

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XVII^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

Séances du vendredi 20 février 2026

Compte rendu intégral



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 GÉNÉRAL

1 ^{re} séance	1973
2 ^e séance	2011
3 ^e séance	2053

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

160^e séance

Compte rendu intégral

1^{re} séance du vendredi 20 février 2026

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

PRÉSIDENTE DE MME MARIE-AGNÈS POUSSIER-WINSBACK

1. Droit à l'aide à mourir (p. 1975)

DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 1975)

Article 4 (*suite*) (p. 1975)

Amendement n° 1173

M. Olivier Falorni, rapporteur général, pour la commission des affaires sociales, de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir

Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées

Mme Élise Leboucher, rapporteure de la commission des affaires sociales

Amendements n°s 468, 1530, 1754, 1764, 1149, 1150, 675, 1816, 1313, 1151, 1374, 676, 1819, 1817, 1818, 1332, 1820, 978, 1312, 677, 1311, 1667, 751, 1314, 1495, 1765, 1494

Après l'article 4 (p. 1981)

Amendement n° 45

Article 5 (p. 1981)

Amendements n°s 15, 858, 1029, 1821, 16, 278, 737, 752, 224, 232

M. Stéphane Delautrette, rapporteur de la commission des affaires sociales

Amendements n°s 1752, 193, 327, 69, 326, 517, 147, 1012, 982, 1653, 448, 542, 1276, 1766, 1404, 1072, 2135

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure de la commission des affaires sociales

Amendements n°s 18, 590, 981, 17, 1822, 1134, 1017, 2083, 1030, 2137

Suspension et reprise de la séance (p. 1989)

Amendements n°s 1907, 2136, 2038, 899, 434 rectifié, 886, 1531, 1569, 780, 1717, 1728, 815, 2139, 2040, 2041, 148, 70, 131, 922, 19, 592, 486, 2042, 409 deuxième rectification, 1674 rectifié, 132, 804, 416, 264, 564, 2043, 265, 263, 2165, 1496, 1787 rectifié, 1057, 753, 128, 194, 1729, 20, 593, 1018, 2045, 149, 1319, 1333, 2044, 1823, 150, 679, 2036, 431, 225, 2037, 1848, 1550, 266, 1641, 2034, 21, 1439, 1294, 1440, 2140, 328, 1679, 1170, 892, 1154, 1153, 1155, 187, 405, 680

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 2009)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

**PRÉSIDENTE DE MME MARIE-AGNÈS
POUSSIER-WINSBACK**

vice-présidente

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures.)

1

DROIT À L'AIDE À MOURIR

Deuxième lecture *(suite)*

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion, en deuxième lecture, de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir (n^{os} 2401, 2453).

DISCUSSION DES ARTICLES *(suite)*

Mme la présidente. Hier soir, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles de la proposition de loi, s'arrêtant à l'amendement n^o 1173 à l'article 4.

Article 4 *(suite)*

Mme la présidente. Sur l'amendement n^o 1173, je suis saisie par le groupe La France insoumise-Nouveau Front populaire d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Hadrien Clouet, pour soutenir l'amendement.

M. Hadrien Clouet. Il s'agit d'un amendement de compromis qui tient compte des différentes opinions exprimées sur la question des directives anticipées.

N'ayant pas, à la différence d'autres députés, voté les amendements sur ces directives, je cherche à trouver un compromis entre nous pour considérer que, lorsqu'une personne, atteinte d'une maladie grave et incurable, perd conscience de manière irréversible après avoir rédigé des directives anticipées, une personne de confiance peut mener la demande initiale à son terme. L'amendement est cohérent avec l'ensemble du texte et avec la volonté des législateurs et législatrices réunis ce matin.

Mme la présidente. La parole est à M. Olivier Falorni, rapporteur général, pour la commission des affaires sociales, de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir.

M. Olivier Falorni, rapporteur général, pour la commission des affaires sociales, de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir. Monsieur Clouet, vous connaissez aussi bien que moi ce texte, ainsi que l'équilibre qui a présidé à sa rédaction et permis son adoption. En député averti, vous ne serez donc pas surpris de l'avis fortement défavorable que je vais donner.

M. Hadrien Clouet. En effet !

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Si nous avons assisté à des effets de manche au sujet d'amendements dont on a prétendu qu'ils déséquilibraient le texte alors que ce n'était pas le cas, celui-ci, loin de formaliser un compromis, fracasserait l'équilibre de la proposition de loi. Son vote remettrait en cause la ligne qui a permis une large adoption du texte en première lecture. Je le répète, mon avis est très défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées.

Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées. Sur la forme, comme vient de le dire M. le rapporteur général, cet amendement ne s'inscrit pas dans l'équilibre du texte adopté en première lecture, soutenu par le gouvernement. Au-delà, sur le fond, il est souhaitable que la personne puisse réaffirmer sa volonté au moment où elle demande l'aide à mourir. Avis défavorable.

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

M. Thibault Bazin. Monsieur Clouet, vous êtes malin ! Vous affirmez ne pas revenir sur ce que nous avons voté tout en le faisant. En effet, si votre amendement était adopté, la demande ne serait pas réitérée et il n'y aurait pas de vérification de l'existence d'un consentement libre et éclairé jusqu'au dernier moment.

Vous ne cessez de parler d'équilibre mais l'équilibre politique – au demeurant très fragile dans l'hémicycle actuel – n'est pas la garantie d'un équilibre éthique ! Une fois qu'on a franchi une borne, on en franchit d'autres. Dès que l'on aura touché au principe fondateur de l'interdiction de donner intentionnellement la mort, les limites qu'on va inventer ou qu'on essaye de prôner, seront facilement dépassées.

Les critères sont déjà suffisamment imprécis pour ne pas, d'une certaine manière, éliminer le critère, mis en exergue, de l'expression d'un consentement libre et éclairé à chaque fois que la demande d'aide à mourir doit être renouvelée. C'est pourquoi nous sommes très défavorables à cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-François Rousset. (*Mme Élise Leboucher, rapporteure de la commission des affaires sociales, s'exclame.*)

M. Jean-François Rousset. En son temps, j'avais proposé un amendement pour que les directives anticipées soient prises en compte au moment de la décision. Après réflexion et après discussion avec plusieurs collègues, qu'ils soient ou non membres de mon groupe, j'ai pris la décision de ne pas le représenter. En effet, cette loi doit être consensuelle et tendre vers un équilibre. Je rappelle d'ailleurs à ceux qui sont très opposés à l'aide à mourir que nous avons fait beaucoup du côté des soins palliatifs.

Sur ce sujet, nous ne sommes pas allés au bout des discussions et il y aurait beaucoup à dire. Avant les soins palliatifs, les médecins savaient prendre en charge les souffrances et les derniers instants des personnes qui en avaient besoin. J'ai dirigé un service de chirurgie digestive; certains malades que j'avais opérés qui étaient en fin de vie venaient en chirurgie alors que ce n'était pas leur place, et nous les soignons et les aidions jusqu'au bout. Arrêtons ces discours qui mettent en avant des soignants...

M. Frédéric Valletoux, *président de la commission des affaires sociales.* On ne suit pas la règle « un pour, un contre » ?

Mme la présidente. Merci, monsieur Rousset. Je vous ai donné la parole alors que, normalement, nous entendons seulement un orateur pour l'amendement, et un contre. Monsieur le président Valletoux, nous revenons à cette règle dans le calme s'il vous plaît.

La parole est à Mme Élise Leboucher, rapporteure de la commission des affaires sociales

Mme Élise Leboucher, *rapporteure de la commission des affaires sociales.* C'est la mise en route de la journée!

Il s'agit presque d'un amendement d'appel. Madame la ministre de la santé, il serait intéressant de réfléchir sérieusement à la manière de faire connaître les directives anticipées aux Françaises et Français au-delà du sujet de la fin de vie qui nous occupe ce matin. Très peu de personnes connaissent leur existence et nombreuses sont celles qui ne les ont pas rédigées. Si nous faisons un sondage ici même, au sein de notre assemblée, on serait...

M. Thibault Bazin. On n'est pas obligé de les rédiger!

Mme Élise Leboucher, *rapporteure.* Non, ce n'est pas obligatoire mais je trouve dommage qu'on n'ait pas cette culture, que les médecins ne les proposent pas. Attention, je parle en général et non pas dans le cadre du texte sur la fin de vie. Il serait intéressant de réfléchir à la diffusion de la culture des directives anticipées dans notre pays. (*Mme Karen Erodi applaudit.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1173.

(*Il est procédé au scrutin.*)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	65
Nombre de suffrages exprimés	50
Majorité absolue	26
Pour l'adoption	8
contre	42

(*L'amendement n° 1173 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 468 de M. Hervé de Lépinay est défendu.

(*L'amendement n° 468, repoussé par la commission et le gouvernement, n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements pouvant être soumis à une discussion commune.

Ces amendements n°s 1530 de M. Antoine Villedieu, 1754 de M. Michel Guiniot et 1764 de M. Alexandre Allegret-Pilot sont défendus.

(*Les amendements n°s 1530, 1754 et 1764, repoussés par la commission et le gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de cinq amendements, n°s 1149, 1150, 675, 1816 et 1313, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Philippe Juvin, pour soutenir l'amendement n° 1149.

M. Philippe Juvin. Je souhaite que l'on exclue d'emblée tous les malades souffrant de maladies psychiatriques ou neuro-dégénératives du champ d'application de la loi sur le suicide assisté, l'euthanasie ou l'aide à mourir.

Dans ces pathologies, on ne peut jamais être certain que les patients peuvent avoir un jugement absolument libre et éclairé, un discernement complet. Alors que cette question du discernement nous a beaucoup occupés hier soir, il existe un doute sur le fait que le discernement doive être absolument complet dans la rédaction actuelle du texte. Pour compenser cette rédaction malheureuse, nous souhaitons adopter cette formulation très simple : les patients souffrant de maladies psychiatriques et neurodégénératives ne peuvent pas bénéficier de l'euthanasie ou du suicide assisté.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Juvin, pour soutenir l'amendement n° 1150.

M. Philippe Juvin. Il s'agit de soulever la question des maladies psychiatriques. Les psychiatres le savent : quand on est dépressif, on n'est pas libre de son choix.

M. Jean-François Rousset. Les dépressifs ne sont pas libres ? Arrêtez !

M. Philippe Juvin. Cela amène à s'interroger sur la prise en charge des maladies psychiatriques et à poser la question de la prévention du suicide. Que fait-on pour prévenir les suicides ? On essaye de montrer aux patients qui ont tenté ou qui souhaitent se suicider qu'il existe une alternative.

Ici, nous montrons que l'alternative, c'est le suicide.

Mme Élise Leboucher, *rapporteure.* Mais c'est dans un cadre particulier !

M. Philippe Juvin. Il y a quelque chose d'illogique à promouvoir la prévention du suicide et en même temps... (*Mme Élise Leboucher, rapporteure, s'exclame.*)

Ne criez pas s'il vous plaît, laissez-moi parler !

Il est illogique de dire à ceux qui ont tenté de se suicider qu'il existe une alternative et, en même temps, de leur dire que l'alternative peut être le suicide assisté. Tout cela est incohérent. Je ne vois pas comment nous pourrions mener une politique de prévention du suicide avec une telle loi.

M. Jean-François Rousset. On parle de symptômes... Ça n'a rien à voir !

M. Michel Lauzzana. Rien à voir !

Mme la présidente. L'amendement n° 675 de M. Vincent Trébuchet est défendu.

La parole est à M. Dominique Potier, pour soutenir l'amendement n° 1816.

M. Dominique Potier. L'amendement apporte une précision qui nous semble capitale. Si certains ici – c'est leur liberté – se battent pour un nouveau droit, nous avons avant tout le devoir de protéger les personnes les plus fragiles. Nous proposons la rédaction suivante : « Les personnes dont une maladie psychiatrique altère gravement le discernement lors de la démarche de demande d'aide à mourir ne peuvent pas être regardées comme manifestant une volonté libre et éclairée. »

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 1313.

M. Thibault Bazin. Je défends bien volontiers cet amendement de mon collègue Philippe Juvin visant à préciser que les personnes atteintes de schizophrénie ne peuvent recourir à l'administration d'une substance provoquant la mort.

Cette exclusion repose sur la prise en compte des troubles susceptibles d'altérer le discernement ou le contrôle des actes. À l'instar de l'article 122-1 du code pénal, qui reconnaît qu'un trouble psychique ou neuropsychique peut abolir ou altérer le discernement, il apparaît nécessaire de garantir que la demande d'aide à mourir ne pourra intervenir dans un contexte où le jugement de la personne est susceptible d'être affecté par sa pathologie. Cette disposition vise à renforcer la protection des personnes concernées et à sécuriser les conditions d'expression d'un consentement libre et éclairé.

Hier soir, j'ai eu l'occasion de rencontrer une personne qui souffre de schizophrénie : elle m'a encouragé à m'opposer à ce texte dans lequel elle voit une grande dérive. (*Mme Justine Gruet applaudit. – Murmures sur les bancs du groupe EcoS.*)

Mme Dominique Voynet. Oh ! C'est indécent !

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. On ne va pas commencer à s'échanger des témoignages de malades favorables ou hostiles. Moi aussi, je peux vous en citer énormément, par exemple celui de la présidente de l'Association pour la recherche sur la sclérose latérale amyotrophique – l'ARSLA rassemble des personnes atteintes de la maladie de Charcot –,...

Mme Justine Gruet. On ne parle pas de la maladie de Charcot !

M. Olivier Falorni, rapporteur général. ...qui, dans une tribune publiée dans *La Croix*, affirme : « Il ne faut pas confondre vulnérabilité et maladie incurable. » Je vous invite à lire cette tribune remarquable. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes EPR, LFI-NFP, SOC, EcoS, Dem, HOR et GDR.*)

M. Philippe Juvin. Tout le monde l'a donc lue ?

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Vous l'avez lue, monsieur Juvin, mais, manifestement, vous n'en avez pas tiré d'enseignement...

Tout d'abord, les maladies psychiatriques n'engagent pas le pronostic vital, en phase avancée, ou terminale. Tout le monde peut s'accorder sur ce point. Donc, les maladies psychiatriques n'ouvrent pas le droit à l'aide à mourir, il faut arrêter de chercher à faire peur.

Ensuite, s'il est exact que certaines pathologies neurodégénératives peuvent altérer l'expression d'une volonté libre et éclairée, d'autres – j'allais dire, malheureusement pour ces malades – n'altèrent pas du tout le discernement. Je viens notamment de faire référence à la maladie de Charcot. Et cela participe d'une souffrance psychologique, pas nécessairement physique, pour les malades atteints de ces pathologies.

Enfin, s'agissant de la prévention du suicide, permettez-moi de citer le sixième rapport de l'Observatoire national du suicide, publié en février 2025. On ne peut pas accuser cet observatoire d'être une officine de promotion de l'aide à mourir, ce n'est pas une association militante et tout le monde reconnaît la qualité de son travail, d'année en année. Ce rapport indique que nulle part dans le monde, les législations sur l'aide à mourir n'ont affaibli la lutte pour la prévention du suicide. À l'inverse, l'Observatoire indique explicitement que ces législations ont permis d'identifier un certain nombre de personnes qui sollicitaient l'aide à mourir, ne l'ont pas obtenue, et ont pu être prises en charge dans le cadre de la prévention du suicide. Ce n'est pas moi qui le dis ; ce sont les mots de l'Observatoire national du suicide.

Pour toutes ces raisons, arrêtons de tenter de faire peur sur ces trois points. Avis très défavorable sur ces amendements.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Pour les mêmes raisons, avis défavorable.

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

Mme Nicole Dubré-Chirat. Tout d'abord, l'article 4 porte sur les critères, et pas sur le discernement, qui est abordé à l'article 6, nous l'avons déjà dit hier. (*M. René Pilato applaudit.*)

Ensuite, monsieur Juvin, il me semble que vous êtes médecin. Vous savez qu'on ne peut pas confondre dépression, maladie psychiatrique et fin de vie, ou les associer par commodité. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe EPR. – Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure de la commission des affaires sociales, et Mme Stella Dupont applaudissent également.*) En revanche, on peut être dépressif, souffrir d'un cancer et être en fin de vie. Par ailleurs, l'impact dépressif peut avoir lieu au moment de l'annonce du diagnostic, parce qu'il n'est pas très agréable de recevoir l'annonce d'un cancer qui va évoluer défavorablement. Ça ne peut pas devenir un critère ! (*M. Thibault Bazin s'exclame.*)

Il faut être réaliste et ne pas chercher à faire peur. Lorsqu'une maladie psychiatrique, comme une schizophrénie, est correctement traitée, on peut vivre normalement. Et en plus, on peut aussi avoir un cancer et être pris en charge en fin de vie. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe EPR. – Mme Océane Godard et Mme Stella Dupont applaudissent également.*)

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

M. Philippe Juvin. Dans une étude de David Albert Jones et David Paton, publiée en octobre 2015 dans le *Southern Medical Journal*, les auteurs constatent que la légalisation du suicide assisté dans certains états américains est associée à une hausse d'environ 6 % du nombre total de suicides. Il est donc faux de répéter sans cesse que la légalisation du suicide assisté ne conduit pas à une augmentation du nombre de suicides. Les études sont contradictoires, certes, mais certaines constatent que le nombre de suicides augmente bel et bien.

Par ailleurs, lorsque des psychiatres ont à prendre en charge une personne qui a fait une tentative de suicide, tout l'objet de leur travail est de persuader qu'il existe des alternatives. Or ce texte aboutit à affirmer que l'une des alternatives est le suicide. Il y a quelque chose d'absurde. (*M. Jean-François Rousset s'exclame.*)

(*Les amendements n^{os} 1149, 1150, 675, 1816 et 1313, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Juvin, pour soutenir l'amendement n° 1151.

M. Philippe Juvin. Les maladies neurodégénératives induisent une altération du jugement. Elle se fait d'abord à bas bruit, il s'agit de maladies à évolution lente, et devient par la suite particulièrement évidente. La difficulté est accrue du fait que des patients ont des altérations du discernement fluctuantes. À certains moments, leur discernement est satisfaisant, à d'autres il ne l'est pas, parfois au cours d'une même journée. C'est d'ailleurs ce qui fait toute la souffrance que provoquent ces maladies neurodégénératives pour des patients qui, brutalement, se rendent compte qu'ils sont atteints d'une maladie terrible, tandis qu'à d'autres moments ils n'en ont pas conscience.

L'existence même d'une maladie neurodégénérative pose la question du discernement à un moment donné. Dès lors, par définition, je pense qu'il est extrêmement difficile de considérer que le discernement est plein et entier. Nous souhaitons donc exclure ces patients.

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Avis défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Avis défavorable.

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

M. René Pilato. Je suis triste, chers collègues. C'est la septième fois que nous débattons de ces sujets depuis la commission spéciale, avec les débats en commission et en séance lors des trois lectures. J'ai été naïf. Je pensais que l'argumentation que nous développons au cours des années permettait à tout le monde, y compris nous-mêmes, de sortir de nos certitudes et de commencer un vrai travail de progrès.

Je retrouve pour la septième fois les mêmes arguments, et vous ne voulez pas comprendre. Trois fois, l'équipe soignante vérifie l'existence d'une volonté libre et éclairée. Monsieur Juvin, je fais confiance à l'équipe soignante, que le patient soit atteint d'une maladie neurodégénérative ou pas, pour déterminer s'il a toute sa capacité de discernement. Arrêtez de remettre en cause vos collègues, faites leur confiance !

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

M. Philippe Juvin. Monsieur Pilato, je suis désolé de continuer à présenter mes arguments, qui ne sont pas les vôtres. Manifestement, cela vous gêne. Je continuerai toutefois à vous expliquer que je ne suis pas d'accord avec vous, et vous continuerez à dire que vous n'êtes pas d'accord avec moi. Mais laissez-moi cette légitimité.

Sur le fond, la fameuse équipe soignante dont vous parlez peut être réduite à un seul médecin. N'employez donc pas le terme d'équipe soignante. Et étant médecin, je sais toute la difficulté et la subtilité de la discussion avec un patient. Il n'est pas possible qu'un médecin, face à un patient, juge de son libre discernement en cas de maladie neurodégénérative. Ou plus exactement, c'est parfois possible, mais parfois ça ne l'est pas. Toute la difficulté est là. (*M. Jean-François Rousset s'exclame.*) Le texte simplifie à l'excès la vie. La relation entre un patient et un médecin est bien plus complexe et subtile que vous ne le croyez. (*Mme Justine Gruet applaudit.*)

M. René Pilato. Vous n'avez pas d'arguments !

(*L'amendement n° 1151 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de huit amendements, n^{os} 1374, 676, 1819, 1817, 1818, 1332, 1820 et 978, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 1374 est défendu.

La parole est à Mme Claire Marais-Beuil, pour soutenir l'amendement n° 676.

Mme Claire Marais-Beuil. Il est important de borner cette proposition de loi pour rassurer bon nombre d'entre nous et nous permettre de la voter. C'est pourquoi je propose d'exclure les malades déficients intellectuels, car comment prétendre qu'ils ont suffisamment de discernement pour juger de leur état ?

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Potier, pour soutenir les amendements n^{os} 1819, 1817 et 1818, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

M. Dominique Potier. Ces trois amendements, ainsi que l'amendement n° 1820, font partie d'un même bloc. Le débat n'oppose pas ceux qui comprennent et ceux qui ne comprennent pas ; il se tient entre des personnes qui défendent des opinions politiques qui s'affrontent et qui seront arbitrées par un vote dans quelques instants, c'est le principe de notre démocratie.

