

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du mercredi 17 juin 2015

(118^e jour de séance de la session)



www.senat.fr



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE MME ISABELLE DEBRÉ

Secrétaires :

M. Christian Cambon, Mme Frédérique Espagnac.

1. **Procès-verbal** (p. 6377)
2. **Candidatures à une éventuelle commission mixte paritaire** (p. 6377)
3. **Dépôt de documents** (p. 6377)
4. **Candidature à une commission** (p. 6377)
5. **Candidature à une délégation sénatoriale** (p. 6377)
6. **Mise au point au sujet d'un vote** (p. 6377)
7. **Malades et personnes en fin de vie.** – Suite de la discussion d'une proposition de loi dans le texte de la commission (p. 6378)

Articles additionnels après l'article 2 (*suite*) (p. 6378)

Amendement n° 36 rectifié *ter* de M. Olivier Cadic. – Retrait.

Amendement n° 88 rectifié *bis* de Mme Annie David. – Retrait.

Article 3 (p. 6378)

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales

M. Gilbert Barbier

Mme Dominique Gillot

M. René Danesi

M. Philippe Bas

M. Gérard Roche

M. Gaëtan Gorce

M. Michel Amiel, corapporteur de la commission des affaires sociales

M. Jean-Pierre Leleux

M. Daniel Chasseing

M. Michel Amiel, corapporteur

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Amendement n° 13 de M. François Pillet, rapporteur pour avis. – Après une demande de priorité par la commission, adoption.

Amendement n° 6 rectifié de M. Charles Revet. – Retrait.

Amendement n° 73 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Rejet.

Amendement n° 79 de M. Gilbert Barbier. – Rejet.

Amendement n° 59 rectifié *bis* de M. Dominique de Legge. – Adoption.

Amendement n° 4 rectifié de M. Bruno Gilles. – Rejet.

Amendement n° 5 rectifié de M. Bruno Gilles. – Rejet.

Amendement n° 49 rectifié de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Amendement n° 102 rectifié de Mme Dominique Gillot. – Rejet.

Amendement n° 60 rectifié *bis* de M. Dominique de Legge. – Retrait.

Amendement n° 50 rectifié de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Amendement n° 61 rectifié *bis* de M. Dominique de Legge. – Retrait.

Amendement n° 74 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait.

Amendement n° 25 rectifié de Mme Nicole Duranton. – Retrait.

Amendement n° 51 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Rejet.

Amendement n° 62 rectifié *bis* de M. Dominique de Legge. – Rectification.

Amendement n° 62 rectifié *ter* de M. Dominique de Legge. – Retrait.

Amendement n° 37 rectifié de Mme Dominique Gillot. – Rejet.

Amendement n° 83 rectifié de Mme Annie David. – Adoption.

Amendement n° 63 rectifié *bis* de M. Dominique de Legge. – Retrait.

Amendement n° 68 rectifié *bis* de M. Dominique de Legge. – Retrait.

Amendement n° 23 rectifié de Mme Nicole Duranton. – Retrait.

Amendement n° 52 rectifié de M. Daniel Chasseing. – Rejet.

Amendement n° 7 de M. Charles Revet. – Retrait.

Amendement n° 64 rectifié *bis* de M. Dominique de Legge. – Retrait.

M. René-Paul Savary

M. Georges Labazée

Mme Annie David

Mme Corinne Bouchoux

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales

M. Michel Amiel, corapporteur

Mme Marisol Touraine, ministre

M. Bruno Retailleau

Suspension et reprise de la séance (p. 6404)

Adoption, par scrutin public, de l'article modifié.

Mme Marisol Touraine, ministre

Article 4 (p. 6405)

Amendement n° 75 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait.

Amendement n° 30 rectifié de Mme Françoise Gatel. – Retrait.

Amendement n° 65 rectifié de M. Dominique de Legge. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 4 *bis* (*supprimé*) (p. 6406)

Amendement n° 45 de Mme Corinne Bouchoux. – Adoption de l'amendement rétablissant l'article.

Article 5 (p. 6407)

Amendement n° 76 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Rejet.

Amendement n° 70 rectifié *bis* de M. Dominique de Legge. – Rejet.

Amendement n° 66 rectifié *bis* de M. Dominique de Legge. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 6 – Adoption. (p. 6409)

Article 7 (*supprimé*) (p. 6409)

Article 8 (p. 6409)

Amendement n° 46 de Mme Corinne Bouchoux. – Rejet.

Amendement n° 14 de M. François Pillet, rapporteur pour avis. – Adoption.

Amendement n° 67 rectifié *bis* de M. Dominique de Legge. – Adoption.

Amendement n° 8 de M. Charles Revet. – Devenu sans objet.

Amendement n° 21 rectifié de Mme Nicole Duranton. – Retrait.

Amendement n° 15 de M. François Pillet, rapporteur pour avis, et sous-amendement n° 155 de la commission. – Rejet du sous-amendement et de l'amendement.

Amendement n° 16 de M. François Pillet, rapporteur pour avis, et sous-amendement n° 156 de la commission. – Devenus sans objet.

Amendement n° 84 rectifié de Mme Annie David. – Retrait.

