins palliatifs résidait dans l'insuffisante formation des médecins, des infirmiers et de l'ensemble des soignants à leur pratique.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Comme M. de Courson l'a lui-même indiqué, les articles du titre I^{er} tendent à encourager le développement d'une culture palliative. D'ailleurs, comment contester l'idée que les médecins doivent bénéficier d'une formation spécifique et pluridisciplinaire ?

En revanche, conditionner le traitement des demandes d'aide à mourir au suivi de cette formation par le médecin conduirait, dans un premier temps, à rendre la loi inapplicable et, de façon pérenne, à remettre en cause la liberté du patient de choisir son médecin.

En conséquence, aujourd'hui, mon avis est défavorable, même si je comprends très bien l'esprit dans lequel l'amendement a été rédigé.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. Il est défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Charles de Courson.

M. Charles de Courson. Madame la rapporteure, votre argumentaire repose sur un paradoxe : tout en reconnaissant l'impérieuse nécessité de la formation, vous soutenez que la formation insuffisante des médecins ne doit pas conduire à différer l'application de la loi. Sur le plan de l'argumentation, c'est un peu faible.

Mme la ministre elle-même a reconnu que la loi ne serait pas appliquée avant dix-huit mois : nous pouvons donc prévoir une formation, et la généraliser dès maintenant et ce d'autant plus facilement que la formation continue des médecins est déjà obligatoire. Ils devraient pouvoir suivre un module spécifique dans les deux ans.

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Je regrette que l'inversion défendue en particulier par des députés du groupe MODEM n'ait pas été votée et que le volontariat des médecins ne soit pas la règle – je précise qu'il n'empêchait pas l'exercice de la clause de conscience *a posteriori*.

Les professionnels de santé doivent être formés. Dans certaines situations, l'injection et l'ingestion peuvent mal se passer, et j'imagine que les médecins n'ont pas encore été formés à la gestion des complications de l'aide à mourir. Plusieurs témoignages évoquent ces complications et, alors que les professionnels de santé ne sont pas formés, la procédure que nous sommes en train d'imaginer engage tout de même des responsabilités, y compris celle de ces soignants.

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Je tiens à rassurer notre collègue Bazin : même la sédation profonde et continue prévue par la loi Claeys-Leonetti peut donner lieu à des difficultés – c'est rare, mais cela se produit parfois sur la fin –, et les médecins y font très bien face. Ils sont parfaitement formés à la gestion de ces situations. Comme je ne suis pas médecin, je ne sais pas vous dire ce qu'ils font, mais je ne suis pas inquiète.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Monsieur le député, la semaine dernière, nous avons adopté l'article 1^{er} *quater* du titre I^{er} – je ne sais pas si vous l'avez voté. Il instaure une formation en soins palliatifs et d'accompagnement. Des tableaux budgétaires permettront sa création rapide.

(L'amendement n° 991 n'est pas adopté.)

M. Thibault Bazin. Ce n'est pas le même sujet : il n'est pas ici question de soins palliatifs, mais d'aide à mourir ! Je vois que Mme la ministre fait aussi la différence.

Mme la présidente. Monsieur Bazin, s'il vous plaît !

La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n° 3201.

M. Christophe Bentz. Nous pouvons tous convenir que, dans le cadre d'une demande expresse d'aide à mourir, le médecin ne peut pas être l'héritier de son patient. En l'occurrence, un ayant droit n'est pas nécessairement un héritier et un héritier n'est pas nécessairement un ayant droit : j'en veux pour preuve que le droit des assurances distingue ces deux notions.

Je vous propose donc d'ajouter les héritiers à la liste des exclusions, afin d'éviter tout lien financier entre le patient et le médecin recueillant sa demande d'aide à mourir.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Défavorable. L'article 7 comprend déjà de nombreuses garanties contre les conflits d'intérêts et interdit aux parents et ayants droit d'intervenir en tant que médecins auprès de leurs parents demandant l'aide à mourir.

M. Thibault Bazin. Ce n'est pas une réponse ça !

(L'amendement n° 3201, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 1701 de M. Patrick Hetzel est défendu.