Le fond du débat sépare ceux qui militent pour une loi d'ultime recours, une loi d'exception, et ceux qui militent pour un droit qui ne cesserait d'être élargi. Les quatre précisions que je propose d'apporter au texte tendent à limiter sa portée pour qu'il ne s'agisse que d'une loi d'exception.

Permettez-moi de vous lire ces quatre versions – je ne reprendrai plus la parole sur ces amendements. Il s'agit d'écrire soit que « l'aide à mourir est interdite pour les personnes souffrant de déficience intellectuelle », soit que

« l'euthanasie et le suicide assisté sont interdits pour les personnes souffrant de déficience intellectuelle », soit que « l'euthanasie et le suicide assisté ne peuvent être appliqués aux personnes présentant une déficience intellectuelle » soit, enfin, qu'il faut « ne pas être atteint d'une déficience intellectuelle affectant le discernement ».

Ces précautions ont pour objet de protéger les plus fragiles d'entre nous, qui souffrent de déficience intellectuelle. L'objectif du législateur n'est pas de défendre les forts, c'est d'être au service des plus vulnérables.

M. Thibault Bazin. Il a raison !

M. Dominique Potier. Dans une perspective métapolitique, au moment où des mouvements à tendance totalitaire et antihumaniste peuvent arriver au pouvoir en Occident, et ici même, nous devons tenir toutes les institutions de l'État de droit, défendre la place de la science et son autonomie, ainsi que les grands interdits qui fondent notre humanité et notre droit.

Mme la présidente. Sur l'amendement n° 1819, je suis saisie par le groupe Droite républicaine d'une demande de scrutin public.

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

L'amendement n° 1332 de Mme Colin-Oesterlé est défendu et l'amendement n° 1820 de M. Potier vient de l'être.

La parole est à Mme Annie Vidal, pour soutenir l'amendement n° 978.

Mme Annie Vidal. Nous proposons de compléter l'alinéa 9 de l'article 4 en précisant que « les personnes porteuses d'une déficience intellectuelle ne peuvent pas être reconnues comme manifestant une volonté libre et éclairée ». Je sais que l'alinéa 3 de l'article 6 contient une formule proche, mais je considère que la portée est différente si cette précision est ajoutée dans la liste des critères ou dans la procédure.

Par ailleurs, je précise que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la déficience intellectuelle comme affectant la faculté de comprendre une information nouvelle ou complexe et d'en tirer des décisions pleinement éclairées. Il existe donc un risque que des personnes puissent exprimer quelque chose sans en avoir bien compris les conséquences. Parmi les déficients intellectuels, beaucoup de personnes sont parfaitement capables de verbaliser quelque chose sans en avoir compris toute la portée. C'est une mesure de protection qui a sa place plutôt dans les critères que dans la procédure.

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je suis défavorable aux listes d'exclusion générale. La rédaction du texte est très claire. Soit une personne est capable de discernement, et elle peut demander l'accès à l'aide à mourir, soit elle n'est pas capable de manifester sa volonté de façon libre et éclairée, et elle ne peut pas avoir accès à l'aide à mourir. Je suis totalement défavorable à l'énoncé de listes d'exceptions générales sans la moindre distinction des cas individuels.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Nous avons une responsabilité collective. Rien ne doit laisser croire que la situation de handicap serait un critère pour être éligible à l'aide à mourir.

Je sais que ce n'est pas exactement ce qui est écrit dans ces amendements, mais l'aborder de cette façon fait courir ce risque. Vous le savez, nos débats précédents ont créé beaucoup d'inquiétudes chez les personnes en situation de handicap. Le handicap n'est pas un critère pour être éligible à l'aide à mourir, nous avons la responsabilité collective de le répéter systématiquement.

Je suis d'accord avec le rapporteur : il est écrit que la personne doit « être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée ». Vos amendements sont donc satisfaits. Une personne qui souffrirait d'une déficience intellectuelle telle qu'elle n'aurait pas ce discernement ne serait pas éligible. Avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Lauzzana.

M. Michel Lauzzana. C'est une évidence pour tous ceux qui ont lu la proposition de loi : en l'absence de consentement éclairé, une personne ne peut accéder à l'aide à mourir. Mais certains s'obstinent à vouloir dresser la liste des maladies qui rendraient inéligibles à l'aide à mourir les personnes qui en seraient atteintes. Reprenons l'exemple de la schizophrénie : une personne schizophrène, dès lors que le traitement qu'elle reçoit permet de bien l'équilibrer, a la capacité de ressentir les choses et de les exprimer. Arrêtons de tout mélanger. Faisons plutôt confiance aux médecins qui ont l'expérience de ces pathologies et peuvent juger de l'aptitude à discerner de leurs patients. Il en va de même pour bien d'autres maladies mentales. Heureusement que ceux qui en souffrent peuvent profiter de phases au cours desquelles ils retrouvent leur plein discernement, qu'ils peuvent alors clairement exprimer. (*Mme Marie-José Allemand applaudit.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Justine Gruet.

Mme Justine Gruet. Il est de notre responsabilité de protéger les plus vulnérables et je crois que nous ne devrions pas nous retrancher derrière la crainte d'écrire une loi bavarde pour refuser de clarifier ce texte – nous avons fait bien pire dans le passé. Le flou qui entoure chacune des dispositions de cette proposition de loi rend imprécise la notion même d'aide à mourir. Que vous le vouliez ou non, la distinction n'est pas établie entre l'injection par un tiers et l'autoadministration. Quant à cet avis libre et éclairé, il conduit à ce que l'aide à mourir soit accessible aux personnes emprisonnées. Or en prison on n'est pas libre, et cette absence de liberté empêche précisément d'avoir un avis libre et éclairé.

M. René Pilato. Collègue ! Voyons !

Mme Justine Gruet. Vous nous assurez que nos amendements sont satisfaits, que tout est prévu et sécurisé, mais je me dois, par souci d'éthique, de vous rappeler qu'en prison, on n'est pas libre. (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe LFI-NFP.*)

(*Les amendements n°s 1374 et 676, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1819.

(*Il est procédé au scrutin.*)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	85
Nombre de suffrages exprimés	84
Majorité absolue	43
Pour l'adoption	34
contre	50

(L'amendement n° 1819 n'est pas adopté.)

(Les amendements n° 1817, 1818, 1332, 1820 et 978, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. L'amendement n° 1312 de M. Philippe Juvin est défendu.

(L'amendement n° 1312, repoussé par la commission et le gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n°s 677 et 1311, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 677 de M. Vincent Trébuchet est défendu.

La parole est à M. Philippe Juvin, pour soutenir l'amendement n° 1311.

M. Philippe Juvin. L'amendement tend à compléter les critères ouvrant droit à l'aide à mourir pour imposer que la personne jouisse de l'intégralité de ses droits civils. En effet, la privation des droits civils est généralement le symptôme d'une situation qui fait que, dans les faits, vous n'êtes pas libre de choisir.

D'autre part, je reviens un instant sur le propos de Mme Gruet pour inviter tous ceux qui pensent que l'on est libre en prison à se demander pourquoi, dans ce cas, les suicides y sont si nombreux. Cela ne vous amène pas à vous interroger ?

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je ne sais pas comment me faire comprendre...

M. René Pilato. Laissez tomber !

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Nous parlons de personnes incarcérées souffrant de maladies graves, incurables, engageant le pronostic vital, en phase avancée ou terminale. On ne parle pas de gens qui n'en pourraient plus d'être incarcérés, ce que l'on peut comprendre. D'autre part, ce n'est pas parce qu'on est privé de la liberté d'aller et venir que l'on n'est pas « libre dans sa tête » – pardonnez-moi cette référence à un texte bien connu. Les personnes visées dans ce texte vont mourir, qu'elles soient derrière des barreaux ou non. Arrêtons de tout confondre.

Cela étant, en toute logique, des personnes atteintes de telles pathologies n'ont rien à faire en prison. Avis évidemment très défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. La suspension des droits civils ne justifie pas une telle discrimination qui conduirait à rompre avec le principe d'égalité devant la loi. Dès lors que nous créons un nouveau droit, même les personnes privées de leurs droits civils y ont accès. Avis défavorable.

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

Mme Sandrine Rousseau. Les personnes atteintes d'une maladie grave et incurable ne devraient pas être en prison. C'est un premier point. *(Mme Danielle Simonnet applaudit.)*

Ensuite, vous confondez liberté de mouvement et liberté de conscience, ce qui est loin d'être la même chose. La liberté de conscience recouvre la capacité à avoir une vision claire de son état et à exprimer un consentement ou un refus. Cela n'a rien à voir avec la liberté d'aller et venir même si le même terme est employé ! Mais je le répète, une personne atteinte d'une maladie en phase terminale, et souffrant de douleurs réfractaires, ne devrait pas se retrouver en prison.

Mme la présidente. La parole est à Mme Justine Gruet.

Mme Justine Gruet. Je vous rappelle que nous avons supprimé la notion de constance dans la souffrance. Prenons le cas d'une personne incarcérée, en proie à des souffrances psychologiques importantes, et qui demanderait à accéder à l'aide à mourir. Pensez-vous que cette personne, si elle était libérée, continuerait à souffrir avec la même intensité ? Ne croyez-vous pas, au contraire, que la liberté recouvrée, l'affection de ses proches, l'accompagnement auquel elle pourrait prétendre, ne lui feraient pas changer d'avis ?

Mme Karen Erodi. Mais elle peut !

Mme Justine Gruet. Il n'est donc pas aberrant de considérer que la privation de liberté physique peut altérer la liberté de conscience. Je ne pense pas, en tout cas, qu'une personne emprisonnée puisse donner un consentement libre et éclairé.

(Les amendements n°s 677 et 1311, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Nous en venons à deux amendements, n°s 1667 et 751, pouvant être soumis à une discussion commune.

Je suis saisie de l'amendement n° 1667 de Mme Sandrine Dogor-Such.

(L'amendement n° 1667 est retiré.)

Mme la présidente. L'amendement n° 751 de Mme Émeline K/Bidi est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Madame Dogor-Such, au moins, vous faites preuve de cohérence en retirant l'amendement ; les bras m'en sont tombés quand j'ai appris que le groupe RN se référait aux demandes anticipées.

M. Thibault Bazin. Ce n'est pas un amendement de groupe.

Mme Annie Vidal. C'est bon, elle l'a retiré...

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Ce n'était pas une critique, au contraire ; je prenais simplement acte de la cohérence du geste.

Je suis très défavorable à l'amendement n° 751 qui vise les directives anticipées.

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

Mme Stéphanie Rist, *ministre*. Même avis.

(L'amendement n° 751 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Juvin, pour soutenir l'amendement n° 1314.

M. Philippe Juvin. L'amendement tend à exclure de l'euthanasie les personnes incarcérées ou placées sous mesure de probation. La conséquence de cette disposition est que, si elle était appliquée, quelqu'un qui demanderait à bénéficier de l'euthanasie ou du suicide assisté devrait sortir de prison pour que l'acte soit accompli en dehors des murs.

En Belgique, ces dernières années, dix-sept demandes d'euthanasie ont été formulées par des détenus belges pour cause de souffrances psychiques insupportables. Tous purgeaient une très longue peine; ce constat n'est pas anodin car il pose la question de la relation entre un enfermement source de souffrances et la demande d'euthanasie ou de suicide assisté qui pourrait en être la conséquence.

Je demande simplement que cela ne puisse pas se faire entre les murs de la prison et que les personnes concernées en soient au préalable sorties. Il faut qu'elles aient le sentiment de choisir librement.

(L'amendement n° 1314, 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° 1495.

Mme Lisette Pollet. Je le retire.

(L'amendement n° 1495 est retiré.)

Mme la présidente. L'amendement n° 1765 de M. Alexandre Allegret-Pilot est défendu.

(L'amendement n° 1765, repoussé par la commission et le gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Sur l'article 4, je suis saisie par le groupe Ensemble pour la République d'une demande de scrutin public.

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

Nous en venons à l'amendement n° 1494 de Mme Lisette Pollet.

(L'amendement n° 1494 est retiré.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 4, tel qu'il a été amendé.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	86
Nombre de suffrages exprimés	86
Majorité absolue	44
Pour l'adoption	55
contre	31

(L'article 4, amendé, est adopté.)

Après l'article 4

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 45 portant article additionnel après l'article 4.

M. Thibault Bazin. En bon Lorrain, je vais défendre cet amendement de mon collègue alsacien, Patrick Hetzel. À ce stade de la navette, nous pouvons encore introduire dans le texte des articles qui n'y figuraient pas. Il s'agit de définir la souffrance réfractaire, pierre angulaire de la médecine palliative. Il vise ainsi à harmoniser les pratiques soignantes dans l'appréciation de ce critère, notamment pour la mise en œuvre des sédations profondes et continues jusqu'au décès. La nécessité d'une telle définition avait émergé lors des travaux préparatoires que nous avons menés il y a quelques années, monsieur le rapporteur général. La définition proposée est celle retenue par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap).

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

M. Olivier Falorni, *rapporteur général*. L'amendement définit la notion de souffrance réfractaire comme « tout symptôme dont la perception est insupportable et qui ne peut être soulagé malgré des efforts thérapeutiques répétés, sans compromettre la conscience du patient ».

Cette définition apparaît fortement restrictive par rapport à celle de la Haute Autorité de santé (HAS). Dans un guide publié en février 2018, mis à jour en janvier 2020, la notion est définie par le fait que l'ensemble des moyens thérapeutiques et d'accompagnement disponibles, appropriés à la situation du patient, ont été proposés et, le cas échéant, mis en œuvre, mais qu'ils n'ont pas permis d'obtenir le soulagement attendu par le patient, qu'ils entraînent des effets indésirables jugés inacceptables, que leurs effets thérapeutiques ne sont pas susceptibles de produire un bénéfice dans un délai considéré comme acceptable par le patient.

La définition de la HAS me semble être la plus pertinente. Avis défavorable.

(L'amendement n° 45, repoussé par le gouvernement, n'est pas adopté.)

Article 5

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements identiques, n°s 15, 858, 1029 et 1821, tendant à supprimer l'article 5.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 15.

M. Thibault Bazin. L'article 5 vise à préciser les conditions de présentation de la demande d'administration d'une substance pour provoquer la mort. Nous continuons de considérer, Patrick Hetzel, d'autres députés du groupe Droite républicaine et moi-même, que ce texte va trop loin et qu'il constitue une rupture dans la réponse collective que la société doit apporter pour que les personnes ne souffrent pas. C'est bien cette réponse qui compte, face à cette demande légitime – qu'il ne faut pas nier et prendre au sérieux. Notre amendement de suppression est cohérent avec ce que nous défendons au sujet de cette proposition de loi.

Mme la présidente. L'amendement n° 858 de M. Vincent Trébuchet est défendu.

La parole est à M. Charles Sitzenstuhl, pour soutenir l'amendement n° 1029.

M. Charles Sitzenstuhl. L'article 5 montre la radicalité de cette proposition de loi. Il fait immédiatement apparaître, contrairement à ce qu'affirment les promoteurs du texte, qu'un malade qui voudrait abrégier sa vie n'est en réalité pas seul, et jamais seul. L'article 5 mentionne en effet le médecin ; les articles suivants, plusieurs autres médecins. C'est donc l'ensemble du corps médical et, au-delà, l'ensemble de la société qui sont embarqués dans ce projet.

En outre, même si, formellement, cet article et les suivants peuvent donner l'impression d'être longs et détaillés – ce qu'ils sont effectivement à certains endroits –, il reste néanmoins beaucoup d'angles morts et beaucoup de flou, si bien qu'un certain nombre de critères seront sujets à interprétation.

L'article 5 démontre que cette proposition de loi fait entrer le système de santé publique et la sécurité sociale dans un monde nouveau ; si elle devait être adoptée, elle changerait leur nature profonde. Dans ce monde nouveau, des médecins et des infirmiers français pourront dans quelques années administrer la mort aux patients qui le demanderont. Ce projet est donc radical ; il ne repose en rien sur un compromis ou un consensus.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Potier, pour soutenir l'amendement n° 1821.

M. Dominique Potier. L'article 5 est au cœur du débat. Nous avons tous un droit à ne pas souffrir ; nous sommes tous d'accord là-dessus. Deux solutions peuvent être apportées : soit une prise en charge jusqu'au bout, en luttant contre la douleur grâce aux soins palliatifs ; soit l'accès à ce qu'on a nommé une « aide à mourir » – je respecte ce que nous avons voté ensemble.

Je relève toutefois un grave déséquilibre. L'article 5 évoque à deux reprises la liberté de la personne qui fait la demande d'aide à mourir. Il dispose en effet que, « si elle le souhaite », elle peut accéder à l'aide à mourir en lieu et place de soins palliatifs effectifs, et, plus loin, que, « si elle le souhaite », elle peut obtenir un soutien psychologique ou psychiatrique.

Cela entre en totale contradiction avec la pratique française, et quasi universelle, qui dépénalise le suicide mais prévoit que nous fassions tout pour secourir et ranimer une personne qui tente de se suicider ! Pour ce qui est de la demande d'aide à mourir, nous établissons une liberté qui, pour le coup, relève d'une approche ultralibérale, là où devrait s'imposer à nous un devoir de solidarité et de fraternité. (*Exclamations sur quelques bancs des groupes EPR et Dem.*)

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Vous n'en serez pas surpris, j'y suis défavorable. L'article 5 est équilibré et offre des garanties essentielles. S'il venait à être supprimé, nous supprimerions des dispositions très importantes, notamment celles qui ont trait au rôle du médecin qui reçoit la demande ou aux obligations d'information.

Je rappelle que l'article 5 a été considérablement travaillé, modifié et amélioré lors de nos travaux de première lecture l'an dernier et en commission cette année : nous avons adopté des mesures sur les majeurs protégés, sur l'information et les propositions faites à la personne ou encore sur le

caractère écrit de la demande. En première lecture, quatorze amendements ont été adoptés, à l'initiative du gouvernement, des rapporteurs ou de députés des groupes DR, GDR ou LFI-NFP. La semaine dernière en commission, nous avons encore adopté dix amendements pour améliorer et préciser la rédaction. Nous avons mené un travail de fond, qui nous a permis d'atteindre cet équilibre.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Défavorable.

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

M. René Pilato. Je sais, collègue Bazin, que vous avez déposé ces amendements de suppression de l'article 5 avant la discussion des articles, mais à partir du moment où l'article 4 a été adopté, vous ne pouvez pas laisser la jungle s'installer ! C'est en effet l'article 5 qui donne leur cohérence aux dispositions de l'article 4.

Par souci de cohérence, j'invite les députés à ne pas voter ces amendements de suppression. Nous examinerons ensuite vos amendements à l'article 5 pour voir s'ils améliorent ou non la procédure.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal. Je soutiens ces amendements de suppression. La question à l'origine de ce texte, sur laquelle nous avons sollicité les avis d'experts, notamment du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) et du Conseil économique, social et environnemental (Cese), était de savoir si la loi actuelle permettait de répondre à toutes les situations. Et non, c'est vrai, elle ne répond pas à toutes les situations, ce pourquoi nous avons sûrement besoin de compléter le dispositif.

La loi actuelle concerne un court terme dont nous savons estimer la durée. La proposition de loi qui nous est présentée va au-delà : initialement, il s'agissait du moyen terme. Cependant, si celui-ci peut être estimé statistiquement, quoique avec une certaine marge d'erreur, il ne peut jamais l'être individuellement. La HAS a elle-même produit une forme de définition du moyen terme, en rappelant toutes ses réserves à l'égard de cette rédaction. En tout cas, nous nous retrouvons en fin de compte avec un texte qui ne constitue plus tout à fait une réponse à la question posée initialement.

Par ailleurs, nous ne savons toujours pas à ce stade si nous parlons d'autoadministration ou d'administration par un tiers. C'est vraiment dommageable.

(*Les amendements identiques n° 15, 858, 1029 et 1821 ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 16 de M. Patrick Hetzel est défendu.

(*L'amendement n° 16, repoussé par la commission et le gouvernement, n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements, n° 278, 737 et 752, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 278.

M. Thibault Bazin. Il s'agit, monsieur le rapporteur général, d'un amendement nouveau. J'ai cherché à réécrire totalement l'article 5 en tenant compte de tous nos débats et chemine-ments, et ce, monsieur Pilato, pour améliorer la procédure.

Vous avez affirmé que le médecin pourrait faire valoir à tout moment sa clause de conscience. C'est ce que prévoit l'amendement : il précise que le médecin pourra le faire à tout instant et ne participer à aucune étape de la procédure, si tel est son choix.

L'amendement précise aussi que la demande d'aide à mourir doit être faite par écrit, devant témoins, eu égard aux conséquences irrémédiables de l'administration d'une substance en vue de provoquer la mort.

Il prévoit aussi que le médecin qui instruit la demande soit celui qui suit la pathologie en cause, puisque ce sont précisément les souffrances qu'elle provoque qui constituent le critère évoqué à l'article 4. Il me semble cohérent que le médecin qui instruit la demande soit celui qui connaît cette pathologie.

Enfin, cet amendement tend à renforcer la protection des personnes faisant l'objet d'une mesure de protection. Je n'ai pas voulu énerver M. Philippe Vigier hier, mais il reste une difficulté : le registre des mesures de protection pourrait ne pas être opérationnel au moment de la promulgation de la loi.

Mme la présidente. Les amendements n^{os} 737 de M. Nicolas Sansu et 752 de Mme Émeline K/Bidi sont défendus.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Ces amendements en discussion commune sont très différents. Les amendements n^{os} 737 et 752 visent à réintroduire les directives anticipées. Je n'y reviens pas, mon avis est défavorable.