Amendement n° 17 de M. François Pillet, rapporteur pour avis. – Adoption.

8. **Nomination de membres d'une éventuelle commission mixte paritaire** (p. 6414)

9. **Nomination d'un membre d'une commission** (p. 6414)

10. **Nomination d'un membre d'une délégation sénatoriale** (p. 6415)

11. **Dépôt de documents** (p. 6415)

Suspension et reprise de la séance (p. 6415)

PRÉSIDENCE DE M. HERVÉ MARSEILLE

12. **Conférence des présidents** (p. 6415)

13. **Malades et personnes en fin de vie.** – Suite de la discussion d'une proposition de loi dans le texte de la commission (p. 6422)

Article 8 (*suite*) (p. 6422)

Amendement n° 38 rectifié *bis* de Mme Dominique Gillot. – Retrait.

Amendement n° 77 de M. Gilbert Barbier. – Adoption.

Amendement n° 42 rectifié *ter* de Mme Dominique Gillot. – Rejet.

Amendement n° 10 rectifié *ter* de M. Philippe Mouiller. – Retrait.

Amendement n° 97 rectifié de Mme Joëlle Garriaud-Maylam. – Retrait.

Amendement n° 18 de M. François Pillet, rapporteur pour avis. – Adoption.

Amendement n° 53 rectifié de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Amendement n° 78 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 8 (p. 6429)

Amendement n° 43 rectifié *bis* de Mme Dominique Gillot. – Retrait.

Article 9 (p. 6429)

M. Daniel Raoul

Amendement n° 40 rectifié de Mme Dominique Gillot. – Retrait.

Amendement n° 85 rectifié de Mme Annie David. – Retrait.

Amendement n° 19 de M. François Pillet, rapporteur pour avis. – Adoption.

Amendements identiques n° 11 rectifié *ter* de M. Philippe Mouiller et 86 rectifié de Mme Annie David. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 20 de M. François Pillet, rapporteur pour avis. – Adoption.

Amendement n° 39 rectifié *bis* de Mme Dominique Gillot. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Article 10 (p. 6434)

Amendement n° 41 rectifié de Mme Dominique Gillot. – Retrait.

Amendement n° 87 rectifié de Mme Annie David. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 11 (p. 6436)

Amendement n° 154 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 11 (p. 6436)

Amendement n° 92 rectifié de M. Georges Labazée. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 12 – Adoption. (p. 6437)

Article additionnel après l'article 12 (p. 6437)

Amendement n° 80 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait.

Article 13 – Adoption. (p. 6437)

Articles additionnels après l'article 13 (p. 6437)

Amendement n° 22 rectifié de Mme Nicole Duranton. – Retrait.

Amendement n° 89 rectifié de Mme Annie David. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 14 (*supprimé*) (p. 6439)

M. Michel Amiel, corapporteur

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales

Mme Marisol Touraine, ministre

Renvoi de la suite de la discussion.

14. Ordre du jour (p. 6440)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE MME ISABELLE DEBRÉ

vice-présidente

Secrétaires :

**M. Christian Cambon,
Mme Frédérique Espagnac.**

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à quatorze heures trente.)

1

PROCÈS-VERBAL

Mme la présidente. Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

Il n'y a pas d'observation?...

Le procès-verbal est adopté sous les réserves d'usage.

2

CANDIDATURES À UNE ÉVENTUELLE COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Mme la présidente. J'informe le Sénat que la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale a procédé à la désignation des candidats à une éventuelle commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne, actuellement en cours d'examen.

Cette liste a été publiée conformément à l'article 12, alinéa 4, du règlement et sera ratifiée si aucune opposition n'est faite dans le délai d'une heure.

3

DÉPÔT DE DOCUMENTS

Mme la présidente. M. le président du Sénat a reçu de monsieur le Premier ministre :

- la convention entre l'État, l'Agence nationale de la recherche et la Caisse des dépôts et consignations, action « Instituts d'excellence », programme « Instituts thématiques d'excellence en matière d'énergies décarbonées » ;

- l'avenant n° 2 à la convention du 27 juillet 2010 entre l'État et l'Agence nationale de la recherche, action « Instituts d'excellence », programme « Instituts thématiques d'excellence en matière d'énergies décarbonées » ;

- enfin, l'avenant n° 3 à la convention entre l'État et l'ANAH, action « Rénovation thermique des logements privés ».

Acte est donné du dépôt de ces documents.

Ils ont été transmis à la commission des finances, ainsi qu'à la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire pour les deux premiers, et à la commission des affaires économiques pour le troisième.

4

CANDIDATURE À UNE COMMISSION

Mme la présidente. J'informe le Sénat que le groupe Les Républicains a fait connaître à la Présidence le nom du candidat qu'il propose pour siéger à la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale, en remplacement de M. Jean-Patrick Courtois, démissionnaire d'office de son mandat de sénateur.

Ces candidatures ont été publiées et les nominations auront lieu conformément à l'article 8 du règlement.