(L'amendement n° 1701, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 165.

M. Patrick Hetzel. Il vise à compléter l'alinéa 4 par la phrase suivante : « Le médecin propose une alternative à la personne qui souhaite accéder à "l'aide à mourir" ».

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Avis défavorable. Votre amendement est déjà satisfait puisque le projet de loi prévoit que le médecin propose une prise en charge en matière de soins palliatifs.

(L'amendement n° 165 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 2049.

M. Thibault Bazin. Je vous prie de bien vouloir m'excuser de m'être exprimé hors micro tout à l'heure. J'ai été surpris : ceux-là mêmes qui ont affirmé que le titre I^{er} et le titre II étaient étanches,...

M. Patrick Hetzel. Il y a quelques fuites !

M. Thibault Bazin. ...nous expliquent que la formation à l'injection aux produits létaux serait dispensée dans le cadre de la formation aux soins palliatifs. Voilà qui pourrait heurter les soignants en soins palliatifs qui ne partagent pas la philosophie de l'aide à mourir.

Mon amendement vise, d'une part, à garantir au médecin l'accès aux informations médicales nécessaires à l'évaluation de la demande d'aide à mourir sans que puisse lui être opposé le secret médical. D'autre part, il tend à l'autoriser à examiner la personne, sauf s'il ne l'estime pas nécessaire.

Si le patient présente sa demande à un médecin qu'il n'a jamais consulté, ce dernier doit accéder, sous conditions, et de manière sécurisée, à tous les éléments du dossier médical, afin de pouvoir appréhender la situation du demandeur et son parcours médical. Aujourd'hui, l'accès au dossier peut être bloqué, notamment en raison du secret médical.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Avis défavorable. Je ne comprends pas bien le sens de votre amendement : il semble naturel que la personne qui formule une demande à un médecin lui donne accès à son dossier médical. J'ai un peu de mal à imaginer que cela ne puisse pas être le cas.

De plus, il est précisé que « la personne ne peut pas présenter de demande lors d'une téléconsultation ». Par conséquent, le médecin pourra examiner la personne.

(L'amendement n° 2049, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Sur l'amendement n° 2134, je suis saisie par le groupe Écologiste-NUPES d'une demande de scrutin public.

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

Je suis saisie de huit amendements, n°s 2134, 2598, 845, 2215, 2509, 2480, 2476 et 1353, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 845, 2215 et 2509 sont identiques.

La parole est à Mme Sandrine Rousseau, pour soutenir l'amendement n° 2134.

Mme Sandrine Rousseau. Il reprend le dispositif d'un amendement déposé en commission par Mme Simonnet, que nous remercions. Il vise à permettre au patient de formuler dans des directives anticipées une demande d'aide à mourir qui serait instruite dans le cadre de la procédure. Nous avons longuement discuté de cette question aujourd'hui : quelle procédure s'appliquerait à une personne dont le discernement est altéré, alors qu'elle aurait présenté une demande d'aide à mourir ?

Mme la présidente. La parole est à Mme Cécile Rilhac, pour soutenir les amendements n°s 2598 et 845, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

Mme Cécile Rilhac. Les amendements portent sur le même sujet ; seule leur rédaction diffère. L'amendement n° 2598 de mon collègue Christophe Marion vise à préciser que la demande expresse d'aide à mourir peut être présentée par la personne elle-même ou une personne de confiance, ou être formulée dans des directives anticipées. Ces deux procédures permettraient aux patients d'anticiper la prise en charge de leur fin de vie.

Selon les premières phrases de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne » Il en va de même s'agissant des directives anticipées. En vertu de l'article L. 1111-11, « toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. ». Ces articles doivent pouvoir s'appliquer pleinement. Il serait dommage que le projet de loi n'en réduise la portée. *(M. Raphaël Gérard applaudit.)*

Mme la présidente. Je vous informe que cet amendement n° 845 et les amendements identiques suivants font l'objet d'une demande de scrutin public par le groupe du groupe Socialistes et apparentés.

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

La parole est à Mme Marie-Noëlle Battistel, pour soutenir l'amendement n° 2215.