L'amendement n^o 278 de M. Gosselin, présenté par M. Bazin, est effectivement nouveau. Il s'agit d'une rédaction beaucoup plus restrictive de l'article 5. Parmi les changements que vous proposez, je relève : l'obligation de faire la demande à son médecin traitant ou au médecin spécialiste qui suit la pathologie en cause ; la réalisation de la demande devant témoins et notaire ; la réitération de la volonté après un délai de sept jours ; des informations spécifiques au handicap ; des orientations obligatoires.

Nous avons déjà débattu de l'ensemble de ces éléments en première lecture et nous aurons l'occasion de débattre à nouveau de chacun d'entre eux. En rétablissant des rédactions que nous avons modifiées ou en ajoutant des délais ou des contraintes au patient, votre objectif est clairement de faire en sorte que le droit à l'aide à mourir soit peu effectif ou ne le soit pas.

M. Lionel Duparay. Oui, une loi d'exception !

M. Dominique Potier. Vous aussi ?

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Comme vous vous y attendez, je suis défavorable à l'amendement n^o 278.

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

Mme Stéphanie Rist. On ne peut pas reprocher à M. Bazin sa cohérence : il a réécrit chacun des alinéas en restreignant de manière importante l'accessibilité du dispositif. Une de vos

modifications me paraît appeler un commentaire : vous proposez qu'un algologue, c'est-à-dire un médecin de la douleur, soit consulté à chaque demande pour attester des douleurs du patient. Quant à moi, sans doute en vertu de mon autre vie de rhumatologue, je considère que, quand les gens ont une douleur, c'est à eux d'en attester et non au médecin. (*Mme Dominique Voynet applaudit.*)

J'émet un avis défavorable sur cette réécriture d'ensemble qui restreint trop le champ d'application.

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. M. Sitzenstuhl s'étonnait tout à l'heure du grand nombre de professionnels entourant le malade tout au long du processus. Or c'est précisément le choix qui a été fait ! C'est bien cela, le modèle français de l'accompagnement de la fin de vie : on ne veut jamais laisser le malade tout seul ; c'est une volonté. Si vous l'avez relevé, c'est que le texte est très bien écrit. Je vous remercie de l'avoir fait remarquer !

(*Les amendements n^{os} 278, 737 et 752, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. L'amendement n^o 224 de Mme Marine Hamelet est défendu.

(*L'amendement n^o 224, repoussé par la commission et le gouvernement, n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such, pour soutenir l'amendement n^o 232.

Mme Sandrine Dogor-Such. Par cet amendement, nous souhaitons solenniser la demande, en exigeant qu'elle soit formulée par écrit devant un officier d'état civil.

Nous parlons d'un acte qui met fin à la vie. Or, en droit, les actes les plus importants, comme le mariage, la reconnaissance d'un enfant ou encore le changement d'état civil, sont toujours marqués par un formalisme renforcé, incluant une notification par une autorité publique. Il serait paradoxal qu'une décision d'une telle portée soit entourée de garanties moindres.

L'intervention d'un officier d'état civil permettrait d'assurer l'identification certaine de la personne, de constater l'expression personnelle et non équivoque de la volonté, de prévenir les risques de contestation ultérieure et de renforcer la traçabilité et la sécurité juridique du dispositif.

Sur un sujet aussi fondamental, la loi doit privilégier la sécurité et la clarté.

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Vous souhaitez préciser que la demande écrite est formulée devant un officier d'état civil. Je suis hostile à votre amendement pour trois raisons. Tout d'abord, vous employez une nouvelle fois les mots « euthanasie » et « suicide assisté » – je ne reviendrai pas sur ce point. Ensuite, nous avions modifié en séance l'alinéa 4 pour préciser que la demande devait être faite soit par écrit soit d'une autre manière ; or vous supprimez cette autre possibilité. Enfin, un officier d'état civil n'a absolument pas sa place dans une consultation médicale – car c'est bien de cela qu'il s'agit. Avis défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, *ministre*. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Stéphane Delautrette, rapporteur de la commission des affaires sociales.

M. Stéphane Delautrette, *rapporteur de la commission des affaires sociales*. Je m'exprime ici en tant que président de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation. Savez-vous qui sont les officiers d'état civil ? Savez-vous qu'il s'agit en particulier des maires ? Pensez-vous réellement qu'on appellera le maire pour lui demander de venir vérifier l'identité de la personne ou la conformité de sa demande ? Pardonnez-moi, mais on commence à nager en plein délire !

(L'amendement n° 232 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements, n°s 1752, 193, 327, 69, 326, 517, 147, 1012, 982, 1653, 448 et 542, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 69, 326 et 517 sont identiques, tout comme les n°s 982 et 1653 et les n°s 448 et 542.

Les amendements n° 1752 de M. Alexandre Allegret-Pilot, 193 de Mme Sandrine Dogor-Such, 327 de Mme Justine Gruet, 69 de M. Fabien di Filippo, 326 de Mme Justine Gruet, 517 de Mme Hanane Mansouri et 147 de Mme Marie-France Lorho sont défendus.

La parole est à M. Charles Sitzenstuhl, pour soutenir l'amendement n° 1012.

M. Charles Sitzenstuhl. Il vise, encore une fois, à clarifier les termes du débat.

M. le rapporteur général a expliqué que M. Bazin souhaitait que le droit à l'aide à mourir ne soit pas effectif.

M. Thibault Bazin. Peu effectif !

M. Charles Sitzenstuhl. Or, même si son amendement de réécriture avait été adopté, le texte serait resté effectif au sens juridique du terme.

En revanche, nous sommes plusieurs dans cet hémicycle à assumer notre volonté de rendre plus difficile ou plus compliqué le chemin permettant d'accéder à l'euthanasie ou au suicide assisté – entendons-nous, je ne dis pas que ce chemin est facile. Pourquoi ? Parce que nous considérons qu'il faut protéger les personnes vulnérables...

M. Michel Lauzzana. Oh, ça suffit !

M. Charles Sitzenstuhl. ...et les malades. Il faut toujours protéger une personne qui souhaite mettre fin à sa vie. Telle est notre conception de la vie et de la société.

Mme la présidente. Les amendements n°s 982 de Mme Annie Vidal, 1653 de M. Thomas Ménagé, 448 de Mme Justine Gruet et 542 de Mme Hanane Mansouri sont défendus.

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

M. Olivier Falorni, *rapporteur général*. Défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, *ministre*. Même avis.

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

M. Jean-François Rousset. L'excès de protection peut bloquer l'action. Or nous parlons de malades qui ont besoin qu'une décision soit prise rapidement pour les aider à passer ce cap difficile.

D'autre part, lorsque l'on souhaite aller très loin en matière de protection, il faut aussi penser à celle des soignants. Nombre d'entre eux – nous le savons – pratiquent ces actes dans des structures hospitalières publiques ou privées, dans des services de soins palliatifs ou dans d'autres lieux. Ils ont besoin d'être protégés par la loi car ils répondent à une demande en engageant leur humanité et leur responsabilité.

(Les amendements n°s 1752, 193 et 327, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

(Les amendements identiques n°s 69, 326 et 517 ne sont pas adoptés.)

(Les amendements n°s 147 et 1012, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

(Les amendements identiques n°s 982 et 1653 ne sont pas adoptés.)

(Les amendements identiques n°s 448 et 542 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements, n°s 1276, 1766, 1404 et 1072, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such, pour soutenir l'amendement n° 1276.

Mme Sandrine Dogor-Such. Il porte sur une étape décisive de la procédure : le recueil de la demande. Le texte prévoit une demande formulée par écrit ou par tout autre mode d'expression adapté. Cette souplesse permet de répondre à certaines contraintes cliniques mais ne garantit pas, à elle seule, que la décision procède d'une volonté strictement personnelle. Dans les situations de grande vulnérabilité du patient – dépendance physique et isolement, charge ressentie pour les proches –, les pressions peuvent être explicites ou implicites.

En imposant un entretien individuel hors la présence de tout tiers, nous entendons introduire une garantie concrète d'autonomie. Cet échange direct permettrait au médecin d'apprécier la spontanéité de la demande, la cohérence du discours et l'absence d'influence immédiate.

L'obligation pour le médecin de verser une attestation au dossier assurerait la traçabilité de cette vérification. Elle renforcerait la sécurité juridique de la procédure et faciliterait le contrôle *a posteriori*, qu'il soit ordinal, administratif ou judiciaire. Il s'agit non pas de complexifier la démarche, mais d'adapter le niveau de garantie à la gravité et à l'irréversibilité de l'acte envisagé.

Mme la présidente. La parole est à Mme Claire Marais-Beuil, pour soutenir l'amendement n° 1766.

Mme Claire Marais-Beuil. Il faut sécuriser le recueil des dernières volontés, du choix de la personne. Il est bien indiqué dans le texte que la demande doit être faite « par écrit » ou « par tout autre mode d'expression ». Quels sont

exactement ces modes d'expression ? Cet amendement vise à préciser que la demande peut être formulée soit par écrit soit par un enregistrement vidéo, ce qui sécuriserait aussi le médecin qui la recueille.

Mme la présidente. L'amendement n° 1404 de Mme Hanane Mansouri est défendu.

La parole est à M. Charles Sitzenstuhl, pour soutenir l'amendement n° 1072.

M. Charles Sitzenstuhl. Il relève de la même philosophie que les précédents. Il vise à préciser que la demande initiale doit être formulée « hors la présence de tout tiers », donc dans le cadre d'un entretien entre le malade et le médecin exclusivement. Il me semble, monsieur le rapporteur général, que cette précision ne figure nulle part dans cet article – je ne dis pas que cet oubli est volontaire. Or cette mention me semble importante car, nous le savons, certains malades, en situation de grande vulnérabilité, qui rencontrent des difficultés d'ordre social ou familial, peuvent être soumis à des pressions. Cette décision fondamentale doit donc être prise dans le cadre d'un dialogue exclusif entre le médecin et le malade, hors la présence de tout tiers, même un membre de l'entourage le plus proche.

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Ces amendements abordent trois questions. D'abord, s'agissant de la présence d'un tiers, ma position n'a pas changé : c'est à la personne seule de déterminer si elle souhaite être accompagnée ou non. Ce choix relève du respect de la vie privée, du secret des informations la concernant – c'est tout simplement le secret médical, tel qu'il est défini dans le code de la santé publique.

J'en viens à la consignation au dossier. Je vous rappelle que chaque acte de la sous-section « Procédure » sera consigné au sein du système d'information créé par l'article 11. Votre demande de consignation au dossier est donc satisfaite.

Enfin, en l'état actuel du texte, la demande est réalisée par écrit ou, lorsque la personne n'est pas en mesure de le faire, « par tout autre mode d'expression adapté à ses capacités ». Cette rédaction me semble équilibrée car elle permet à la fois l'affirmation de la volonté et la traçabilité de cette expression.

Avis défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. J'ajouterai deux arguments. D'une part, il est très fréquent, lors d'une consultation, que le médecin demande à l'accompagnant ou au membre de la famille présent de sortir de la pièce lorsqu'il considère qu'il a besoin d'être seul avec le patient pour mieux l'informer ou mieux comprendre son souhait. Dans notre pays, les soins ne sont pas obligatoires. Dès lors, chaque fois que le médecin propose un traitement, il doit être sûr de bien comprendre la volonté du patient. Cela fait partie de son travail au quotidien. Faut-il toutefois aller jusqu'à empêcher la présence de tout tiers ? Il me semble que ce serait une entorse à l'accompagnement et au soutien de la personne dans un moment particulièrement difficile pour elle.

D'autre part, vous mentionnez d'éventuelles pressions, mais ce n'est pas au moment du recueil de la demande que la question se pose. Si une pression morale s'exerce sur le patient, c'est bien plus tôt.

Les mesures que vous proposez me semblent inefficaces. Par conséquent, j'émet un avis défavorable sur ces amendements.

Mme la présidente. La parole est à Mme Julie Laernoës.

Mme Julie Laernoës. Contrairement à ce qu'affirment celles et ceux qui les ont défendus, ces amendements ne visent pas à apporter des précisions ou à protéger – nous le voyons bien. L'objectif est que plus personne n'ait le droit de recourir à l'aide à mourir. Tantôt vous proposez qu'une flopée de personnes – de l'officier d'état civil au curé du village, et j'en passe – soient présentes lors du recueil de la demande, tantôt vous demandez que le patient soit seul. Tantôt vous dites qu'il faut forcément faire appel au médecin traitant, tantôt qu'il ne faut pas faire appel à lui mais plutôt à un médecin hospitalier ou encore à un médecin qui exerce depuis au moins vingt ans. Bref, tous ces amendements visent non pas à protéger les personnes qui formulent une demande, mais uniquement à empêcher le recours au dispositif.

M. Christophe Bentz. Exactement !

Mme Julie Laernoës. Pour que les débats avancent plus rapidement – car vous savez que tous vos amendements seront repoussés –, vous pourriez juste assumer que vous souhaitez restreindre ce droit...

Mme Hanane Mansouri et M. Charles Sitzenstuhl. Nous assumons !

Mme Julie Laernoës. ...plutôt que de vous draper derrière d'autres intentions.

Mme la présidente. La parole est à Mme Justine Gruet.

Mme Justine Gruet. Madame Laernoës, j'ai suivi l'ensemble des débats depuis la première lecture et je peux vous dire que personne n'a jamais mentionné le curé du village. Vous pouvez raconter ce que vous voulez mais c'est factuellement faux.

Monsieur Rousset, vous dites que la demande doit être traitée rapidement. Or, au vu de la rédaction actuelle du texte – nous le verrons lors de l'examen de l'article 6 –, les délais prévus, s'agissant de la prise de décision et du temps de réflexion du patient, sont parmi les plus courts.

Ce que nous ne souhaitons pas, c'est qu'il soit plus facile d'accéder à l'aide à mourir qu'aux soins palliatifs – c'est d'ailleurs ce qu'a voulu dire, me semble-t-il, M. Sitzenstuhl. Nous touchons là au cœur de nos débats. C'est une question éthique : il nous semble précipité de proposer un texte qui prévoit l'aide à mourir, un nouveau droit qui sera applicable en tout point du territoire national, dès lors que les patients n'auront pas la liberté de choisir entre ce dispositif et de réels soins palliatifs.

(Les amendements n° 1276, 1766, 1404 et 1072, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n° 2135.

M. Christophe Bentz. Je comptais dire « défendu », mais je saisis cette occasion pour vous répondre, madame Laernoës. Vous vous étonnez que nous ayons déposé de nombreux amendements – j'en ai personnellement déposé un certain nombre – visant à restreindre, à cadrer autant que possible la procédure. Je m'étonne moi-même de votre étonnement,

après trois ans de travail sur le sujet, car nous l’assumons. Vous relevez à chaque fois ces amendements, comme s’il s’agissait d’obstruction ou de quelque autre procédé. Une chose est sûre : notre objectif est bien la protection de la personne humaine, en l’occurrence de la vie humaine.

Mme la présidente. La parole est à Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure de la commission des affaires sociales, pour donner l’avis de la commission.

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure de la commission des affaires sociales. Vous souhaitez que la personne qui souhaite accéder à l’aide à mourir dépose sa demande en présence de deux témoins. Je me permets de rappeler que, ni plus ni moins qu’une autre, elle « a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ». C’est tout simplement le secret médical, tel que défini par le code de la santé publique. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l’avis du gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Charles Sitzenstuhl.

M. Charles Sitzenstuhl. Je m’oppose à cet amendement : le dialogue doit se faire seul à seul. Je réponds à notre collègue écologiste : nos débats sont très importants et il ne faut pas les prendre par-dessus la jambe.

Je suis étonné de ce qui a été énoncé il y a quelques minutes aux bancs des commissions et du gouvernement. M. Falorni nous dit que cet entretien devra se faire seul à seul – une fois n’est pas coutume, nous sommes d’accord. Mais si c’est le cas, monsieur le rapporteur général, pourquoi ne pas le préciser dans le texte ? Il est tout à fait loisible, notamment au gouvernement, de déposer un amendement en ce sens. Vous dites que c’est clair dans votre esprit ; mais ce n’est pas écrit dans le texte ! Il y a là un angle mort.

La réponse du gouvernement m’a un peu perturbé. Selon lui, les demandeurs seront globalement seuls mais un tiers pourra être présent dans certains cas. Vous nous disiez ainsi, madame la ministre, que, *de facto*, un proche pourrait être ou ne pas être là selon les cas. Cela illustre les ambiguïtés du texte, qui n’est clair ni en lui-même, ni dans la tête de ses promoteurs. Il faut clarifier les choses.

Mme la présidente. La parole est à Mme Claire Marais-Beuil.

Mme Claire Marais-Beuil. Vous venez d’invoquer le secret médical pour rejeter l’idée que deux témoins devraient être présents. Or nous expliquons depuis un moment qu’un ensemble de professionnels de santé accompagneront le malade. Le recueil de sa volonté pourrait donc avoir lieu en présence de deux membres de cette équipe, par exemple de deux infirmières ou d’un médecin et d’une infirmière. Dans un tel cas de figure, la présence de deux témoins ne serait pas incompatible avec la protection du secret médical.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Monsieur Sitzenstuhl, nous avons été très clairs. Le rapporteur général a indiqué que c’est à la personne de choisir si elle souhaite être accompagnée ou non. Elle ne sera donc pas forcément seule.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Oui !

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je l’ai confirmé en soulignant qu’il faut faire confiance au médecin : il sait s’il doit ou non faire sortir la personne qui accompagne le patient – des médecins prennent de telles décisions tous les jours. Tout est donc très clair et il n’y a aucune ambiguïté sur ces bancs.

(L’amendement n° 2135 n’est pas adopté.)

Mme la présidente. Je réponds à Mme Laernoës au sujet du rythme : nous avançons très bien puisqu’il s’élève à plus de soixante-deux amendements à l’heure.

Je suis saisie de six amendements, n°s 18, 590, 981, 17, 1822 et 1134, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 18 et 590 sont identiques.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l’amendement n° 18.

M. Thibault Bazin. J’avais plaidé pour que l’on maintienne la vitesse limite à 90 kilomètres à l’heure plutôt que de l’abaisser à 80, comme l’a imposé Édouard Philippe !

Mme la présidente. Facile !

M. Thibault Bazin. En tout cas, si nous pouvons avancer un peu plus vite, ce sera très bien.

Nos débats sont importants. Initialement, la procédure établie par le texte n’était pas collégiale. Nous avons progressé à ce sujet mais nous ne sommes pas allés assez loin. En effet, l’article 5, relatif à la procédure, ne mentionne pas la collégialité, alors que les articles suivants la prévoient – c’est incohérent.

Je m’interroge. Par exemple, l’article L. 1110-5-2 du code de la santé publique prévoit la mise en œuvre de la sédation profonde et continue « selon [une] procédure collégiale définie par voie réglementaire ». Il serait d’ailleurs intéressant, madame la ministre, de savoir pourquoi le présent article ne renvoie pas à la voie réglementaire.

L’article R. 4127-37-2 du même code, qui définit cette procédure collégiale, prévoit en outre qu’elle implique « le médecin en charge du patient » en « concertation avec les membres présents de l’équipe de soins, si elle existe ». Or le présent article ne prévoit pas d’impliquer l’équipe.

La procédure de sédation profonde et continue requiert par ailleurs « l’avis motivé d’au moins un médecin, appelé en qualité de consultant » qui ne doit entretenir « aucun lien de nature hiérarchique [avec] le médecin en charge du patient ». La Haute Autorité de santé préconise également que l’évaluation menée dans le cadre de cette procédure soit « interdisciplinaire et pluriprofessionnelle » et « concerne tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient ».

Tel est le sens de cet amendement de Patrick Hetzel : impliquer toute l’équipe soignante. Nous proposons donc d’indiquer à l’article 5 que la procédure est collégiale. *(Mme Justine Gruet applaudit.)*

Mme la présidente. La parole est à Mme Hanane Mansouri, pour soutenir l’amendement n° 590.

Mme Hanane Mansouri. Ces amendements identiques prévoient non seulement la collégialité de la procédure mais aussi le caractère pluridisciplinaire du collège en question. En guise de comparaison, l’application d’un traite-

ment contre le cancer, quel qu'il soit, suppose une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) à laquelle participent plusieurs médecins d'horizons différents. Il faudrait qu'il en aille au moins de même lorsqu'il s'agira de pratiquer l'euthanasie ou le suicide assisté.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Vidal, pour soutenir l'amendement n° 981.

Mme Annie Vidal. Il prévoit que les médecins volontaires pour réaliser l'acte légal s'inscrivent auprès de la commission de contrôle et d'évaluation créée par le présent texte. Le dispositif actuellement prévu repose sur du déclaratif: le professionnel consulté se signalera auprès de la commission, ce qui laisse entendre que la réalisation de l'acte légal sera la norme, et le refus, l'exception.

L'amendement vise à inverser la logique: le médecin qui accepte la réalisation de l'acte légal adoptera une démarche beaucoup plus positive en se déclarant volontaire.

Mme la présidente. Les amendements n° 17 de M. Patrick Hetzel, 1822 de M. Dominique Potier et 1134 de M. Stéphane Rambaud sont défendus.

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. L'amendement n° 18 défendu par M. Bazin tend à remplacer le médecin recevant la demande par un « collège pluridisciplinaire [...] composé d'au moins trois médecins [...] et trois autres membres de l'équipe de soins ».

Sur la forme, l'article 5 concerne le dépôt de la demande et non son instruction par un collège, dont traite l'article 6. Par ailleurs, il serait tout de même assez compliqué pour une personne de déposer une demande auprès d'un collège tout entier, sans du reste qu'il soit précisé qui en définit les membres.

Sur le fond, une telle composition du collège n'est pas réaliste – nous aurons l'occasion d'en débattre à l'article 6 – et entraverait toute demande d'aide à mourir.

Par votre amendement n° 981, madame Vidal – les amendements suivants prévoient des dispositions similaires –, vous souhaitez que seuls les médecins volontaires et inscrits auprès de la commission prévue à l'article 15 soient autorisés à recevoir une demande d'aide à mourir. Cela limiterait le nombre de ces médecins.

S'agissant du volontariat, vous savez que l'article 14 ouvrira aux médecins une clause de conscience spécifique à l'aide à mourir. Ainsi, aucun médecin ne sera contraint de recevoir une demande d'aide à mourir et d'entamer la procédure. Il est donc tout à fait inutile de préciser que le médecin recevant la demande doit être volontaire, puisqu'il ne pourra y être contraint.

M. Dominique Potier. C'est satisfait?

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Quant à l'inscription auprès de la commission, elle entraînerait une très forte restriction de l'accès à l'aide à mourir. En effet, il faudrait non seulement que tous les médecins qui acceptent de recevoir une demande d'aide à mourir accomplissent cette démarche, mais encore que les personnes qui souhaitent formuler une telle demande connaissent ces médecins. Cela

rendrait ce droit ineffectif. Vous comprendrez donc que j'y sois défavorable. Je rappelle qu'aucun chemin vers l'aide à mourir ne sera facile – aucun.

Avis défavorable sur l'ensemble des amendements en discussion commune.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Défavorable, pour les mêmes raisons.

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

M. Jean-François Rousset. Je vous demande de faire l'effort de vous placer dans la situation des malades. Ils ne peuvent guère se déplacer, ils sont en fin de vie, ils souffrent et il faut les aider à passer ce cap difficile. Ils sont soignés depuis de nombreux mois par des équipes soignantes – selon les cas, un médecin généraliste, des médecins formés aux soins palliatifs ou encore des médecins qui ont l'habitude de prendre en charge la douleur.

Ce texte doit rétablir la confiance entre les malades et les médecins qu'ils sollicitent pour les accompagner jusqu'au bout, dont ils prennent la main en demandant qu'ils ne les abandonnent surtout pas. Le cas se présente tous les jours. Je suis médecin et je le sais, comme tous les médecins.

En élaborant ce texte, faisons confiance aux médecins qui s'occupent des malades, aux soignants, et laissons-les s'organiser. À force d'entendre qu'il faut un professionnel de plus à tel ou tel stade de la procédure, les gens finiront par perdre confiance dans cette loi. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe EPR.*)

(*Les amendements identiques n° 18 et 590 ne sont pas adoptés.*)

(*Les amendements n° 981, 17, 1822 et 1134, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Charles Sitzenstuhl, pour soutenir l'amendement n° 1017.

M. Charles Sitzenstuhl. Il prévoit que seuls les médecins hospitaliers soient autorisés à recevoir une demande d'aide à mourir. J'ai déjà développé hier mon argumentaire à ce sujet.

Je réagis à ce que vient de dire mon excellent collègue et ami Rousset. Ce texte va altérer le lien de confiance entre certains de nos concitoyens et le corps médical ou, du moins, le système de santé. Le fait de savoir qu'en France, la médecine pourra désormais pratiquer l'euthanasie ou l'aide au suicide les amène à se poser des questions. Il faut aussi entendre nos compatriotes qui expriment cette inquiétude – ils sont nombreux; j'en ai rencontré dans ma circonscription, en Alsace.

Je rappelle qu'en Belgique, un certain nombre de manquements ont été constatés dans l'application des procédures. Tous nos débats au sujet de la procédure sont donc importants car, dans les pays qui ont légalisé cette pratique il y a une vingtaine d'années, nous observons, avec le recul, qu'il y a des difficultés, parfois gravissimes, dans la mise en œuvre – un certain nombre d'affaires ont été portées devant la justice européenne. Ne prenons pas cela à la légère!

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

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous souhaitez que seuls les médecins hospitaliers puissent recevoir une demande d'aide à mourir. Il s'agirait d'une restriction importante du nombre potentiel de ces médecins, donc d'une restriction de l'accès à l'aide à mourir.

Par ailleurs, nous pouvons supposer qu'un certain nombre de personnes voulant y accéder souhaiteraient solliciter leur médecin traitant ou le médecin spécialiste qui les suit en ville.

Cette restriction ne se justifie en rien. J'y suis opposée, autant qu'à la nouvelle distinction que vous entendez introduire entre médecine de ville et médecine hospitalière.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Hadrien Clouet.

M. Hadrien Clouet. Le groupe La France insoumise ne votera pas cet amendement, pour plusieurs raisons – j'entends des mots de surprise, mais laissez-moi vous expliquer.

Monsieur Sitzenstuhl, vous souhaitez réserver aux praticiens hospitaliers la possibilité de recevoir une demande d'aide à mourir. Nous ne sommes pas convaincus par vos arguments. En effet, cela diviserait par quatre ou cinq le nombre de praticiens qui pourraient être impliqués dans la démarche, ce qui entraverait l'accès à ce droit et créerait des inégalités très importantes entre les territoires, selon que s'y trouve ou non un établissement hospitalier. Cela éloignerait en outre les patients en les empêchant de s'adresser au médecin qui les suit depuis des années et connaît la maladie qui les amène à demander l'aide à mourir. Tout cela justifie que nous repoussions l'amendement.

Mme Gruet s'est défendue tout à l'heure d'avoir amené le curé du village dans nos discussions.

C'est vrai. Néanmoins, il va tout de même arriver à l'article 14 puisque certains – pas vous, madame Gruet – vont essayer de mettre en place une clause de conscience collective par établissement. De notre côté, nous préférons la jurisprudence du Conseil constitutionnel à celle du conseil spirituel quand le premier rappelle qu'il ne peut y avoir d'établissement doté d'une clause de conscience collective. Les curés ont le droit d'être avec vous partout... sauf dans l'hémicycle. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NFP.*)

M. Patrice Martin. Si !

M. Charles Sitzenstuhl. Ils ne sont pas inéligibles !

Mme Stéphanie Rist, ministre. Il n'y a pas de Conseil spirituel.

(*L'amendement n° 1017 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n° 2083.

M. Christophe Bentz. Cher collègue Clouet, pour information, l'abbé Pierre a été député. (*Exclamations sur plusieurs bancs des groupes LFI-NFP et SOC.*)

M. Hadrien Clouet. Ce n'est pas le meilleur !

Mme Ayda Hadizadeh. Ce n'est pas la bonne référence !

Mme Hanane Mansouri. Oh, ça va !

M. Christophe Bentz. Ce petit rappel agace, j'ai l'impression... Mais l'amendement n'a rien à voir puisqu'il propose de réduire le champ d'application du dispositif et donc le nombre de médecins à qui pourrait être déléguée la concrétisation d'un suicide, en l'occurrence en excluant les médecins militaires, parce que leur vocation est de soigner ceux qui risquent leur vie pour défendre notre pays.

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

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Je rappelle qu'aucune distinction n'est prévue dans le texte entre un médecin généraliste et un médecin spécialiste, entre un médecin traitant ou non, entre un médecin chirurgien ou non, ou encore entre un médecin libéral ou du secteur hospitalier pour recevoir une demande d'aide à mourir.

De même, la commission ne souhaite pas distinguer les médecins civils des militaires – je rappelle aussi que les hôpitaux d'instruction des armées sont ouverts à tous, c'est-à-dire qu'ils accueillent tous les patients, qu'ils aient ou non un lien avec les armées.

(*L'amendement n° 2083, repoussé par le gouvernement, n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n° 1030 et 2137, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Charles Sitzenstuhl, pour soutenir l'amendement n° 1030.

M. Charles Sitzenstuhl. Je propose d'exclure de la procédure les médecins encore au début de leur carrière, qui ont moins de vingt ans d'exercice.

Il ne faut jamais permettre que les actes d'euthanasie ou d'assistance au suicide soient banalisés dans les pratiques médicales. Il est à cet égard important que les médecins qui entrent dans la vie médicale ne soient pas confrontés à de telles demandes, ne soient pas soumis d'une manière ou d'une autre aux pressions qui les accompagneront.

Ce n'est pas une vue de l'esprit. Je vous lis un passage de la tribune publié par M. Boer dans *Le Monde* l'année dernière, où il décrit la réalité du système néerlandais : « Dans mes échanges avec de nombreux médecins néerlandais, une constante revient : la pression s'accroît. Ce n'est plus seulement une demande individuelle, mais une attente sociale. Du fait d'une normalité croissante, le personnel soignant se demande : "Jusqu'où irons-nous ?" » Nous devons protéger nos jeunes médecins.

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n° 2137.

M. Christophe Bentz. Injecter une substance létale est un acte très très lourd qui demande une expérience confirmée et, pour les mêmes raisons que mon collègue, j'ai déposé cet amendement qui prévoit une durée préalable minimale d'activité pour pouvoir le faire. Le mien propose d'exclure les médecins ayant moins de cinq ans d'activité.

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

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Sans surprise, j'y suis particulièrement défavorable parce que, une fois de plus, cela reviendrait à réduire drastiquement le nombre de

médecins pouvant recevoir ces demandes. De plus quel message enverrions-nous en adoptant l'un de ces deux amendements? Est-on moins médecin à 30 ans qu'à 50 ans? En tout état de cause et vous le savez, le médecin organisera une procédure collégiale pour croiser regards et expertises sur la demande du patient. Défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je continue à dire qu'il faut faire confiance au médecin (*Mme Agnès Pannier-Runacher applaudit*), confiance dans sa capacité à savoir s'il peut faire ce geste ou pas. Ce sera sans doute plus difficile s'il est jeune, mais la maturité chez les médecins est davantage liée à l'expérience, et certains l'acquièrent très vite. Ils pourront de toute façon invoquer la clause de conscience. Il ne faudrait pas non plus laisser penser aux jeunes médecins qu'ils seraient recrutés pour aider à mourir s'ils n'en ont pas envie. Faisons confiance aux soignants. (*M. Jean-François Rousset applaudit.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Lauzzana.

M. Michel Lauzzana. Je soutiens ce que vient de dire le ministre et je voudrais revenir sur les propos de notre collègue Charles Sitzenstuhl: un médecin ne prend jamais un décès à la légère. Et même quand c'est une mort naturelle, je peux vous dire, en tant que médecin, que l'on est toujours frappé, et qu'on se pose à chaque fois des questions. Ce n'est pas parce que le sujet sera pris en compte dans la loi ou dans un décret que c'en sera plus léger.

Vous avez eu une expression quelque peu malheureuse qui a dû dépasser votre pensée. Sachez que chaque mort est vécue par un médecin de manière vraiment très profonde et que, même si elle est dite naturelle, on ne prend jamais cela à la légère. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes EPR et Dem. – Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure, Mme Christine Pirès Beaune et Mme Stella Dupont applaudissent également.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Charles Sitzenstuhl.

M. Charles Sitzenstuhl. Docteur Lauzzana, à aucun moment je n'ai considéré que les médecins banalisaient la mort dans leur pratique, bien au contraire. Et madame la ministre, je vais vous rassurer, j'ai une confiance totale dans les médecins français. J'ai dit que je ne souhaitais pas que l'acte d'euthanasie ou l'acte d'assistance au suicide, c'est-à-dire un acte légal, devienne banal dans la pratique médicale. C'est pour cette raison que je souhaite mettre une barrière – certes peut-être excessive par rapport à la proposition de mon collègue –, pour que les jeunes médecins qui commencent leur carrière puissent d'abord exercer dans un environnement où ils n'auront pas à être confrontés directement à cette question.

C'est une discussion très importante parce qu'elle illustre bien les philosophies totalement antagonistes qui sont les nôtres sur la question de l'aide à mourir. Nos avis divergent, restons en là; mais, à aucun moment, je le répète, je n'ai considéré que les médecins banalisaient la mort, bien au contraire.

(*Les amendements n°s 1030 et 2137, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

Suspension et reprise de la séance

Mme la présidente. La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à dix heures quarante, est reprise à onze heures.*)

Mme la présidente. La séance est reprise.

L'amendement n° 1907 de M. Alexandre Allegret-Pilot est défendu.

Quel est l'avis de la commission?

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Défavorable.

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

Mme Nicole Dubré-Chirat. Le fait que des députés aient demandé que soient exclus de la procédure certains médecins – les jeunes, les retraités ou les militaires – m'apparaît comme une mesure d'obstruction, qui vise à réduire le nombre de praticiens susceptibles de participer à l'aide à mourir. De plus, ce sont plutôt des médecins assez jeunes, et non en seconde partie de carrière, qui choisissent d'exercer en soins palliatifs. Je ne vois donc pas l'intérêt de les exclure, d'autant qu'ils bénéficient de la clause de conscience. Enfin, il ne faut pas prévoir des collèges pluriprofessionnels avec trop de membres, car les moyens ne sont pas les mêmes à domicile – où l'aide à mourir pourra aussi être pratiquée – et en établissement de soins.

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

M. Thibault Bazin. Je réagis à la fois à l'amendement et aux propos de Mme Nicole Dubré-Chirat. J'ai du mal à comprendre si l'objectif est de concevoir une loi d'exception, d'ultime recours, comportant des conditions strictes et s'appliquant donc à peu de cas, ou un texte de liberté qui assure un accès facile à la procédure. Ce n'est pas la même démarche, mais il faut que tout le monde joue cartes sur table, d'une certaine manière. Quelle est la portée de ce que nous allons voter?

Si cela ne concerne que quelques cas, je ne comprends pas votre crainte.

Par ailleurs, vous avez dit que de jeunes médecins s'investissaient dans les soins palliatifs. Puisque vous parlez d'eux, laissez-moi vous dire que tous les praticiens en soins palliatifs que j'ai rencontrés feront jouer leur clause de conscience car ce qui est prévu par le texte va à l'encontre de leur engagement au quotidien pour aider leur patient à mourir. Je pense qu'il faut qu'on les écoute.

(*L'amendement n° 1907 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir les amendements n°s 2136 et 2038, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

M. Christophe Bentz. Je comptais dire: « défendu », mais comme vous nous relancez, chère collègue Dubré-Chirat, nous sommes obligés de répondre.

Ces amendements visent, respectivement, à écarter du dispositif les médecins internes et le médecin traitant. Il ne s'agit pas, ma chère collègue, d'amendements « d'obstruction » mais de restriction, ce qui n'est pas tout à fait la même chose. Nous sommes dans un esprit de repli : dans l'absolu, nous ne voulons pas que les médecins aient à réaliser un acte légal. Nous défendons donc des amendements de repli par rapport à nos propres amendements de repli.

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

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Sur le fond, je suis d'accord avec M. Benz : les internes ne pourront pas réaliser l'aide à mourir. Il s'agit d'étudiants qui travaillent sous la responsabilité d'un praticien senior. Toutefois, il n'est pas nécessaire de l'inscrire dans la loi ; ils n'auront pas l'autorisation de pratiquer l'aide à mourir.

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

M. Jean-François Rousset. Je veux abonder dans le sens des propos tenus par Nicole Dubré-Chirat et répondre à M. Bazin. Ce n'est pas parce qu'il s'agit d'une loi d'exception que l'acte exceptionnel ne peut être pratiqué dans plusieurs endroits. L'exception peut intervenir au domicile, en unité de soins palliatifs, à l'hôpital, en Ehpad. La loi concerne peut-être des cas exceptionnels, mais l'exception est multiterritoriale.

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

M. Philippe Juvin. D'abord, une question technique, madame la ministre : les docteurs juniors pourront-ils pratiquer cet acte ? Ensuite, une remarque plus large : bien sûr, mes chers collègues, que l'expérience compte ! Bien sûr que lorsqu'on accumule les années d'expérience médicale, on développe une vision différente, une compréhension différente du pronostic, un autre regard sur la maladie. La médecine serait-elle la seule activité humaine pour laquelle l'expérience n'aurait pas de conséquences, voire la seule pour laquelle l'inexpérience serait presque gage d'efficacité ? Non, bien entendu ! Si vous allez aux urgences, tous, vous éprouverez un sentiment différent selon l'âge du médecin en face de vous : s'il est particulièrement jeune, cela suscitera chez vous certaines réflexions ; s'il semble au contraire avoir un peu d'expérience, cela vous inspirera spontanément davantage confiance, à tort ou à raison d'ailleurs. Vous voyez bien que la question de l'expérience est fondamentale, et je regrette que ce point ne figure pas dans la loi.

(Les amendements n° 2136 et 2038, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n° 899 et 434 rectifié, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 899 de Mme Marie-France Lorho est défendu.

La parole est à Mme Sandrine Lalanne, pour soutenir l'amendement n° 434 rectifié.

Mme Sandrine Lalanne. Le présent amendement vise à renforcer l'une des garanties essentielles de ce texte : l'impartialité absolue du médecin qui reçoit la demande d'aide à mourir.

L'article 5 prévoit déjà plusieurs cas d'incompatibilité : ce médecin ne peut être ni le parent, ni l'allié, ni le conjoint, le concubin ou le partenaire etc., ni un ayant droit du demandeur. Il s'agit d'une protection nécessaire, mais incomplète.

Dans les configurations familiales contemporaines – il en est souvent question dans cette assemblée –, notamment au sein des familles recomposées, les enjeux successoraux peuvent en effet être très complexes. Ainsi, le médecin pourrait être non pas l'ayant droit du patient, mais celui de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire, situation qui créerait au minimum un doute légitime, inacceptable dans une telle procédure.

Il ne s'agit donc pas de faire peser le soupçon sur les professionnels de santé, mais de protéger la procédure elle-même, de prévenir tout risque de collusion patrimoniale et de garantir une confiance totale. Pour toutes ces raisons, je vous invite à adopter cet amendement de sécurisation.

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Votre amendement procède d'une intention naturellement louable, madame Lalanne ; il repose sur les mêmes fondements que les interdictions déjà prévues concernant certains liens susceptibles d'unir le médecin et la personne. Cependant, on peut estimer qu'il est en grande partie satisfait, puisque la rédaction actuelle écarte la possibilité que le médecin soit un parent de la personne, ce qui couvre une grande partie des cas de figure que vous envisagez, notamment celui de l'enfant de son épouse ou époux.

D'autre part, si votre proposition s'entend parfaitement, nous ne pourrions exclure de manière exhaustive tout type de lien sans dresser une liste particulièrement longue, qui n'aurait pas sa place dans la loi.

Pour toutes ces raisons, avis défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Pour ajouter un argument, les règles de la déontologie interdisent déjà au médecin qui y trouverait avantage ou aurait bénéficié d'un indu d'exercer un tel acte sur la personne. Ces règles renforcent les motifs d'impossibilité déjà très détaillés dans le texte. L'amendement est satisfait. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

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

Mme Sandrine Dogor-Such. Je reviens sur ce que vous avez dit au sujet des internes, madame la ministre. Si nous parlons d'un soin, on ne voit pas pourquoi les internes ne le pratiqueraient pas puisqu'ils effectuent bien tous les autres gestes ? Je voulais obtenir une précision sur ce point.

(Les amendements n° 899 et 434 rectifié, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. L'amendement n° 886 de M. Philippe Ballard est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Falorni, *rapporteur général*. Défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, *ministre*. Défavorable. Je voudrais aussi répondre à la question relative aux internes pour écarter toute ambiguïté. Les médecins qui fourniront l'aide à mourir devront avoir soutenu leur thèse et être inscrits à l'Ordre, ce que nous préciserons évidemment par voie réglementaire. Encore une fois : les internes sont des étudiants. Placés sous la responsabilité d'un senior, ils ne peuvent partager cette responsabilité-là, qui est strictement individuelle.

Mme la présidente. La parole est à Mme Justine Gruet.

Mme Justine Gruet. Puisque les lectures se suivent, je n'ai plus mémoire de la raison pour laquelle nous avons inscrit dans le texte « ni son allié ». Peut-être faudrait-il que nous ajoutions « ni son ennemi » – situation encore plus problématique. (*Sourires.*)

M. Olivier Falorni, *rapporteur général*. Mais personne n'a d'ennemi !

Mme Justine Gruet. Je ne sais plus quel était le sens de ce terme-là dans le texte. C'est une vraie question.

(*L'amendement n° 886 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 1531 de M. Antoine Villedieu est défendu.

(*L'amendement n° 1531, repoussé par la commission et le gouvernement, n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 1569 de M. Frédéric-Pierre Vos est également défendu.

(*L'amendement n° 1569, repoussé par la commission et le gouvernement, n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements, n°s 780, 1717 et 1728, pouvant être soumis à une discussion commune. Nous commençons par l'amendement n° 780 de M. Michel Lauzzana.

(*L'amendement n° 780 est retiré.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Karen Erodí, pour soutenir l'amendement n° 1717.

Mme Karen Erodí. Il vise à garantir l'accès à l'aide à mourir aux personnes qui seraient dans l'incapacité de réitérer l'expression de leur volonté en pleine conscience, en s'appuyant sur leurs directives anticipées ou sur leur personne de confiance. Qui, mieux que l'intéressé, peut anticiper ou déterminer les situations où il ne lui est plus possible de continuer à vivre sans porter atteinte à sa dignité ?

La loi Claeys-Leonetti a déjà consacré les directives anticipées et la personne de confiance. Ne créons pas un vide juridique qui condamnerait une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de Charcot à une fin de vie qu'elle a refusée, explicitement et en pleine conscience. Si, conformément à la loi, la volonté est constante et librement exprimée en amont, elle ne saurait être ignorée. Tout refus interromprait, bien sûr, la procédure.