Mme Marie-Noëlle Battistel. Il vise à prévoir que « lorsque la personne n'est pas en mesure de formuler sa demande, la personne de confiance désignée dans ses directives anticipées, rédigées ou confirmées depuis moins de trois ans par le patient et dans lesquelles le patient a expressément formulé le souhait de bénéficier d'une aide à mourir, peut formuler la demande en lieu et place de la personne ».

Il ne s'agit pas de reprendre le débat relatif aux directives anticipées, mais de prévoir qu'une personne de confiance, désignée dans les directives anticipées de la personne malade, pourra décider à sa place le moment venu. La personne malade devra également – c'est cumulatif – avoir formulé sa volonté d'avoir recours à l'aide à mourir dans ses directives anticipées.

Mme la présidente. La parole est à Mme Danielle Simonnet, pour soutenir les amendements n°s 2509, 2480 et 2476, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

Mme Danielle Simonnet. L'amendement n° 2509 est identique aux amendements n°s 845 et 2215. Il vise à prévoir que « lorsque la personne n'est pas en mesure de formuler sa demande, la personne de confiance désignée dans ses directives anticipées, rédigées ou confirmées depuis moins de trois ans par le patient et dans lesquelles le patient a expressément formulé le souhait de bénéficier d'une aide à mourir, peut formuler la demande en lieu et place de la personne ». Il est important de respecter la volonté de celle-ci.

L'amendement n° 2480 est un amendement de repli qui vise à rendre opposable la demande de la personne, formulée dans des directives anticipées ou auprès de la personne de confiance, dans l'hypothèse où elle perdrait conscience de manière irréversible.

Pour les personnes qui se trouvent dans cette situation, certains ont évoqué la solution de la sédation profonde et continue jusqu'au décès. Or une personne a pu indiquer dans ses directives anticipées que si elle se trouvait dans ce cas, elle ne souhaitait pas bénéficier d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès, mais de l'aide à mourir. La situation, les conséquences pour elle et ses proches, ainsi que les conditions du décès sont en effet différentes. Là encore, nous devons respecter la volonté de la personne.

L'amendement n° 2476 vise à rendre opposable la demande de la personne, formulée dans des directives anticipées ou auprès de la personne de confiance, dans l'hypothèse où elle n'aurait pas réitéré sa demande en pleine conscience. Néanmoins, si la personne de confiance, les proches, les soignants ou un médecin constatait des signes de nature à créer un doute sur sa volonté, alors ces signes pourraient être interprétés comme un refus et la procédure sera immédiatement interrompue.

Dans ces amendements, nous avons présenté des situations concrètes et précises, afin qu'en notre qualité de législateurs, nous puissions les anticiper tout en respectant la volonté de la personne. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NUPES.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Monique Iborra, pour soutenir l'amendement n° 1353.

Mme Monique Iborra. Il est relatif à la question des directives anticipées dont nous avons longuement débattu ce matin. Si l'on accepte de prendre en considération la demande expresse d'aide à mourir, elle doit être formulée dans les directives anticipées qui sont un support plus approprié que le registre déjà mentionné.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur les amendements en discussion commune ?

Mme Laurence Cristol, rapporteure. Nous débattons de ce sujet important depuis une semaine. Je répète que la pierre angulaire du projet de loi, c'est l'expression de la volonté libre et éclairée tout au long de la procédure. De fait, prendre en compte les directives anticipées en ce qui concerne l'aide à mourir reviendrait à rendre inapplicables toutes les garanties liées à la réitération de la demande et à sa confirmation. Ces conditions permettent de garantir que l'aide à mourir reste volontaire et respecte l'autonomie de la personne, celle-ci pouvant y renoncer à tout moment.

Aller plus loin en autorisant une personne inconsciente ou dont le discernement est profondément altéré à recourir à l'aide à mourir soulèverait de lourdes questions éthiques. Ce serait un virage à 180 degrés par rapport à la philosophie du projet de loi, fondée sur l'autonomie de la personne. Vous feriez ainsi disparaître la volonté libre et éclairée, la réitération, la rétractation et l'évaluation collégiale de la souffrance.