Dans l'esprit de la loi de 2016, ouvrons ce droit, pour que nul ne soit condamné à une fin de vie contraire à sa volonté. Collègues, respectons la parole de la personne en fin de vie, ne la laissons pas prisonnière d'un corps dont elle a déjà, en pleine conscience, choisi de se libérer, afin de s'assurer une fin de vie digne à ses yeux.

Mme la présidente. L'amendement n° 1728 de M. Christophe Marion est défendu.

(*Les amendements n°s 1717 et 1728, repoussés par la commission et le gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

Mme Élise Leboucher, *rapporteuse*. Je crois que nous avons demandé un scrutin public !

Mme la présidente. La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such, pour soutenir l'amendement n° 815.

Mme Sandrine Dogor-Such. Cet amendement vise à préciser que le médecin intervenant dans la procédure doit être un médecin volontaire. En effet, s'agissant d'un acte dont la finalité est de provoquer la mort, la liberté du praticien doit être explicitement protégée. Faute de quoi, il pourrait exister dans les établissements ou dans les équipes des formes de pression, organisationnelles ou hiérarchiques, contraires à l'éthique médicale.

L'inscription du volontariat dans la loi permettrait à la fois de sécuriser juridiquement les praticiens, d'assurer la cohérence du dispositif avec les principes déontologiques et d'éviter que la participation à un tel acte ne devienne une obligation implicite liée à l'exercice hospitalier ou territorial.

En outre, un dispositif fondé sur le volontariat rendrait plus cohérente l'économie générale du texte, notamment en rendant sans objet d'éventuelles incriminations pour délit d'entrave, puisque l'accès à l'aide à mourir ne pourrait plus reposer que sur l'intervention de professionnels ayant librement consenti à y participer.

Il ne s'agit pas d'entraver l'accès au dispositif, mais de garantir qu'aucun médecin ne sera contraint d'y prendre part contre sa conscience.

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

Mme Audrey Abadie-Amiel, *rapporteuse*. Vous souhaitez préciser que le médecin est volontaire. Nous avons déjà eu l'occasion de nous exprimer sur le principe du volontariat et l'article 14 prévoit qu'une clause de conscience sera ouverte aux médecins. Ainsi, je le redis, aucun médecin ne sera contraint de recevoir une demande d'aide à mourir, d'organiser la procédure collégiale ou d'accompagner une personne dans l'administration de la substance létale. Cet ajout est donc tout à fait inutile, chère collègue. Défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, *ministre*. Même avis.

(*L'amendement n° 815 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 2139 de M. Christophe Bentz est rédactionnel.

(*L'amendement n° 2139, repoussé par la commission et le gouvernement, n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n° 2040.

M. Christophe Bentz. Il s'agit d'un véritable amendement rédactionnel. Je le précise, en écho à ce qui s'est passé en commission, madame la rapporteure. Quand on supprime l'effectivité de l'accès à un psychologue, à un psychiatre ou aux soins palliatifs, ce n'est pas seulement rédactionnel. Le présent amendement vise uniquement à ajouter le « pas » dans la négation.

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

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal. J'ai une question de compréhension et j'aimerais avoir des explications. Vous avez refusé le principe du volontariat : il reviendra au médecin d'invoquer la clause de conscience pour ne pas réaliser l'acte légal. Mais quand on en est là, cela signifie que la demande a été exprimée, qu'elle a été acceptée, etc.

Nous discutons de la procédure et de la demande de recours à l'aide à mourir. C'est donc pertinent de vouloir y inscrire le volontariat des médecins, sinon tous les médecins seraient potentiellement en capacité d'examiner la demande et ne pourraient exprimer leur clause de conscience avant le dernier moment.

Il est plus logique, si procédure il doit y avoir, que ce soit au début de celle-ci que le médecin exprime sa position. Il pourra alors orienter le patient vers un médecin volontaire qui l'accompagnera durant la procédure, à condition que sa demande ait été acceptée – d'où la nécessité du volontariat.

(L'amendement n° 2040 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n°s 2041 et 148, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n° 2041.

M. Christophe Bentz. Si cela vous convient, madame la présidente, je défendrai les amendements n°s 2041 et 148. Ils vont dans le même sens. En l'état, l'alinéa 6 dispose qu'une même personne « ne peut présenter simultanément plusieurs demandes ». Mais si la personne le fait quand même, il n'y aura pas de conséquences. Les deux amendements visent donc à instaurer des conséquences au dépôt de plusieurs demandes par le patient.

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Thomas Ménagé.

M. Thomas Ménagé. Mon collègue Bentz pose une bonne question, quand bien même il est défavorable au texte et que j'y suis favorable. Que se passera-t-il, madame la ministre et

monsieur le rapporteur général, si deux demandes sont déposées simultanément ? C'est la première qui fera foi ? C'est celle qui sera acceptée qui emportera l'autre ? Cet amendement ne me semble pas débile : si on multiplie les demandes, malgré l'interdiction, et qu'il n'y a pas de conséquences derrière, je ne comprends pas comment cela se passera. Pourriez-vous nous éclairer ?

Mme la présidente. La parole est à M. Stéphane Delautrette, rapporteur.

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Pouvons-nous nous remettre en situation ? Nous parlons de personnes qui sont en fin de vie. Pensez-vous, très honnêtement, qu'elles passeront leur temps à déposer des demandes de recours à l'aide à mourir un peu partout, dans l'espoir qu'une sera acceptée ? Soyons sérieux.

M. Christophe Bentz. C'est ce que dit l'alinéa !

Mme Claire Marais-Beuil. Nous ne faisons que nous référer au texte de la proposition !

M. Stéphane Delautrette, rapporteur. Les choses sont justement rédigées de façon claire afin de lever tous vos doutes ou suspicions. Mais arrêtons la caricature systématique ! Remettons-nous en situation !

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Toute demande de recours à l'aide à mourir sera inscrite dans un système d'information. Quand le médecin le consultera, il constatera qu'une demande a déjà été déposée. Il n'accédera donc pas à la nouvelle demande.

(Les amendements n°s 2041 et 148, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements, n°s 70, 131 et 922, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 70 et 131 sont identiques.

La parole est à M. Lionel Duparay, pour soutenir l'amendement n° 70.

M. Lionel Duparay. Nous discutons de la capacité des uns et des autres à décider. Qu'en est-il des personnes sous tutelle ou sous curatelle, qui ne peuvent pas effectuer certaines démarches du quotidien en raison de leur statut ? De fait, il leur serait peut-être difficile d'être éclairées sur les conséquences du recours à l'aide à mourir.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Juvin, pour soutenir l'amendement n° 131.

M. Philippe Juvin. Nous avons déjà souvent débattu des personnes qui font l'objet d'une mesure de protection juridique – tutelle ou curatelle. Nous ne voulons pas, pour que les choses soient claires, qu'une personne sous tutelle ou curatelle puisse bénéficier de l'euthanasie ou de l'aide à mourir. Alors qu'elle ne peut pas signer de contrat, ni, dans des cas spécifiques, signer seule de chèque, ni même prendre certaines décisions du quotidien, la loi l'autoriserait à bénéficier de l'euthanasie ou du suicide assisté ? Ce n'est pas raisonnable.

Le texte ne prévoit qu'un seul élément de sécurité, extrêmement faible, dans le cas où une personne fait l'objet d'une mesure de protection : le médecin doit informer la personne chargée de la mesure de protection et recueillir ses observations. C'est très insuffisant.

On est très loin du niveau habituel de protection que confère la loi, c'est-à-dire la société, aux personnes vulnérables. Nous sommes très préoccupés par cette disposition. Nous ne souhaitons pas que les patients sous tutelle ou curatelle puissent bénéficier de l'euthanasie ou du suicide assisté.

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 922.

M. Thibault Bazin. Les mots ont un sens. Nous parlons de personnes qui font l'objet d'une mesure de protection. Si c'est le cas, c'est bien parce qu'elles ont besoin d'être protégées. L'alinéa 7, dans sa rédaction, dispose que le médecin demande à la personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection et vérifie ces informations en consultant un registre. Or que dit l'exposé sommaire de l'amendement n° 2161 rectifié déposé par le gouvernement, dont nous discuterons plus tard ? Je regrette que Philippe Vigier ne soit pas là ; cela l'aurait peut-être apaisé hier soir.

Cet exposé sommaire explique que le registre ne sera pas opérationnel au 31 décembre 2026 et qu'il ne sera pas disponible avant le 31 décembre 2028, pour des raisons techniques s'agissant du système d'information et de sécurisation s'agissant du ministère de la justice.

Soyons sérieux ! Soit on ne rend pas éligibles à l'aide à mourir les personnes qui font l'objet d'une mesure de protection et on procède à une vérification systématique de leur situation – objet de l'amendement –, soit on attend que ce registre devienne opérationnel pour les rendre éligibles. On ne peut pas laisser le texte en l'état ! On parle de personnes qui font l'objet d'une mesure de protection, ce qui est souvent le signe d'une certaine vulnérabilité. Nous devons donc respecter le principe de précaution et faire preuve de prudence.

Madame la ministre, je vous alerte : c'est un des alinéas les plus inquiétants. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe DR. – Mme Olivia Grégoire applaudit également.)*

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Les amendements n°s 70 et 131 visent à interdire le recours à l'aide à mourir aux majeurs protégés. Or vous savez que pour les majeurs protégés, le principe est celui de l'autonomie. Ils doivent prendre seuls les décisions relatives à leur personne dans la mesure où leur état le permet, selon le code de la santé publique. À ce titre, je rappelle que le législateur n'a pas exclu que les personnes protégées du droit refusent un traitement ou accèdent à une sédation profonde et continue jusqu'au décès – c'est possible sans autorisation obligatoire du juge des tutelles.

Le texte comporte des mesures spécifiques à l'égard des majeurs protégés, conformément aux garanties supplémentaires qui doivent être données aux personnes vulnérables : la personne assurant la protection juridique est obligatoirement informée et le collège pluriprofessionnel tient compte de ses observations. De plus, nous avons renforcé, en première lecture, la protection que nous devons à ces personnes en

ouvrant une voie de recours devant le juge des contentieux de la protection, conformément à l'avis du Conseil d'État sur le projet de loi de 2024.

Le collège pluriprofessionnel appréciera l'aptitude du majeur protégé à manifester une volonté libre et éclairée, comme le prévoit l'article 2, lors de la demande de recours à l'aide à mourir.

L'amendement n° 922 est paradoxal, parce qu'il tend à supprimer l'intégralité de l'alinéa 7, c'est-à-dire aussi la demande du médecin pour vérifier si la personne fait l'objet d'une mesure de protection ainsi que la délivrance d'une information loyale et adaptée. Pour toutes ces raisons, je suis défavorable à ces trois amendements.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Pour les mêmes arguments, avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Olivia Grégoire.

Mme Olivia Grégoire. Je ne prends pas la parole dans nos débats, pour plein de raisons, mais après avoir écouté avec attention l'avis de M. Falorni, et ayant moi-même été pendant vingt-sept ans aidante d'une personne sous curatelle, j'aimerais que le rapporteur général revienne sur ce que signifie « tenir compte des observations de la personne de confiance ou du représentant du majeur sous tutelle ou curatelle ». « Tenir compte », qu'est-ce que ça veut dire ?

Mme la présidente. Nous allons voter.

M. Lionel Duparay. Nous n'avons pas eu la réponse du rapporteur général !

Mme la présidente. Si M. le rapporteur général avait voulu répondre, il aurait levé la main pour demander la parole. Nous pouvons donc voter.

(Les amendements identiques n°s 70 et 131 ne sont pas adoptés.)

(L'amendement n° 922 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n°s 19 et 592.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 19.

M. Thibault Bazin. Nous devons vraiment nous arrêter sur la question des personnes qui font l'objet d'une mesure de protection. Bien sûr que je suis pour leur autonomie. J'ai été maire d'un village de moins de 3 000 habitants, parmi lesquels 500 étaient en situation de handicap – une grande partie faisait l'objet d'une mesure de protection. C'est donc un combat que je rejoins. Il y a encore tant à faire pour leur autonomie.

Or ces personnes font parfois l'objet d'une mesure de protection contre elles-mêmes, afin de les sécuriser. Ne soyons pas naïfs ! Elles peuvent subir des pressions. Elles peuvent avoir le sentiment d'être un poids pour les autres. Certaines de leurs vulnérabilités, qui ne sont pas toujours médicales, peuvent jouer.

L'idée était que le médecin vérifie un registre. Mais celui-ci n'existera probablement pas quand la loi sera peut-être adoptée. Que fera-t-on alors ? Vous proposerez que l'alinéa concerné n'entre pas en vigueur avant 2028, mais que fait-on alors pour les personnes sous protection ?

Philippe Vigier affirmait qu'elles ne seraient pas éligibles. En l'état, le texte les rend éligibles, mais la vérification du registre ne pourra pas avoir lieu. C'est très inquiétant.

Mme la présidente. L'amendement n° 592 de Mme Hanane Mansouri est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Falorni, *rapporteur général*. Défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, *ministre*. Défavorable.

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

M. Philippe Juvin. Une des philosophies de la loi était de redonner le pouvoir aux patients, aux malades et s'assurer que le « pouvoir médical » ne prenne pas une grande part à la décision, que celle-ci revienne au patient. Or l'un des paradoxes majeurs du texte, c'est qu'avec cette disposition, toute la décision revient au médecin, puisque c'est le fameux collègue pluriprofessionnel qui recueille les observations et à qui l'on communique l'existence d'une tutelle ou d'une curatelle – on ne sait pas ce qu'il en fait d'ailleurs, puisque M. le rapporteur général n'a pas répondu à Mme Grégoire.

Finalement, c'est toujours le médecin qui décidera. Cela nous choque, parce qu'une situation de tutelle ou de curatelle intègre un tiers – le juge – qui doit garantir les droits de la personne concernée, et qu'il n'en est plus fait mention. L'article 5, paradoxalement, renforce le pouvoir médical.

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

Mme Stéphanie Rist, *ministre*. Je pensais que nous débattrions plus tard du registre, mais puisqu'il en est question, je répondrai dès à présent.

En première lecture, la création du registre a été intégrée par voie d'amendement. Ce registre doit permettre de colliger l'ensemble des personnes qui font l'objet d'une mesure de protection et simplifier la vérification.

M. Thibault Bazin. C'était dans la loi « bien vieillir » !

Mme Stéphanie Rist, *ministre*. Cela a été ajouté à ce texte par voie d'amendement en première lecture. Le gouvernement y avait été favorable. Ce registre ne peut pas être créé avant 2028, pour des raisons techniques. C'est pourquoi j'ai déposé l'amendement n° 2161 rectifié dont nous discuterons plus tard.

Comment sont actuellement encadrées les décisions de soin parfois lourdes à prendre pour les personnes protégées ?

Les mesures que nous appliquons aujourd'hui sont celles que nous appliquerons dans le cadre de l'aide à mourir. Le registre vient seulement faciliter la recherche d'informations par les médecins et colliger l'ensemble des noms des personnes protégées.

L'appréciation du consentement libre et éclairé et du discernement revient à la décision collégiale, notamment des médecins. C'est déjà le cas aujourd'hui, quand des décisions lourdes de conséquences doivent être prises. Ce texte ne change pas les dispositions applicables actuellement.

(Les amendements identiques n°s 19 et 592 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Nous en venons à quatre amendements, n°s 486, 2042, 409 deuxième rectification et 1674 rectifié, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 409 deuxième rectification et 1674 rectifié sont identiques.

Sur ces deux amendements identiques, je suis saisie par le groupe Droite républicaine d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 486.

M. Thibault Bazin. Madame la ministre, je me permets d'insister. Ce registre, ce n'est pas la première lecture qui l'a créé – c'est la loi « bien vieillir », rapportée par Annie Vidal. Ce qui a été précisé en première lecture, c'est que le médecin vérifiera les dires de son patient pour déterminer s'il est sous protection ou non.

Cette vérification aura-t-elle quand même lieu si le patient tait sa situation ? La question se pose, puisqu'il pourrait ne pas vouloir la révéler.

Le beau modèle français de bioéthique s'appuie sur un certain nombre de principes fondamentaux, qui visent à protéger les personnes et à respecter leur dignité. Parmi eux se trouve le consentement libre et éclairé.

Par exemple, un article du code de la santé publique dispose qu'aucun prélèvement d'organe n'est possible sur une personne mineure ou sur une personne « faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation à la personne ». Il en est ainsi parce que des questions éthiques spécifiques se posent au sujet des personnes qui font l'objet d'une mesure de protection juridique. On ne peut pas balayer cela d'un revers de main ; leur situation doit donner lieu à de véritables questionnements éthiques. Ces personnes peuvent en effet être soumises à des pressions, leur volonté peut fluctuer et leur demande d'aide à mourir peut ne pas correspondre à leurs intentions réelles.

Au moment où je vous parle, je vois les visages de nombreuses personnes ainsi protégées. À leur sujet, la réponse collective de la société ne peut pas être seulement d'autoriser l'administration d'une substance qui tue. *(Mme Annie Vidal et M. Dominique Potier applaudissent.)*

Mme la présidente. L'amendement n° 2042 de M. Christophe Bentz est défendu.

La parole est à Mme Justine Gruet, pour soutenir l'amendement n° 409 deuxième rectification.

Mme Justine Gruet. Il est selon moi très important, car il traite de la vérification de la protection juridique du patient. On a beau nous assurer que le processus est verrouillé, il est

possible qu'il soit contourné, d'autant que le texte prévoit seulement que le médecin « demande à la personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique ».

Comment sécuriser la vérification de cette protection ? En adoptant l'amendement qui tend à remplacer le verbe « demander » par le verbe « vérifier ». Quand on ne fait que demander, on se fie à la déclaration de l'intéressé, ce qui induit une fragilité juridique manifeste, et ce, d'autant qu'il n'y a pas de contrôle *a priori*.

Monsieur le rapporteur général, vous avez évoqué une voie de recours pour la personne chargée d'une mesure de protection. Est-il possible de la solliciter avant l'injection létale ? Le contrôle n'est-il réalisé qu' *a posteriori*, comme le prévoit actuellement le texte ?

Nous proposons – l'un de mes collègues défendra tout à l'heure un amendement en ce sens – que la vérification soit faite par la consultation du registre qui n'existe pas encore ou, comme actuellement, par la sollicitation du répertoire civil en adressant une demande écrite au greffe du tribunal judiciaire du lieu de naissance de la personne concernée, dès lors que la loi reconnaît aux médecins un intérêt légitime et indispensable pour vérifier l'existence d'une mesure de protection juridique.

Il s'agit donc ici de clarifier explicitement l'obligation qui pèse sur le médecin, en substituant au seul recueil déclaratif une exigence de vérification, afin de rendre effectives les garanties appliquées aux personnes sous protection juridique.

Mme la présidente. La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such, pour soutenir l'amendement n° 1674 rectifié.

Mme Sandrine Dogor-Such. Il tend à permettre la vérification des mesures de protection, dont l'absence pourrait exposer une personne sous tutelle ou curatelle à des décisions contraires à sa situation juridique et à ses droits fondamentaux.

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Certains de ces amendements sont proches des précédents. J'ai déjà rappelé l'importance du principe d'autonomie dans le domaine de la santé publique et je ne reviendrai pas sur les arguments que j'ai eu l'occasion de développer.

Je rappelle cependant que toutes les observations du Conseil d'État ont été prises en considération : elles ont toutes trouvé une réponse.

Madame Grégoire, la réponse à votre question se trouve aux articles 6 et 12 de la proposition de loi. Le recueil des observations de la personne chargée de la protection est prévu à l'article 6 : ces observations sont communiquées au collègue chargé de prendre la décision, de sorte que l'avis de la personne chargée de la protection est pris en compte avant que la décision collégiale soit prise. En cas de doute sur l'aptitude de la personne ayant formé la demande d'aide à mourir à manifester sa volonté de façon libre et éclairée, la personne chargée de la protection peut déposer un recours – c'est ce que prévoit l'article 12.

Madame Gruet, le recours peut être déposé dès que la décision collégiale est prononcée et non pas après l'acte.

Je le répète : nous avons pris en compte toutes les observations du Conseil d'État et nous y avons répondu très clairement.

Mon avis est défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je souhaite répondre à M. Bazin : je n'ai pas l'impression de « balayer » le moindre des sujets liés à ce texte compliqué et qui engage, de manière importante, notre responsabilité.

M. Thibault Bazin. Ce n'est pas ce que j'ai dit.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Des questions éthiques se posent déjà tous les jours – sans qu'il soit question d'aide à mourir – au sujet de majeurs protégés. Ceux-ci peuvent subir des opérations sévères, graves ou lourdes de conséquences, par exemple.

Il peut arriver qu'un majeur protégé ne signale pas la protection juridique dont il fait l'objet. Toutefois, celle-ci peut être tracée dans le dossier médical et les échanges avec le médecin traitant ou l'entourage du patient permettent d'en avoir connaissance. On arrive donc généralement à avoir cette information.

Il est certain que l'existence d'un registre national des mesures de protection simplifiera les choses. C'est pour cela que le gouvernement y avait été favorable. Cela dit, je répète qu'aujourd'hui, la loi permet déjà de traiter des questions éthiques relatives à la santé des personnes protégées.

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

M. René Pilato. Les auteurs des amendements n°s 409 et 1674 nous proposent de remplacer la mention « le médecin demande à la personne » par la mention « le médecin doit vérifier. »

Je tiens à signaler à madame Gruet qu'on lit à la deuxième phrase de l'alinéa 7 que le médecin « vérifie ces informations ». Je ne m'explique pas votre faculté à ignorer les critères ou la seconde phrase d'un alinéa.

Ainsi, le médecin demande, puis il vérifie.

J'aimerais que vous lisiez toujours l'intégralité de ce qu'on vous propose, car à force de négliger le contexte et la globalité d'un texte, on en vient à déposer des amendements parfaitement inutiles, comme ceux que vous proposez. Et on perd du temps à vous expliquer qu'il faut simplement lire la deuxième phrase du texte que vous citez.

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

M. Thibault Bazin. On parle d'un sujet très important, aux conséquences irrémédiables – une fois qu'elle aura reçu une substance létale, la personne ne sera plus là. Il est donc normal qu'on prenne le temps – quelques jours – pour discuter d'un texte aussi fondamental.

Effectivement, la personne indique si elle fait l'objet d'une mesure de protection au médecin, qui vérifiera ensuite cette information dans un registre. Toutefois, celui-ci ne sera pas disponible avant plusieurs années.

Si le demandeur ne révèle pas son statut, la personne chargée de l'application de la mesure de protection ne sera pas informée par le médecin. Vous dites qu'un recours est possible, mais il restera très théorique si la personne qui peut ou doit déposer ce recours n'est pas informée par le médecin.

En outre, ce recours doit être déposé sous deux jours, soit dans un délai très court, que nous évoquerons lorsque nous discuterons de l'article 12.

Selon moi, nous n'avons pas achevé les discussions relatives aux personnes qui font l'objet d'une mesure de protection. Il est vrai que nous avons proposé de les exclure du champ d'application du dispositif, mais si vous n'accédez pas à notre demande, faites au moins en sorte que la personne chargée de la mesure de protection soit informée de la démarche, car le médecin ne la contactera pas s'il ignore l'existence de ladite mesure! C'est un problème et j'espère que nous le corrigerons. *(Mme Olivia Grégoire applaudit.)*

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je reprends la parole car je ne veux pas que nous laissions croire que des personnes qui seraient protégées, ce que le médecin ignorerait, pourraient accéder sans difficulté à l'aide à mourir. L'étape majeure de l'évaluation du discernement par le médecin et l'équipe collégiale demeure. Son existence devrait vous rassurer : l'évaluation, qui repose sur la confiance envers les soignants qui prendront la décision, doit permettre de prévenir le risque que vous évoquez.

(Les amendements n^{os} 486 et 2042, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 409 deuxième rectification et 1674 rectifié.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	107
Nombre de suffrages exprimés	107
Majorité absolue	54
Pour l'adoption	39
contre	68

(Les amendements identiques n^{os} 409 deuxième rectification et 1674 rectifié ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Sur l'amendement n^o 416, je suis saisie par le groupe Droite républicaine d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à Mme Justine Gruet, pour soutenir l'amendement n^o 132.

Mme Justine Gruet. Cet amendement de M. Patrick Hetzel tend à supprimer les mots « avec assistance ou représentation relative à la personne » de la fin de la première phrase de l'alinéa 7.

L'aide à mourir s'entend d'un « acte dont la nature implique un consentement strictement personnel », qui d'après l'avis du Conseil d'État de 2024, « ne peut jamais donner lieu à l'assistance ou à la représentation de la personne protégée ».

Je reviens sur l'amendement n^o 409 deuxième rectification, qui vient d'être rejeté. Nous formulons des demandes, nous sommes patients, voire persévérants, mais cet amendement

tendait seulement à s'assurer que le médecin vérifie l'éventuelle protection de son patient, et qu'il ne se contente pas de s'en enquérir.

M. René Pilato. C'est la deuxième phrase!

Mme Justine Gruet. Vous nous dites que le processus est verrouillé, sécurisé, et qu'il ne comporte aucun risque. Je ne suis pas médecin, mais si mon patient m'assure qu'il ne fait l'objet d'aucune mesure de protection, je ne vérifierai pas sa déclaration, car je lui ferai confiance.

Pourtant, une personne placée sous protection juridique peut l'ignorer et ne pas avoir la capacité de l'indiquer. Cette dissimulation peut être consciente ou non.

On ne peut pas faire l'économie de la vérification que nous demandons! Certaines de nos demandes peuvent sembler exigeantes, mais celle-là concerne seulement la vérification de la protection juridique par le médecin!

M. René Pilato. Lisez la deuxième phrase!

Mme Justine Gruet. Vous avez voté contre! Vous vous obstinez à voter contre tous nos amendements, mais là ça devient compliqué!

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Madame Gruet, vous souhaitez supprimer les mots « avec assistance ou représentation relative à la personne » dans l'expression « mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne ». Or cette précision permet de bien identifier deux cas de figure aux conséquences juridiques différentes.

La suppression de ces termes rendrait le texte très confus. Dans l'exposé sommaire de l'amendement, on lit que « l'aide à mourir s'entend d'un acte dont la nature implique un consentement strictement personnel », qui ne peut donner lieu à assistance ou représentation.

C'est précisément la raison pour laquelle nous n'avons pas exclu les majeurs protégés du droit à l'aide à mourir – nous avons plutôt assorti leur accès de garanties solides.

Votre amendement est en fait paradoxal. Mon avis est défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Olivia Grégoire.

Mme Olivia Grégoire. Quand j'écoute Mme la ministre et M. le rapporteur général, j'ai le sentiment d'avoir affaire à quelque chose de très clair, de très huilé, de très précis, bien que nous traitions de cas particuliers, en l'occurrence de patients dont le jugement peut être altéré du fait d'une maladie mentale, telle que la bipolarité, et associé à des souffrances... *(M. Didier Le Gac s'exclame.)*

Monsieur Le Gac, si l'on ne peut plus parler parce que vous avez déjà pris la parole, on n'a plus qu'à se taire! Je vous remercie pour votre soutien.

Mme la présidente. Merci de ne pas interrompre les orateurs!

Mme Olivia Grégoire. Vu le soutien formidable apporté par les collègues de mon groupe, je vais me taire. Je voulais simplement que le rapporteur général m'apporte des précisions sur ce délai de recours de deux jours.

M. Hadrien Clouet. On est choqué!

Mme la présidente. Vous êtes en droit d'interroger M. le rapporteur général, madame la députée.

Mme Olivia Grégoire. Non! Manifestement, ça n'intéresse pas; je vais donc laisser les spécialistes légiférer. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes RN et DR. – Mme Annie Vidal et M. Dominique Potier applaudissent également.*)

M. Hadrien Clouet. Ne partez pas! Restez collègue, on est solidaires!

La voilà, la brutalisation du débat!

M. Thibault Bazin. Parole de spécialiste!

(*L'amendement n° 132 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such, pour soutenir l'amendement n° 804, qui fait l'objet d'une demande de scrutin public par le groupe Rassemblement national.

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

Mme Sandrine Dogor-Such. Il porte sur la nécessaire consultation du registre mentionné à l'article 427-1 du code civil, dont nous parlions tout à l'heure.

En matière de registre, notre expérience législative invite à la prudence: dix ans après sa création par la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, le registre national des directives anticipées n'a en effet jamais été déployé sous la forme initialement envisagée, et la garantie qu'il était censé apporter s'en est trouvée limitée.

Il me semble donc risqué d'inscrire dans le présent texte l'obligation de vérification d'un registre qui n'a pas encore été créé ou qui n'est pas encore pleinement opérationnel. Cela pourrait fragiliser le dispositif, sur le plan juridique comme sur le plan pratique. Si la loi entrait en vigueur avant la création effective du registre, la procédure reposerait sur une formalité inapplicable, laquelle serait source d'insécurité pour les médecins comme pour les patients. Nous proposons donc, par cet amendement, de supprimer cette mention.

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

M. Olivier Falorni, *rapporteur général.* Défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, *ministre.* Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Justine Gruet.

Mme Justine Gruet. Madame la ministre, vous dites, et c'est bien légitime, vérifier tous les jours que le patient qui demande certains actes médicaux ne fait pas l'objet d'une mesure de protection juridique.

Mme Stéphanie Rist, *ministre.* Je n'ai pas dit ça!

Mme Justine Gruet. Sauf que, dans le cadre actuel, les professionnels de santé qui soignent des majeurs protégés le font pour améliorer leur santé, pas pour les faire mourir! C'est pourquoi, même si je comprends, du moins sur le plan intellectuel, certaines dispositions du texte, je ne comprends pas, sur ce point précis, que vous refusiez de substituer « vérifie » à « demande ». (*M. Dominique Potier applaudit.*) Il faut vérifier que la personne n'est pas sous protection juridique, point! On ne peut pas se contenter de le lui demander.

M. René Pilato. C'est prévu par la deuxième phrase de l'alinéa!

Mme Justine Gruet. On ne peut pas se contenter de déclaratif, compte tenu des conséquences du processus. Si ces personnes ne sont pas identifiées comme des majeurs protégés, elles ne seront pas protégées du tout. Or nous avons, en tant que législateurs, le devoir de les protéger, chers collègues!

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 804. (*Il est procédé au scrutin.*)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin:

Nombre de votants	98
Nombre de suffrages exprimés	98
Majorité absolue	50
Pour l'adoption	32
contre	66

(*L'amendement n° 804 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Tryzna, pour soutenir l'amendement n° 416.

M. Nicolas Tryzna. Il s'agit d'un amendement de repli. Puisque le registre en question, mentionné à l'article 427-1 du code civil, ne verra pas le jour avant quelque temps, nous devons, d'ici là, permettre au médecin de vérifier autrement que le patient ne fait pas l'objet d'une mesure de protection juridique: en revenant, dans un premier temps, au droit commun; et en lui permettant, dans un second, temps, de recourir à toutes les possibilités juridiques qui s'offrent à lui.

Nous connaissons le fonctionnement de nos différentes administrations. Avant de procéder à la mort de quelqu'un, il ne me paraît pas inintéressant d'utiliser de toutes les possibilités de vérification et de recours.

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

M. Olivier Falorni, *rapporteur général.* Défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, *ministre.* Le registre en question a été ajouté par voie d'amendement parlementaire...

M. Thibault Bazin. Pas le registre lui-même, la vérification systématique de celui-ci!

Mme Stéphanie Rist, *ministre.* C'est plutôt bienvenu, sachant que ce registre simplifiera la vérification. Le gouvernement avait d'ailleurs été favorable à l'amendement.

Madame Gruet, je ne prétends pas que les médecins s'assurent, à chaque consultation, qu'ils ont face à eux un majeur protégé. J'indiquais simplement que des questions éthiques

lourdes se posent déjà à de nombreux soignants qui prennent des décisions affectant des majeurs protégés, et qui les prennent tout en cherchant à les protéger. Avis défavorable sur l'amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 416.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	104
Nombre de suffrages exprimés	100
Majorité absolue	51
Pour l'adoption	34
contre	66

(L'amendement n° 416 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 264.

M. Thibault Bazin. Nous avons en effet, au cours de la discussion, ajouté à l'article la vérification du registre par le médecin, parce qu'il nous semblait que le texte initial ne prenait pas suffisamment en compte la vulnérabilité, en particulier celle des personnes faisant l'objet d'une mesure de protection. Un peu plus loin dans le texte, nous avons aussi ajouté que la personne chargée de la mesure de protection serait informée par écrit de la décision du médecin ; et, encore un peu plus loin, que cette même personne pourrait contester cette décision. Bref, vous voyez bien qu'on n'a pas encore atterri, si je peux me permettre !

J'ai noté que le gouvernement avait déposé un amendement à la fin de l'article 5, précisant que l'obligation du registre en question entrerait en vigueur à une date fixée par décret, au plus tard le 31 décembre 2028. Ce n'est pas seulement la consultation du registre qui importe ; il faut également pouvoir, le cas échéant, prévenir la personne chargée de la mesure de protection, mais aussi lui laisser la possibilité d'une voie de recours auprès du juge. Bref, il y a un trou dans la raquette !

Dès lors, soit nous reportons l'entrée en vigueur du texte pour l'aligner sur celle du registre, soit nous devons – et c'est l'objet de l'amendement – déterminer une période transitoire qui tienne compte du fait que le registre n'existe pas encore. *(M. Lionel Duparay applaudit.)*

(L'amendement n° 264, repoussé par la commission et le gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Les amendements n°s 564 de Mme Hanane Mansouri et 2043 de M. Christophe Bentz, pouvant être soumis à une discussion commune, sont défendus.

(Les amendements n°s 564 et 2043, repoussés par la commission et le gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Madame Gruet, pourriez-vous nous présenter les amendements n°s 265 et 263, qui font l'objet d'une discussion commune ?

Mme Justine Gruet. Ces deux amendements de mon collègue M. Patrick Hetzel visent, pour ce qui concerne le n° 265, à ce qu'en cas de doute sur les facultés de discernement du majeur protégé, la procédure soit interrompue ; et,

pour le n° 263, à rétablir deux phrases, supprimées par la commission des affaires sociales, qui portent sur l'information des majeurs protégés. Il convient que cette information leur soit délivrée de manière appropriée et adaptée à leur faculté de discernement ; et qu'en cas de doute ou de conflit sur son consentement, le juge des contentieux de la protection puisse être saisi.

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Avis défavorable. Vous souhaitez compléter l'alinéa 7 par deux phrases que nous avons supprimées en commission et que vous avez modifiées à la marge. S'agissant de la première, qui porte sur l'information délivrée à la personne protégée, votre demande est satisfaite par la dernière phrase de l'alinéa 7 ; le texte issu de la première lecture comportait effectivement une répétition. La seconde phrase porte sur la saisine du juge du contentieux de la protection. Nous l'avons supprimée, car cette disposition relative à une voie de recours, introduite en première lecture, n'était ni bien placée ni bien rédigée – ce qui est toujours le cas dans votre proposition. Nous l'avons réintroduite à l'article 12, dans une formulation largement améliorée.

L'amendement n° 265 a pour objet d'interrompre la procédure en cas de doute sur le discernement du majeur protégé. Comme vous le savez, l'évaluation des conditions d'accès est prévue à l'article 6. Au stade où nous en sommes, le médecin ne peut pas douter du discernement de la personne puisqu'il n'a pas mis en place la procédure pour l'évaluer ; ce n'est qu'à l'issue de cette procédure qu'il pourra, en cas de doute, rendre une décision défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Même avis.

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

M. Thibault Bazin. Nous avons prévu à l'article 12 que la personne chargée de la mesure de protection pourra contester la décision du médecin devant le juge des contentieux de la protection. Là où nous divergeons, c'est que nous considérons que la saisine du juge pourrait intervenir en amont, *a priori*.

Mme la ministre le sait bien, il est possible de saisir le juge – ou le conseil de famille, s'il a été institué –, avant certaines opérations chirurgicales, afin de sécuriser l'ensemble des parties prenantes de la mesure de protection. L'amendement n° 263 a précisé cet objet : permettre de saisir le juge des contentieux de la protection en cours de demande, afin de sécuriser et la procédure et le médecin. Il ne s'agit plus seulement du délai de deux jours pour former un recours prévu à l'article 12 – délai qui est tout de même limité et expéditif, surtout pour des personnes qui ne sont pas forcément en fin de vie et dont le pronostic vital n'est pas engagé à court terme.

(Les amendements n°s 265 et 263, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. L'amendement n° 2165 de M. Patrick Hetzel est défendu.

Il fait l'objet d'une demande de scrutin public par le groupe Droite républicaine, annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Falorni, *rapporteur général*. Défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, *ministre*. Défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 2165.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	100
Nombre de suffrages exprimés	100
Majorité absolue	51
Pour l'adoption	36
contre	64

(L'amendement n° 2165 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 1496 de Mme Lisette Pollet est défendu.

(L'amendement n° 1496, repoussé par la commission et le gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Marion, pour soutenir l'amendement n° 1787 rectifié.

M. Christophe Marion. Il doit surtout permettre de débattre de la formation des professionnels à l'aide à mourir. Du fait de la scission du projet de loi initial, et de la fameuse étanchéité recherchée entre les deux propositions de loi, cette formation semble avoir complètement disparu du présent texte.

Une formation des professionnels sur les soins palliatifs est évidemment indispensable : je vous rejoins sur cette question. Il en va de même sur l'aide à mourir. Le droit à l'aide à mourir, en faveur duquel j'espère que nous voterons, mardi prochain, doit s'exercer dans de bonnes conditions. Le médecin doit être parfaitement conscient des enjeux, et préparé à l'acte qu'il réalisera ; l'information qu'il délivrera au patient et à ses proches doit être complète, didactique, et l'accompagnement du patient doit être de qualité. C'est pourquoi il est nécessaire que les professionnels de santé reçoivent la formation adéquate, d'autant que la plupart des professionnels n'ont encore jamais réalisé un tel acte.

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

M. Olivier Falorni, *rapporteur général*. Monsieur Marion, vous avez précisé que votre amendement était destiné à ouvrir un débat, ce que j'entends parfaitement. Cependant, l'amendement est imprécis – il ne mentionne ni quels sont les soignants concernés, ni de quelle formation initiale ou continue il s'agit. En outre, l'amendement est mal placé puisque l'article 5 traite de la demande d'aide à mourir.

Enfin, vous le savez aussi bien que moi, les programmes universitaires relèvent du domaine réglementaire – pas de la loi. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, *ministre*. Je rejoins le rapporteur : les programmes de formation relèvent du domaine réglementaire. De plus, la Haute Autorité de santé publiera des recommandations de bonnes pratiques, qui contribuent à la formation. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Même si l'amendement de mon collègue Marion n'est pas placé au bon endroit, j'irai dans son sens. Lors de l'examen, en première lecture, du texte relatif aux soins palliatifs, j'avais fait adopter un amendement qui insistait sur la nécessité de former les professionnels de santé aux soins palliatifs et à l'aide à mourir – la disposition a ensuite été supprimée.

La mission d'évaluation de la loi Claeys-Leonetti a montré que les professionnels de santé n'avaient pas été formés à la sédation profonde et continue et que c'était l'une des raisons pour lesquelles cette loi n'était pas appliquée. Ne commettons pas la même erreur avec l'aide à mourir. Même si les professionnels auront, grâce à la clause de conscience, la liberté de ne pas accomplir cet acte, il est nécessaire de les former – tout comme il faut les former à la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

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

M. Thibault Bazin. Nous sommes défavorables à l'aide à mourir, qui entraînera un changement total de la relation entre le patient et le soignant. Par cohérence, nous sommes défavorables à cet amendement.

Madame la ministre, des questions profondes se posent, laissées en suspens lors des discussions précédentes, sur les voies d'administration de la substance létale – absorption ou injection. Nous avons demandé son avis à la HAS : l'avez-vous reçu ? Des recommandations ont-elles été formulées ?

En particulier, que se passe-t-il si l'administration de la substance, par injection ou absorption, se passe mal ? J'ai compris qu'une dose de sécurité serait prévue. Avez-vous des données plus précises ? C'est un point fondamental, alors que nous examinons la procédure. Cela impliquera potentiellement les soignants qui se trouveront à proximité du patient ayant sollicité l'aide à mourir – certes, ils seront volontaires dès lors qu'ils n'auront pas fait usage de la clause de conscience.

Alors que nous évoquons la formation, il serait intéressant de connaître les recommandations formulées quant aux voies d'administration de la substance, parce qu'elles ne sont pas sans conséquences éthiques ou techniques. Dans les pays ayant légalisé un tel acte, des témoignages montrent que, parfois, cela ne se passe pas comme prévu et que la mort ne survient pas forcément.

(L'amendement n° 1787 rectifié n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n° 1057 et 753, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Sandrine Rousseau, pour soutenir l'amendement n° 1057.

Mme Sandrine Rousseau. Je vais le retirer. Cependant, je tiens à redire – pour la sixième fois, puisque j'en ai fait part à chaque examen de ce texte ainsi que du projet de loi qui l'a précédé – que l'absence des directives anticipées dans cette proposition de loi relative à la fin de vie constitue un problème. Il ne s'agit pas de considérer que ces directives imposeraient ou dicteraient ce qu'il convient de faire, mais de poursuivre la stratégie lancée il y a dix ans, qui consiste à placer les directives anticipées au cœur de l'accompagnement du patient. Je regrette que, dans un texte aussi important, les

directives anticipées n'apparaissent nulle part. Dix ans de stratégie destinée à développer l'usage de ces directives, pour finalement les oublier au moment où on légifère sur la fin de vie, c'est un peu dommage. (M. Charles Fournier applaudit.)

(L'amendement n° 1057 est retiré.)

Mme la présidente. Sur amendement n° 128, je suis saisie par le groupe Rassemblement national d'une demande de scrutin public.

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

Mme la présidente. La parole est à M. Édouard Bénard, pour soutenir l'amendement n° 753.

M. Édouard Bénard. Nous le retirons.

(L'amendement n° 753 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à M. Thierry Frappé, pour soutenir l'amendement n° 128.

M. Thierry Frappé. Il vise à renforcer et à préciser l'information délivrée à la personne qui sollicite l'aide à mourir, en y intégrant explicitement le déroulement prévisible de la maladie et les conséquences des traitements envisageables. Il affirme le caractère préalable et obligatoire de cette phase d'information, condition essentielle du caractère libre et éclairé de la volonté exprimée.

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 128.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	93
Nombre de suffrages exprimés	91
Majorité absolue	46
Pour l'adoption	29
contre	62

(L'amendement n° 128 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n°s 194 et 1729, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such, pour soutenir l'amendement n° 194.

Mme Sandrine Dogor-Such. Il vise à recentrer l'information sur le droit d'accès aux soins palliatifs, consacré par la loi. Il ne s'agit pas d'opposer deux logiques, mais de garantir que la décision éventuelle de recourir à l'aide à mourir intervienne dans un cadre où l'offre de soins palliatifs est effectivement présentée et expliquée au patient.