J'émet un avis profondément défavorable. La prise en considération des directives anticipées en matière d'aide à mourir n'est pas l'objet du texte.

M. Dominique Potier. Très bien !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Catherine Vautrin, ministre. Cet après-midi nous avons beaucoup travaillé et beaucoup avancé sur cette question ; nous avons constaté que nous devons approfondir notre réflexion. Dès lors, j'émet un avis très défavorable sur ces amendements.

Mme la présidente. La parole est à Mme Sophie Errante.

Mme Sophie Errante. Bien que j'aie cosigné les amendements n° 2598 de M. Marion et 845 de Mme Rilhac, je ne les voterai pas.

À l'article 8, j'ai déposé un sous-amendement n° 3533 à l'amendement n° 2603 de M. Marion. En effet, grâce aux discussions que nous avons eues cet après-midi, ma réflexion a cheminé. La prise en considération de la perte de discernement était très importante pour moi. Nous sommes sûrs et certains que des personnes qui souffrent souhaitent accéder à l'aide à mourir proposée par le projet de loi.

Cette mesure n'était pas prévue dans le texte initial. Compte tenu de toutes nos discussions, je considère que nous pouvons trouver une solution satisfaisante à partir du moment où la demande aura été acceptée. Il s'agit d'un parcours du combattant pour la personne qui subit une souffrance insupportable. Nous ne pouvons pas fermer complètement la porte comme vous l'avez fait, madame la rapporteure. Le texte doit être équilibré, je le comprends. Souffrez cependant que nous soyons des législateurs ; nous avons besoin que le texte prenne en considération la volonté du patient, même après qu'il a perdu son discernement, à partir du moment où le médecin accède à sa demande. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RE.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Raphaël Gérard.

M. Raphaël Gérard. Je souhaite faire deux remarques. D'abord, j'ai déjà eu l'occasion de le dire : les patients en phase terminale d'une maladie évolutive incurable reçoivent des traitements qui peuvent perturber sérieusement leur discernement.

Ensuite, si nous nous entêtons à prendre cette direction, nous nous exposons à ce que des patients atteints d'une maladie en phase avancée – par exemple une maladie dégénérative sans issue – anticipent de six mois ou d'un an leur perte de conscience en demandant à bénéficier de l'aide à mourir. Ils souhaiteront précisément contourner cet obstacle, alors qu'il leur resterait peut-être encore quelques mois, voire une année à vivre – certaines maladies évoluent plus vite que d'autres.

Mme la présidente. La parole est à M. René Pilato.

M. René Pilato. J'abonde dans le sens de notre collègue dont la réflexion a cheminé. À la lumière de nos discussions, je vous invite à lire l'amendement n° 1866 d'Élise Leboucher, déposé après l'article 7. Lors de l'examen des articles 7 et 8, nous pourrions, dès la première lecture, proposer des pistes de réflexion.

Mme la présidente. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard.

Mme Emmanuelle Ménard. Bien que je n'aie pas beaucoup de certitudes, j'en ai une sur ce sujet : s'il existe un doute sur la volonté libre et éclairée du patient, ce doute ne doit pas profiter à la mort.

Vous connaissez la fameuse théorie du pivert, selon laquelle il martèle toujours l'arbre au même endroit jusqu'à ce qu'il cède.

Mme Brigitte Liso. Vous savez très bien l'appliquer !

Mme Emmanuelle Ménard. Oui, tout à fait. Nous l'appliquons, moi la première.

Vraiment, c'est un sujet trop sérieux : la volonté libre et éclairée doit pouvoir être réaffirmée à tous les stades de la procédure. Il ne doit pas être possible de se fonder sur des directives anticipées qui, anciennes ou récentes, peuvent ne plus correspondre aux dernières volontés du patient. C'est ma conviction profonde.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Juvin.

M. Philippe Juvin. Je ne vais pas répéter ma position sur le fond : je suis très opposé à l'usage des directives anticipées. Je citerai simplement deux exemples médicaux qui illustrent ce qui se passerait si nous appliquions votre mesure.

Les malades d'Alzheimer, d'abord, à un moment de l'évolution de leur maladie, connaissent une phase d'agitation lors de laquelle ils se mettent à déambuler de manière agres-

sive ; ils refusent de se coucher et passent leurs journées à aller d'un bout à l'autre de la pièce où ils se trouvent, en jetant des objets par terre. Comment ferez-vous en pratique ? Vous les attacherez au lit pour pouvoir procéder à l'injection ? (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe RE.*) La question se pose !

Ensuite, s'agissant des comas et des troubles de la conscience, les recherches en neuro-imagerie ont connu des progrès considérables depuis une dizaine d'années : le développement d'interfaces entre le cerveau et l'ordinateur a permis de mieux comprendre ces troubles et de déterminer que dans certains cas, une activité cognitive perdue y compris quand le patient semble être dans le coma. Cela doit nous faire réfléchir : accepter le suicide assisté de patients qui ont peut-être une compréhension de ce qui se passe, si l'on suit ce que montre la recherche neurocognitive, me semble problématique.

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Turquois.

M. Nicolas Turquois. Je serai cohérent avec mes interventions précédentes : l'élément qui permet de protéger les personnes fragiles, c'est l'expression de leur volonté libre et éclairée, à toutes les étapes de la procédure. Je ne peux donc être favorable à ce qui est proposé ici. Je vous invite, même je sais que si vous l'avez tous fait, à rendre visite à des Ehpad de vos circonscriptions, afin de discuter avec des soignants et des directeurs ou plutôt des directrices – car ce sont en réalité le plus souvent des directrices – d'établissements.

M. Thibault Bazin. Il y a les deux !

M. Nicolas Turquois. Écoutez leurs témoignages ! Il y a des familles aimantes, certes, mais il y a aussi des environnements toxiques. Une directrice m'a expliqué qu'elle devait parfois – et même souvent – serrer les poings face à certaines familles dont les demandes peuvent être très bizarres, pour ne pas dire déplacées. Il faut qu'un avis libre et éclairé puisse s'exprimer : je m'opposerai à ces amendements. (*M. Dominique Potier applaudit.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Geneviève Darrieussecq.

Mme Geneviève Darrieussecq. S'agissant de la volonté libre et éclairée du patient, le texte est vraiment équilibré et il faut en rester là.

J'ai un peu de mal, monsieur Juvin, à vous entendre parler de malades d'Alzheimer qui courent dans les chambres : ce ne sont pas eux qui sont concernés par l'aide à mourir, puisqu'ils ne peuvent exercer leur libre conscience. Je suis aussi un peu surprise de ce que j'entends sur les Ehpad, un peu comme Mme Fiat.

Le sujet mérite peut-être d'être encore creusé, mais la loi ne pourra être exhaustive : il n'y aura que des cas particuliers. Sur ce sujet, nous n'arriverons pas à trouver de solution plus satisfaisante que celle qui est déjà écrite. En outre, quand quelqu'un qui a rédigé des directives anticipées subit une perte de conscience, c'est la sédation profonde et continue qui s'applique ! Je ne comprends pas où est le problème.

(*M. Charles de Courson, Mme Lise Magnier et Mme Emmanuelle Ménard applaudissent. – Mme la rapporteure applaudit également.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 2134.

(*Il est procédé au scrutin.*)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	56
Nombre de suffrages exprimés	54
Majorité absolue	28
Pour l'adoption	12
contre	42

(*L'amendement n° 2134 n'est pas adopté.*)

(*L'amendement n° 2598 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 845, 2215 et 2509.

(*Il est procédé au scrutin.*)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	54
Nombre de suffrages exprimés	53
Majorité absolue	27
Pour l'adoption	14
contre	39

(*Les amendements identiques n° 845, 2215 et 2509 ne sont pas adoptés.*)

(*Les amendements n° 2480, 2476 et 1353, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

4

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

Mme la présidente. Prochaine séance, ce soir, à vingt et une heures trente :

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 cinq.*)

Le directeur des comptes rendus

Serge Ezdra