Il s'agit de réaffirmer dans ce texte que les soins palliatifs et d'accompagnement demeurent la priorité. Ce serait un signal normatif fort.

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Marion, pour soutenir l'amendement n° 1729.

M. Christophe Marion. L'article 5 prévoit l'obligation, pour le médecin qui reçoit une demande d'aide à mourir, de fournir au demandeur certaines informations. Parmi celles-ci figure l'information de la personne sur son état de santé, les perspectives d'évolution ainsi que les traitements et les dispositifs d'accompagnement possibles.

Pour que ce texte soit le plus précis et complet possible, je souhaite qu'il soit ajouté que l'information porte également sur le pronostic vital du patient. Nous avons déjà eu ce débat lors des précédentes lectures. On m'a souvent répondu que le médecin était seul juge, seul capable de dire ce que son patient pouvait entendre quant à son pronostic vital – et qu'il n'était pas nécessaire de préciser ce point. Or je connais beaucoup d'exemples de familles qui sont informées sur l'engagement du pronostic vital bien mieux que le patient lui-même. Il y a donc parfois un défaut d'information du patient, qu'il convient de corriger.

(Les amendements n°s 194 et 1729, repoussés par la commission et le gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Les amendements identiques n°s 20 de M. Patrick Hetzel et 593 de Mme Hanane Mansouri sont défendus.

(Les amendements identiques n°s 20 et 593, repoussés par la commission et le gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Les amendements n°s 1018 de M. Charles Sitzenstuhl, 2045 de M. Christophe Bentz et 149 de Mme Marie-France Lorho, qui peuvent être soumis à une discussion commune, sont défendus.

(Les amendements n°s 1018, 2045 et 149, repoussés par la commission et le gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Les amendements n°s 1319 et 1333 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé, qui peuvent être soumis à une discussion commune, sont défendus.

(Les amendements n°s 1319 et 1333, repoussés par la commission et le gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements, n°s 2044, 1823 et 150, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 2044 de M. Christophe Bentz est défendu.

La parole est à M. Dominique Potier, pour soutenir l'amendement n° 1823.

M. Dominique Potier. Cet amendement vise à rappeler une évidence : ce n'est pas la même chose d'avoir une maladie « incurable » et « en phase avancée » – pour reprendre les termes du texte, malgré leur ambiguïté – quand on habite dans le 7^e arrondissement de Paris, avec un niveau de revenu situé dans le décile le plus élevé, ou quand on habite dans la

Meuse, avec un revenu correspondant au dernier décile. À situations de santé égales, nous savons que l'environnement humain et les conditions économiques et sociales sont des facteurs discriminants très importants : on pourra affronter la maladie avec plus ou moins de force.

Cet amendement tend à préciser qu'à ce moment de la procédure, le patient est également informé « de l'ensemble des dispositifs et droits existants visant à assurer la prise en charge de ses besoins médicaux, matériels, psychologiques et sociaux ». Si la personne est en situation de handicap, il prévoit une orientation du patient vers la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Cette prise en compte de l'ensemble de la vie de la personne, dans ses conditions socio-économiques, nous paraît une nécessité évidente. J'aimerais que nous puissions, de façon consensuelle, l'inscrire dans le texte. Ne pas le faire reviendrait à mépriser la dimension sociale de tout individu et à considérer que nous sommes des atomes dans l'univers – alors que nous sommes des êtres sociaux et que, malheureusement, des inégalités sociales et territoriales nous discriminent.

Mme la présidente. L'amendement n° 150 de Mme Marie-France Lorho est défendu.

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

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Monsieur Potier, vous proposez divers ajouts relatifs aux dispositifs d'accompagnement disponibles, y compris ceux qui sont liés au handicap. D'abord, tout ce que vous proposez est déjà compris dans l'alinéa 9, dont la rédaction est très générale. Ensuite, s'agissant des éléments spécifiques au handicap, vous savez que nous les avons supprimés en première lecture car ce texte ne concerne pas particulièrement les personnes en situation de handicap. Enfin, l'article 13 prévoit un décret en Conseil d'État qui précisera notamment les modalités d'information de la personne qui demande l'aide à mourir.

Pour toutes ces raisons, avis défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Hadrien Clouet.

M. Hadrien Clouet. Pour répondre à notre collègue Potier : on peut tout à fait avoir une approche à la fois atomiste et sociale de l'être humain. Dans une perspective matérialiste, on peut considérer que l'être humain est fait de différentes matières – chimiques et physiques – et que celles-ci sont mues du fait de l'interaction avec d'autres êtres matériels, à savoir d'autres êtres humains – c'est ce qu'on appelle globalement « le social ». C'était d'ailleurs l'objet de la dissertation de doctorat présentée par Karl Marx en 1841. Nous pourrions avoir une discussion très intéressante à ce propos mais, quoi qu'il en soit, il n'y a pas d'opposition entre les deux cadres théoriques que vous évoquez. *(Mme Mathilde Feld applaudit.)*

M. Maxime Laisney. Ça relève le niveau !

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

Mme Sandrine Dogor-Such. L'alinéa 9 précise que le patient doit être informé des dispositifs d'accompagnement disponibles. Or les trois amendements en discussion ont bien pour objet l'accompagnement du patient : ils visent à l'orienter, à lui expliquer les moyens qu'il peut mobiliser dans sa situation. Mais même cela, vous le refusez ! C'est pourtant une façon de sécuriser la procédure et de protéger les personnes vulnérables. Que vous refusiez une information relative à l'accompagnement, c'est quand même incroyable !

(Les amendements n° 2044, 1823 et 150, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Les amendements n° 679 de M. Vincent Trébuchet et 2036 de M. Christophe Bentz, qui peuvent être soumis à une discussion commune, sont défendus.

(Les amendements n° 679 et 2036, repoussés par la commission et le gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Sandrine Lalanne, pour soutenir l'amendement n° 431.

Mme Sandrine Lalanne. Cet amendement, que l'on pourrait considérer comme rédactionnel, aborde la question fondamentale de la qualité de l'information – notamment sur les soins palliatifs – délivrée à la personne qui demande l'aide à mourir. Le terme « informe » a une connotation trop expéditive, superficielle et unilatérale. Il est inapproprié dans un contexte aussi grave. Compte tenu de son importance, le dialogue entre le patient et le médecin doit être engagé, de façon approfondie et complète, sur l'existence même des soins palliatifs, sur leur portée et sur leur accès. Une réelle alternative doit être présentée au patient.

Je vous propose d'inscrire explicitement à l'article 5 que cette information doit être précise, complète et loyale et qu'elle inclut une présentation claire et approfondie des soins palliatifs. Pour protéger la liberté du patient, nous devons commencer par protéger la qualité de son information.

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Cet amendement ne me semble pas utile. Le médecin, par définition, n'informe pas le patient de manière partielle, imprécise et déloyale. Par ailleurs, l'article 13 prévoit qu'un décret en Conseil d'État précise les modalités d'information de la personne. Avis défavorable.

(L'amendement n° 431, repoussé par le gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Marine Hamelet, pour soutenir l'amendement n° 225.

Mme Marine Hamelet. Dans le même esprit que l'amendement précédent – qui me semble utile, monsieur le rapporteur général –, il vise à rendre obligatoire, pour le médecin, d'informer le demandeur qu'il peut aussi bénéficier du dispositif Claeys-Leonetti.

Le terme d'« accompagnement » est trop flou. Sans obligation explicite d'information, si aucune précision ne lui est fournie, le patient pourrait être amené à croire qu'il n'existe aucune autre option que l'aide active à mourir et serait ainsi induit en erreur.

La loi Claeys-Leonetti offre déjà les conditions d'une fin de vie dans la dignité. Chaque patient doit en être conscient avant de prendre une décision irréversible. Cet amendement sécurise ce droit fondamental à l'information et à une fin de vie accompagnée et protégée.

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Défavorable, pour les mêmes raisons que précédemment.

(L'amendement n° 225, repoussé par le gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n° 2037.

M. Christophe Bentz. Il est rédactionnel.

(L'amendement n° 2037, repoussé par la commission et le gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements, n°s 1848, 1550 et 266, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Dominique Potier, pour soutenir l'amendement n° 1848.

M. Dominique Potier. Monsieur Clouet, vous m'expliquez peut-être, à la pause, vos propos sur la matérialité... Je n'ai sans doute pas le bagage suffisant ! Je sais en revanche qu'il y a des gens pauvres et des gens riches, des gens seuls et des gens qui bénéficient de solidarités, des gens dans les périphéries territoriales et des gens dans les centres métropolitains. Ce ne sont pas les mêmes, et nous devons donner à tous le même droit à une sécurité sociale, affective ou économique.

Mme Ségolène Amiot. Pour accéder au droit dont nous parlons, les gens riches vont à l'étranger !

M. Dominique Potier. Le présent amendement est très important. Vous poussez votre ode à la liberté jusqu'à rendre optionnelle l'information effective sur l'accès aux soins palliatifs – je trouve cela stupéfiant et vertigineux. Quand quelqu'un fait une tentative de suicide, les sapeurs-pompiers, les personnels de la sécurité civile, de simples passants, parfois, sont prêts à risquer leur vie pour le sauver. Et dans un processus fixé par la loi, défini par l'État, dans lequel toute la société est engagée, nous ne donnerions les informations sur l'accès aux soins palliatifs qu'à la demande de la personne sollicitant le suicide assisté ou l'euthanasie ? Franchement ! Il faut supprimer la fin de l'alinéa 10. La liberté proclamée ici n'en est pas une dès lors que la personne n'a pas accès aux différentes options qui s'offrent à elle. Cet accès doit être égal pour tous.

Mme la présidente. L'amendement n° 1550 de M. Julien Odoul est défendu.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 266.

M. Thibault Bazin. Quand nous avons préparé ces lois – que nous pouvons appeler des lois de révision des lois Claeys-Leonetti –, j'ai été marqué par la mise en garde du Conseil d'État. En 2018, il a averti que le consentement ne peut pas être libre et éclairé si les contraintes susceptibles de peser sur les personnes ne sont pas écartées. Or la principale contrainte, c'est d'être privé d'accès aux soins – aux soins palliatifs en particulier. La question est profonde, et la réponse que la société y apportera nous engage. Si des personnes, faute de pouvoir accéder aux soins palliatifs et alors que leur état de santé le requiert et qu'elles le souhaitent, n'ont comme seule alternative que de demander l'aide à mourir, notre responsabilité sera lourde. Je n'en serai pas fier.

Ce n'est donc pas qu'une question d'information. L'accès effectif aux soins palliatifs est la garantie que notre réponse est la plus humaine possible, jusqu'au bout de la vie. J'espère que nous adopterons cet amendement.

M. René Pilato. Il fallait voter pour le droit opposable aux soins palliatifs, collègue ! Quelle hypocrisie !

Mme la présidente. Sur cet amendement n° 266, je suis saisie par le groupe Droite républicaine d'une demande de scrutin public.

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

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Pour réagir à ce qui figure dans l'exposé sommaire de votre amendement, monsieur Potier, ce n'est évidemment pas au médecin, mais aux agences régionales de santé, qu'il reviendra de répondre de manière opérationnelle aux besoins en matière de soins palliatifs. Néanmoins, nous faisons obligation au médecin de s'assurer que la personne a accès aux soins palliatifs, si elle le souhaite. C'est très commun dans l'exercice de la médecine : chaque jour, des médecins s'assurent que leurs confrères pourront bien prendre en charge leurs patients.

Monsieur Bazin, je vous confirme que le médecin a l'obligation de s'assurer que la personne puisse avoir accès aux soins palliatifs si elle le souhaite. L'effectivité de l'accès est garantie par l'obligation faite au médecin – et non par l'ajout de quelques mots à la fin de l'alinéa, comme vous le proposez.

Nous n'avons par ailleurs aucunement changé le sens de l'alinéa en commission, mais simplement clarifié et simplifié sa rédaction.

Avis défavorable sur tous ces amendements.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Dans notre pays, la personne qui a besoin de soins palliatifs peut y avoir accès.

M. Dominique Potier. Mais non !

Mme Stéphanie Rist, ministre. Ce n'est pas simple, et parfois plus difficile dans certains départements que d'autres.

Mme Olivia Grégoire. Merci de le dire, c'est honnête.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Nous en sommes d'accord : il n'y a pas d'unité de soins palliatifs dans chaque département. Lors de la discussion de la proposition de loi relative

aux soins palliatifs et d'accompagnement, j'ai expliqué que plusieurs départements seraient dotés d'une unité de soins palliatifs d'ici à 2028.

Les soins palliatifs, cependant, ne sont pas prodigués uniquement dans des unités de soins palliatifs : il existe des lits identifiés de soins palliatifs, des équipes mobiles de soins palliatifs et des hospitalisations à domicile de soins palliatifs. Il est également possible d'aller hors du département.

M. Thibault Bazin. On pourrait sous-amender !

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je ne prétends pas que les choses sont simples. Nous nous sommes engagés, dans le cadre la stratégie décennale, à augmenter de 66 % le financement des soins palliatifs.

M. Dominique Potier. Pour combien de temps ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Pour ceux qui craignent que l'aide à mourir remplace les soins palliatifs,...

M. Dominique Potier. Par défaut ! Ce serait un scandale !

Mme Stéphanie Rist, ministre. ...par défaut, en effet, il est très important que nous conservions dans le texte l'obligation faite au médecin de s'assurer que le malade ait accès aux soins palliatifs.

M. Dominique Potier. S'il le souhaite !

Mme Stéphanie Rist, ministre. Oui, s'il le souhaite, puisque la loi confère à nos concitoyens le droit de refuser les soins palliatifs, comme de refuser tout soin.

M. Olivier Falorni, rapporteur général. C'est la loi Kouchner !

M. Jean-Paul Mattei. C'est la liberté de chacun !

Mme la présidente. La parole est à M. Hadrien Clouet.

M. Hadrien Clouet. Notre collègue Potier veut amener la discussion sur le terrain de la lutte des classes : cela ne me pose aucun problème ! (*M. Dominique Potier brandit le poing en souriant.*) Nous en sommes d'accord ; il y a des riches et des pauvres. Qu'est-ce qui fonde la domination, dans l'ordre social qui est le nôtre ?

D'abord l'argent. Certains ont les moyens de partir à l'étranger lorsqu'ils souffrent horriblement, d'autres non, et le texte apporte une réponse sur ce point.

Certains, ensuite, ont des contacts qui leur permettent, clandestinement, de soulager leurs souffrances ; d'autres n'ont pas ces réseaux et ces adresses.

Certains ont les réseaux et les moyens de se procurer les produits leur permettant de tenter de mettre fin à leurs jours ; d'autres non.

Que l'on considère le capital social, économique ou relationnel...

M. Dominique Potier. C'est ce que nous faisons, justement !

M. Hadrien Clouet. ...la question de la lutte des classes se pose jusqu'au bout – jusqu'à la dernière minute. Oui, dans notre société, ceux qui dominent dominent jusqu'à leur propre mort, les autres, non. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NFP. – Mme Dominique Voynet applaudit également.*)

M. Dominique Potier. J'ai adoré ce discours !

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

Mme Sandrine Dogor-Such. Vos explications étaient claires, madame la ministre. Nous présentons toutefois des amendements de précision,...

M. Thibault Bazin. Autant dire rédactionnels ! (*Sourires.*)

Mme Sandrine Dogor-Such. ...qui portent sur l'information. La loi Claeys-Leonetti, durant des années, n'a pas eu de publicité suffisante. Elle a été méconnue des Français, qui ne l'ont découverte qu'en 2022, alors que nous commençons à débattre de la fin de vie. Le texte prévoit que le médecin informe la personne sur les dispositifs d'accompagnement ; on pourrait très bien préciser qu'il l'informe sur les soins palliatifs !

(*Les amendements n^{os} 1848 et 1550, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n^o 266.

(*Il est procédé au scrutin.*)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	92
Nombre de suffrages exprimés	92
Majorité absolue	47
Pour l'adoption	32
contre	60

(*L'amendement n^o 266 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n^{os} 1641 et 2034, pouvant être soumis à une discussion commune.

Sur l'amendement n^o 2034, je suis saisie par le groupe Rassemblement national d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir ces amendements, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

M. Christophe Bentz. Je vous avais promis, madame la rapporteure, de revenir sur l'alinéa 10. Ce qui s'est passé en commission nous pose un réel problème. Je ne parle même plus là seulement de la forme ou de la méthode – faire passer la suppression de l'effectivité de l'accès aux soins palliatifs au moyen d'un amendement faussement rédactionnel. C'est regrettable. Peut-être me répondrez-vous à ce sujet.

Sur le fond, il est capital que nous affirmions à nouveau, avec les termes appropriés, que l'accès aux soins palliatifs doit être effectif. Je ne veux pas rouvrir le débat entre droit opposable et effectivité ; pour notre part nous sommes pour l'effectivité, car nous pensons que le droit opposable ne mène qu'à du contentieux judiciaire, rien de plus.

Cela ne coûte rien, et ne ferait pas de cette loi une loi bavarde, que de mentionner l'effectivité de l'accès aux soins palliatifs à l'alinéa 10. Je ne comprends pas pourquoi vous avez voulu supprimer cette mention. Avant de pouvoir

accéder à l'aide à mourir, on doit avoir – si on le souhaite – un accès effectif aux soins palliatifs. Un accès effectif, réel, concret.

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

Mme Audrey Abadie-Amiel, rapporteure. Vous souhaitez rétablir l'alinéa dans la rédaction qui était la sienne avant sa modification en commission, en conservant notamment « de manière effective ». Cet ajout n'était pas utile : je vous confirme que le médecin s'assure – c'est une obligation qui lui est faite – que la personne peut, si elle le souhaite, avoir accès aux soins palliatifs. C'est l'obligation faite aux médecins qui garantira l'effectivité de cet accès et non l'ajout de quelques mots en fin d'alinéa, ainsi que vous le proposez. Nous n'avons aucunement changé le sens de l'alinéa en commission, mais simplement clarifié et simplifié sa rédaction. Avis défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Charles Sitzenstuhl.

M. Charles Sitzenstuhl. J'apprécie la qualité du débat que nous avons ce matin. Collègue Clouet, vous avez évoqué la question des euthanasies clandestines. C'est un point important, en tout cas qu'il ne faut pas négliger. Il ne faut cependant pas nous faire d'illusions : ce n'est pas en légiférant ainsi que nous le réglerons entièrement et définitivement. (*M. Hadrien Clouet acquiesce.*)

Je ne dis pas cela au hasard. Mes lectures sur les expériences étrangères – de la Belgique, des Pays-Bas – m'ont appris que la légalisation de l'euthanasie n'a pas empêché que des pratiques clandestines demeurent. Cela nous renvoie aux débats sur la fameuse zone grise.

Je le dis aux personnes qui défendent ce texte : vous pensez légitimement que vous allez atténuer cette zone grise ou la faire disparaître, mais je pense qu'elle va se déplacer à la marge des critères fixés. Il faut sortir de l'illusion que légiférer sur l'euthanasie permettra de supprimer définitivement la pratique des euthanasies clandestines – je le dis en me fondant sur les expériences belge et néerlandaise.

M. Michel Lauzzana. Et alors ? Ce n'est pas pour ça qu'il ne faut pas le faire !

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

M. Christophe Bentz. Notre collègue ne parle pas tout à fait de mon amendement...

Madame la rapporteure, j'entends votre réponse : le médecin doit s'assurer que la personne peut avoir accès aux soins palliatifs. Bien sûr. Cela signifie-t-il que, s'il se rend compte que la personne ne peut pas y avoir accès, alors qu'elle le veut, la procédure d'aide à mourir s'arrête ? C'est une vraie question.

Deuxième point, très factuel : dans ce texte, les deux mentions du terme « effectif » ont été supprimées, s'agissant respectivement de l'accès aux soins palliatifs et de l'accès à un psychologue ou à un psychiatre. Les termes « effectif » et « effectivité » ne figurent plus nulle part dans le texte.

M. Thibault Bazin. On pourrait les ajouter !

(*L'amendement n° 1641 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 2034.

(*Il est procédé au scrutin.*)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	87
Nombre de suffrages exprimés	87
Majorité absolue	44
Pour l'adoption	29
contre	58

(*L'amendement n° 2034 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Justine Gruet, pour soutenir l'amendement n° 21.

Mme Justine Gruet. Cet amendement de mon collègue Hetzel vise à ajouter que la personne doit avoir accès à l'accompagnement et aux soins palliatifs « dans un délai compatible avec son état de santé, quel que soit son lieu de résidence ou son lieu de soins ». Madame la ministre, on ne gagne pas à être dans le déni. Vous avez dit qu'aucun Français n'était privé d'accès à des soins palliatifs, alors que 500 personnes décèdent chaque jour sans soins palliatifs.

La difficulté est plus large. Certes, vous parliez des unités de soins palliatifs à proprement parler, où un accompagnement de qualité est assuré par les professionnels. Vous savez cependant qu'une prise en charge de la perte d'autonomie et de la dépendance nécessite aussi un accompagnement de qualité à domicile. Nous devons également travailler et réfléchir sur ces aspects, dans un pays où le délai moyen pour obtenir une première consultation dans un centre antidouleur est de huit mois, parfois un an, en raison d'une pénurie de médecins spécialisés, en particulier d'algologues.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Ce ne sont pas les soins palliatifs, cela n'a rien à voir !

Mme Justine Gruet. J'ai le sentiment que quelque chose nous échappe dans le déploiement des unités de soins palliatifs : il y a quasiment autant de fermetures que d'ouvertures d'unités. Le défi que nous devons collectivement relever est la diffusion de la culture palliative parmi les professionnels de santé, afin que tous soient capables de fournir un tel accompagnement. En tout cas, madame la ministre, on ne peut pas dire que tous les Français qui souhaitent un accompagnement palliatif puissent actuellement y avoir recours.

(*L'amendement n° 21, repoussé par la commission et le gouvernement, n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 1439 de M. Jorjy Bovet est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Défavorable.

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

M. Christophe Bentz. Je ne pouvais pas défendre l'amendement car je n'en étais pas cosignataire, je réagis donc après les avis.

Madame la rapporteure, il m'arrive dans ces débats de poser plusieurs fois la même question, et je ne lâcherai pas. Ma question est simple, et je vous laisse tout le temps que vous voudrez pour y répondre, car elle est très importante et reste un angle mort du texte : si le médecin, qui doit s'assurer que le patient a bien accès aux soins palliatifs, se rend compte que tel n'est pas le cas, la procédure d'aide à mourir s'arrête-t-elle ou non ?

(L'amendement n° 1439 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Les amendements n°s 1294 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé et 1440 de M. Jorys Bovet, qui peuvent être soumis à une discussion commune, sont défendus.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Défavorable.

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

M. Christophe Bentz. Je persévérerai jusqu'à obtenir une réponse. *(Exclamations sur quelques bancs.)* Sérieusement, chers collègues, j'estime qu'il est normal que la représentation nationale ait une réponse à cette question capitale.

M. Thibault Bazin. Il a raison !

M. Christophe Bentz. Je le dis avec le sourire, mais aussi avec fermeté. J'adresse donc une troisième fois la question aux bancs des commissions et du gouvernement – à M. le rapporteur général, à Mme la rapporteure, à M. le président de la commission...

M. Thibault Bazin. Ce n'est pas au président de la commission de répondre, il est neutre !

M. Christophe Bentz. ...ou à Mme la ministre. Si le médecin se rend compte que la personne qui a fait une demande d'aide à mourir n'a pas pu avoir un accès effectif aux soins palliatifs alors qu'elle le souhaitait, la procédure d'aide à mourir s'arrête-t-elle ou non ?

M. Thibault Bazin. C'est une bonne question.

M. Dominique Potier. C'est fondamental !

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

M. René Pilato. Je réponds au collègue Bentz en indiquant la façon dont j'ai interprété les deux textes sur la fin de vie. Cela éclairera peut-être les débats. Dans tous les cas de figure, le médecin proposera d'abord les soins palliatifs. Ensuite, si la personne réunit les cinq critères – affection en phase avancée, pronostic vital engagé, souffrance réfractaire aux traitements... –, elle pourra refuser les soins palliatifs et demander l'aide à mourir.

Votre question me semble donc décalée. La personne n'est pas dans un processus où elle a eu accès ou non aux soins palliatifs ; elle a décidé de faire la demande d'aide à mourir, non pas parce qu'on lui a refusé les soins palliatifs, mais parce qu'elle réunit les cinq critères. Il s'agit d'un autre processus.

Mme Claire Marais-Beuil. Ce n'est pas du tout ça ! Et on ne nous répond toujours pas !

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. J'essaie de répondre à la question de façon théorique, car je crois que ce cas ne peut pas se produire en pratique.

Mme Marine Hamelet. Mais si !

Mme Stéphanie Rist, ministre. Lorsqu'un médecin se trouve face à un malade qui a besoin de soins palliatifs, il cherche une prise en charge et il en trouve une, parfois difficilement, pas forcément dans une unité de soins palliatifs, mais dans un service doté de lits identifiés de soins palliatifs ou dans le cadre de l'hospitalisation à domicile (HAD).

Mme Christine Pirès Beaune. Exactement !

Mme Lisette Pollet. Non !

Mme Stéphanie Rist, ministre. Si on se fonde sur la théorie pour répondre du point de vue juridique, le médecin étant obligé de s'assurer que la personne puisse avoir accès aux soins palliatifs, il n'y a pas d'aide à mourir si tel n'est pas le cas. J'espère avoir répondu à la question.

M. Christophe Bentz. Non.

M. Dominique Potier. Donc la procédure s'arrête ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. La procédure s'arrête, car le médecin a l'obligation, en amont, de s'assurer que le patient puisse être en soins palliatifs. En fait, la procédure ne débute pas.

M. Dominique Potier. C'est intéressant.

Mme la présidente. Merci de ces précisions, madame la ministre.

(Les amendements n°s 1294 et 1440, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n° 2140.

M. Christophe Bentz. Je vous remercie, madame la ministre, pour votre début de réponse – je le dis sans aucune ironie. Vous avez dit plusieurs choses très intéressantes. Vous donnez une réponse théorique ; j'aurais aimé qu'il y ait une réponse législative. Vous évoquez des cas pratiques dans lesquels le patient peut « difficilement » – je vous cite – avoir accès aux soins palliatifs. Vous confirmez que la procédure s'arrête dans un tel cas, mais cela suppose qu'il ait été possible de proposer des soins palliatifs. Qu'en est-il quand il n'existe aucun service – quel qu'il soit, unité, équipe mobile ou autre – de soins palliatifs ? La personne peut-elle enclencher une procédure d'aide à mourir ? Le médecin lui-même, s'il se rend compte que la personne n'a pas eu un accès effectif aux soins palliatifs, peut-il considérer la demande d'aide à mourir comme nulle ?

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Je vais répondre sur votre amendement n° 2140, monsieur Bentz, parce que nous sommes là pour étudier les amendements. Mme la ministre vous a répondu très clairement. Je précise un point : la procédure ne s'arrête pas, elle ne débute pas.

M. René Pilato. Bah oui !

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Votre amendement prévoit le recueil de l'avis des proches aidants. Sur le fond, je ne crois pas que ce soit à eux d'émettre un avis, tant cette décision relève de l'intime; elle repose sur la volonté libre, éclairée et individuelle de la personne. Sur la forme, nous en sommes à la discussion de l'article 5, et non de l'article 6, qui traite de la procédure collégiale et du recueil éventuel des avis. Avis défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Défavorable.

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

M. Christophe Bentz. Merci de votre réponse, monsieur le rapporteur général. J'ai effectivement profité de la présentation de mon amendement pour remercier la ministre de sa réponse et lui poser une question complémentaire. Cet amendement relatif aux proches aidants fait partie de nos amendements de restriction, d'encadrement et de sécurisation.

Madame la ministre, je suppose que vous ne niez pas les chiffres : 200 000 personnes par an n'ont pas accès aux soins palliatifs, alors que la plupart d'entre elles le souhaitent. Parmi ces 200 000 personnes, certaines pourraient demander l'aide à mourir parce qu'elles se trouveront face au fameux dilemme dont nous vous parlons, ce choix impossible, cornélien : souffrir ou demander l'aide à mourir, donc mourir.

(L'amendement n° 2140 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 328 de Mme Justine Gruet est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal. Je veux revenir sur deux points. D'abord, il serait intéressant de recueillir l'avis des proches aidants, non pas pour prendre la décision, mais pour disposer d'un éclairage supplémentaire, d'un point de vue humain. Le proche aidant peut dire des choses sur l'évolution psychologique de la personne, notamment sur son approche de la mort. Recueillir son avis ne prendrait pas beaucoup de temps et n'obligerait en rien la décision.

Ensuite, en lien avec la question du collègue Bentz, je m'interroge sur la situation des personnes qui sont en Ehpad, où il n'y a pas toujours, on le sait, de médecin coordinateur ni d'infirmière de nuit. Les Ehpad ont également beaucoup de mal à disposer d'une équipe mobile de soins palliatifs. Dans ces cas-là, la question de l'interruption de la demande se pose réellement.

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

Mme Nicole Dubré-Chirat. Je vous accorde que le proche aidant joue auprès du patient un rôle nécessaire et de très grande importance, mais c'est au patient de discuter avec lui de ce qu'il souhaite faire. Il ne faut pas forcément intégrer le proche aidant dans la décision, car il peut être incitatif, voire

faire pression. Même s'il est concerné, c'est au malade lui-même de faire son choix. Nous avons écrit dans le texte que le patient est autonome; il peut souhaiter ou non tenir compte de la pression d'un conjoint ou d'un enfant qui, bien évidemment, n'a pas envie de le voir partir.

(L'amendement n° 328 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such, pour soutenir l'amendement n° 1679.

Mme Sandrine Dogor-Such. Cet amendement est, comme le précédent que j'ai présenté, un amendement de précision relatif à l'information du patient, cette fois concernant la sédation profonde et continue.

Je souscris aux propos de Mme Vidal : dans la plupart des Ehpad, il n'y a pas de soins palliatifs; c'est un véritable problème. Il faut prêter une attention particulière à ces établissements, car un quart des décès y surviennent, et il n'y a pas toujours de prise en charge adaptée. C'est très important, et je vous demande, madame la ministre, d'en tenir compte.

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il ne faut pas laisser croire que le texte sur lequel nous travaillons – et qui, je l'espère, sera voté mardi – serait réservé aux personnes en Ehpad. Il n'est pas, non plus, réservé aux personnes en situation de handicap ou aux personnes âgées.

Il ne faut pas davantage laisser croire à nos concitoyens que les personnes âgées en Ehpad ne sont pas correctement prises en charge. Je vous invite à lire la stratégie décennale : elle prévoit une équipe mobile de soins palliatifs par Ehpad, ainsi qu'un plan de formation pour les professionnels de santé qui y travaillent, notamment les infirmières. *(Applaudissements sur quelques bancs des groupes EPR et Dem. – M. Arnaud Simion applaudit également.)*

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

M. Michel Lauzzana. Aïe !

M. Christophe Bentz. Monsieur le rapporteur général, ou madame la ministre, voici la deuxième partie de ma question, encore plus précise : les 200 000 personnes qui n'ont pas accès aux soins palliatifs alors qu'elles le souhaitent ne pourront pas débiter – pour reprendre votre terme – une procédure d'aide à mourir ? Est-ce bien ce que vous avez dit ?

M. Thibault Bazin. C'est une bonne question ! Nous avons besoin d'être éclairés sur l'intention du législateur.

(L'amendement n° 1679 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. René Pilato, pour soutenir l'amendement n° 1170.

M. René Pilato. Par souci de la bonne compréhension de la loi, nous voulons y préciser que le refus de soins palliatifs par la personne ne doit pas constituer pour le médecin un motif de rejet de la demande d'aide à mourir. C'est un point très important. Le médecin propose des soins palliatifs, la personne peut les accepter ou les refuser, mais un refus ne doit pas l'exclure du dispositif.

On peut aussi imaginer qu'une personne entre en soins palliatifs, mais ne supporte plus le traitement. Elle dit alors au médecin qu'elle souhaite les arrêter car les effets secondaires sont terribles, et qu'elle sait qu'elle va mourir. En quelque sorte, elle renonce aux soins palliatifs. Elle doit alors pouvoir demander à entrer dans la procédure.

Dans ces deux cas de figure, nous souhaitons garantir la possibilité de bénéficier du droit à l'aide à mourir.

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Vous souhaitez préciser que le refus par le demandeur de bénéficier de soins palliatifs et d'accompagnement ne constitue pas un motif de rejet de la demande. Cet ajout est inutile puisque la proposition de loi ne prévoit pas qu'un tel refus puisse être considéré comme un motif de rejet.

Le médecin devra appliquer la procédure prévue par la loi. Il ne pourra refuser l'accès à l'aide à mourir que si la personne ne respecte pas les cinq critères cumulatifs établis à l'article 4 – il ne pourra le faire pour aucune autre raison. Avis défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Défavorable.

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

M. Thibault Bazin. La question centrale est celle de la souffrance des personnes qui n'ont pas accès aux soins. On le voit bien, si des personnes demandent une aide à mourir, c'est parce qu'on ne soulage pas leur souffrance.

M. Michel Lauzzana. Pas seulement !

M. Thibault Bazin. Nous avons donc une responsabilité particulière, mes chers collègues.

Madame la ministre, vous dites qu'il existe toujours une solution – un lit dans un établissement, une prise en charge en HAD.

Mme Christine Pirès Beaune. Oui !

M. Thibault Bazin. Mais qu'en est-il de la prise en charge palliative, avec son approche globale et pluridisciplinaire ? Elle permet souvent de soulager la souffrance.

Mme Nicole Dubré-Chirat. Parfois pas...

M. Thibault Bazin. D'ailleurs, la demande de mort est divisée par dix après quelques jours de prise en charge adaptée.

Si, à domicile ou en établissement, cette prise en charge n'existe pas, on ne soulage pas la souffrance. Quelle réponse fournit-on alors ? Vous pouvez avoir accès à l'aide à mourir. Ce n'est pas bien !

M. René Pilato. Vous mentez ! Ce n'est pas sérieux !

Mme Karen Erodi. Mensonges !

Mme Mathilde Feld. Ce n'est pas bien de manipuler !

Mme Nicole Dubré-Chirat. Nous n'avons jamais dit cela !

M. Thibault Bazin. Voilà pourquoi il faut clarifier le texte. Quand la personne demande une prise en charge palliative pour soulager sa souffrance, si l'on n'est pas en mesure de lui apporter la réponse adaptée, il ne devrait pas y avoir d'accès à l'aide à mourir.

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

M. Jean-François Rousset. Il faut le rappeler chaque fois que l'on prend la parole : notre système de santé est capable de prendre en charge les malades qui souffrent et qui sont en fin de vie. Avant les soins palliatifs, les services de médecine et de chirurgie prenaient déjà en charge les patients quand ils en avaient besoin.

M. Philippe Juvin. Dans ce cas, la proposition de loi relative aux soins palliatifs et d'accompagnement ne sert à rien !

M. Jean-François Rousset. Aucun service ne refusera un malade qui est à domicile et exprime des douleurs insupportables.

En l'absence de soins palliatifs, dans l'attente de leur déploiement dans chaque département grâce à la stratégie décennale, les médecins et les autres soignants sont à même de prendre en charge les malades. Ils sont formés au traitement de la douleur, peuvent solliciter des avis – notamment ceux d'algologues –, recourir à la téléconsultation.

M. Dominique Potier. Si tout est parfait, cela ne servait à rien de voter la première proposition de loi !

M. Jean-François Rousset. Il faut arrêter de dire que les malades ne sont pas pris en charge lorsqu'ils souffrent de douleurs insupportables.

(L'amendement n° 1170 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements, n° 892, 1154 et 1153, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Philippe Ballard, pour soutenir l'amendement n° 892.

M. Philippe Ballard. L'article 5 dispose que le médecin « propose à la personne et à ses proches de les orienter vers un psychologue ou un psychiatre et s'assure, si elle le souhaite, qu'elle puisse y avoir accès ».

« Si elle le souhaite » ? Non, car nous parlons ici d'une décision grave et d'un acte grave – nous en convenons tous. Il faut réécrire l'alinéa 11 de sorte que cette visite soit obligatoire et, surtout, qu'elle ait bien lieu. Le corps médical doit s'assurer que l'état de vulnérabilité de la personne n'altère pas sa décision. C'est indispensable.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Juvin, pour soutenir l'amendement n° 1154.

M. Philippe Juvin. Il nous paraît à nous aussi indispensable qu'intervienne une consultation psychiatrique ou psychologique – psychiatrique me semble préférable – avant que la décision ne soit entérinée. Il faut que ce soit non pas une possibilité, mais une obligation. Les psychiatres connaissent les raisons pour lesquelles les patients souhaitent mourir ; ils font de la prévention du suicide. Face à quelqu'un qui

exprime une idée de mort, le psychiatre propose une alternative. Son rôle est donc important : il peut détecter un trouble de la conscience ou un symptôme dépressif.

On m'opposera certainement le libre arbitre. Or, dans certains parcours – par exemple en chirurgie bariatrique –, la consultation psychiatrique est obligatoire.

M. Thibault Bazin. C'est vrai !

M. Philippe Juvin. En Belgique, elle l'est aussi dans certains cas. (*Mme Justine Gruet applaudit.*)

Mme la présidente. Puis-je considérer, monsieur Juvin, que vous avez défendu aussi l'amendement n° 1153 ?

M. Philippe Juvin. Oui, madame la présidente, ainsi que le n° 1155.

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

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Toute personne a le droit de refuser des soins ou de ne pas recevoir un traitement, en vertu de la loi Kouchner. En outre, les médecins savent pertinemment dans quel délai leurs patients doivent être pris en charge. Là aussi, nous pouvons leur faire confiance. Le médecin doit s'assurer que la personne puisse avoir accès à un psychologue ou à un psychiatre. Cela implique, en toute logique, un délai adapté ; il n'est pas utile de le préciser dans la loi.

Quant à votre amendement n° 1153, monsieur Juvin, il supprime la possibilité d'être orienté vers un psychologue, ce que je regrette au regard de leurs qualifications.

Avis défavorable sur les trois amendements.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Défavorable.

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

M. Philippe Juvin. Vous estimez qu'on ne peut pas rendre cette consultation obligatoire, parce qu'il faut respecter le libre arbitre du patient, qui doit pouvoir décider de consulter ou de ne pas consulter. Mais c'est précisément l'objet de ma proposition – que cette consultation devienne obligatoire !

Je le répète, en l'état du droit, certains actes médicaux sont précédés d'une consultation psychiatrique obligatoire. Je l'ai rappelé, c'est le cas pour la chirurgie bariatrique. On ne peut donc dire que ce n'est pas possible. Nous pouvons parfaitement décider que, pour certains actes, un avis psychiatrique est requis. En l'espèce, il s'agirait simplement d'un contrôle *a priori* supplémentaire.

Mme Justine Gruet. Nous voulons améliorer le texte !

M. Philippe Juvin. Quant aux délais, monsieur le rapporteur général, c'est tout le problème ! Pour obtenir un rendez-vous avec un psychiatre en France, il faut compter quatre mois. Il sera donc plus rapide d'obtenir le droit à l'euthanasie que de consulter un psychiatre.

M. Thibault Bazin. C'est inquiétant.

M. Philippe Juvin. Il y a tout de même là un petit sujet. (*Exclamations sur quelques bancs des groupes EPR, SOC et EcoS.*) Vous pouvez vous exclamer, mais c'est la vérité ! De

même, il faut entre deux et sept mois pour obtenir une consultation contre la douleur ; or on va ouvrir un accès à l'euthanasie ou au suicide assisté en deux à dix-sept jours.

(*Les amendements n° 892, 1154 et 1153, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 1155 de M. Philippe Juvin a été défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Olivier Falorni, rapporteur général. Défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Défavorable.

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

Mme Sandrine Dogor-Such. Je souhaite évoquer de nouveau les Ehpad : un tiers d'entre eux n'ont pas de médecin coordonnateur, et il n'y a presque jamais d'infirmière de nuit. Nous sommes inquiets, puisque 25 % des décès surviennent en Ehpad.

M. Bentz vous a posé une question, et nous avons eu une réponse. Mais notre population est vieillissante et on nous promet un projet de loi sur le grand âge depuis 2018. Dans ce contexte, si le médecin informe le patient de la possibilité d'accéder à des soins palliatifs, mais que l'Ehpad n'a ni médecin, ni infirmière, ni soins palliatifs, cela pose problème. Quand bien même la personne ne souhaiterait pas de tels soins, l'absence d'offre est un vrai sujet. (*Mme Justine Gruet applaudit.*)

(*L'amendement n° 1155 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques, n° 187, 405 et 680.

La parole est à M. Philippe Juvin, pour soutenir l'amendement n° 187.

M. Philippe Juvin. Cet amendement de M. Le Fur revient sur la consultation préalable d'un psychologue ou d'un psychiatre. Cette consultation ne doit pas dépendre du souhait du patient mais être obligatoire. Et ne me servez pas, s'il vous plaît, l'argument de la liberté des patients : certains actes médicaux exigent des consultations préalables obligatoires.

M. Thibault Bazin. Il a raison !

M. Philippe Juvin. Nous pouvons donc parfaitement, par exception, introduire dans ce texte – qui prévoit un acte exceptionnel – une disposition qui ne relève pas du droit commun.

Mme la présidente. La parole est à Mme Justine Gruet, pour soutenir l'amendement n° 405.

Mme Justine Gruet. C'est la responsabilité du législateur de poser un cadre, qui peut être exceptionnel et ne pas concerner l'ensemble des pratiques médicales. Pour encadrer correctement l'aide à mourir, il importe de prévoir systématiquement une évaluation psychiatrique ou psychologique du patient – d'autant qu'il ne sera plus nécessaire que celui-ci présente une souffrance « constante », puisque ce terme a été supprimé hier par amendement.

Ce serait redonner tout son sens à votre proposition de loi, monsieur Falorni. N'ayez pas peur des contrôles *a priori* : il s'agit de s'assurer de la volonté du patient pour empêcher les dérives ou les abus de faiblesse. Tel est l'objectif de cet amendement de mon collègue Hetzel, qui rend obligatoire la consultation d'un psychiatre ou d'un psychologue.

J'ajoute qu'au-delà même de la validation, cette consultation peut également avoir des effets rassurants, permettre un dialogue avec les proches et une fin apaisée. Elle est donc davantage dictée par la bienveillance que par la défiance, et je ne comprends pas que vous ne souhaitiez pas la rendre obligatoire.

Mme la présidente. L'amendement n° 680 de M. Vincent Trébuchet est défendu.

(Les amendements identiques n° 187, 405 et 680, repoussés par la commission et le gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

Mme la présidente. Prochaine séance, cet après-midi, à quinze heures :

Suite de la discussion, en deuxième lecture, de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir.

La séance est levée.

Le directeur des comptes rendus

Serge Ezdra