5

CANDIDATURE À UNE DÉLÉGATION SÉNATORIALE

Mme la présidente. J'informe le Sénat que le groupe Les Républicains a fait connaître à la présidence le nom du candidat qu'il propose pour siéger à la délégation à la prospective, en remplacement de M. Jean-Patrick Courtois, démissionnaire d'office de son mandat de sénateur.

Cette candidature va être publiée et la nomination aura lieu conformément à l'article 8 du règlement.

6

MISE AU POINT AU SUJET D'UN VOTE

Mme la présidente. La parole est à M. Georges Labazée.

M. Georges Labazée. Madame la présidente, hier soir, lors du scrutin n° 204 sur l'amendement n° 9 rectifié, M. Didier Guillaume a été comptabilisé comme ayant voté contre, alors qu'il souhaitait voter pour.

Mme la présidente. Acte vous est donné de cette mise au point, mon cher collègue. Elle sera publiée au *Journal officiel* et figurera dans l'analyse politique du scrutin.

7

MALADES ET PERSONNES EN FIN DE VIE

Suite de la discussion d'une proposition de loi dans le texte de la commission

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la suite de discussion, dans le texte de la commission, de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (proposition n° 348, texte de la commission n° 468, rapport n° 467, avis n° 506).

Dans la discussion des articles, nous poursuivons l'examen des amendements tendant à insérer des articles additionnels après l'article 2.

Articles additionnels après l'article 2 (suite)

Mme la présidente. L'amendement n° 36 rectifié *ter*, présenté par M. Cadic, Mmes Garriaud-Maylam et Jouanno et MM. Canevet, Cantegrit, Fouché, Guerriau, Longeot, Maurey et Médevielle, est ainsi libellé :

Après l'article 2

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 1110-9 du même code, il est inséré un article L. 1110-9-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-9- – Est réputée décédée de mort naturelle en ce qui concerne les contrats où elle est partie la personne dont la mort résulte d'une aide active à mourir mise en œuvre selon les conditions et procédures prescrites par le code de santé publique. Toute clause contraire est réputée non écrite. »

L'amendement n° 88 rectifié *bis*, présenté par Mme David, M. Abate, Mmes Assassi et Beaufils, MM. Billout, Bocquet et Bosino, Mmes Cohen et Cukierman, MM. Favier et Foucaud, Mme Gonthier-Maurin, MM. P. Laurent et Le Scouarnec, Mme Prunaud et M. Watrin, est ainsi libellé :

Après l'article 2

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 2 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complétée par un article ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-13-...- Il est institué auprès du garde des sceaux, ministre de la justice, et du ministre chargé de la santé, un organisme dénommé "Commission nationale de contrôle des pratiques en matière d'assistance médicalisée pour mourir".

« Il est institué dans chaque région une commission régionale présidée par le préfet de région ou son représentant. Elle est chargée de contrôler, chaque fois qu'une assistance médicalisée pour mourir, ou une sédation profonde et continue jusqu'au décès est mise en œuvre, si les exigences légales ont été respectées. Lorsqu'elle estime que ces exigences n'ont pas été respec-

tées ou en cas de doute, elle transmet le dossier à la commission susvisée qui, après examen, dispose de la faculté de le transmettre au procureur de la République.

« Les représentants de la Commission nationale et des commissions régionales suscitées exercent leur mandat à titre gracieux. Les frais liés aux déplacements et au fonctionnement des commissions sont à la charge des représentants.

« Les règles relatives à la composition ainsi qu'à l'organisation et au fonctionnement des Commissions susvisées sont définies par décret en Conseil d'État. »

Madame la ministre, monsieur le président de la commission, messieurs les rapporteurs, mes chers collègues, il me semble que ces deux amendements n'ont plus d'objet, après le rejet, hier soir, des amendements n°s 33 rectifié *ter* et 81 rectifié *bis*, des mêmes auteurs, qui visaient à créer respectivement une « aide active à mourir » et une « assistance médicalisée pour mourir ».

Monsieur Maurey, l'amendement n° 36 rectifié *ter* est-il maintenu ?

M. Hervé Maurey. Non, madame la présidente, je le retire.

Mme la présidente. L'amendement n° 36 rectifié *ter* est retiré.

Madame David, l'amendement n° 88 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Annie David. Madame la présidente, je me proposais justement de le retirer. Comme vous l'avez fort bien expliqué, cet amendement était la suite logique des amendements qui visaient à créer un nouveau droit, dont nous avons débattu cette nuit, et ce de façon très intense. De fait, la commission que nous appelions de nos vœux pour contrôler et éviter toute dérive dans l'application de ce nouveau droit, que la Haute Assemblée a rejeté, n'a donc plus lieu d'être.

Je retire donc l'amendement n° 88 rectifié *bis*.

Mme la présidente. L'amendement n° 88 rectifié *bis* est retiré.

Article 3

① Après le même article L. 1110-5, il est inséré un article L. 1110-5-2 ainsi rédigé :

② « Art. L. 1110-5-2. – Une sédation profonde et continue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

③ « 1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable, dont le pronostic vital est engagé à court terme et qui présente une souffrance réfractaire à tout autre traitement, exprime la volonté d'éviter toute souffrance ;

④ « 2° Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et sauf si ses directives anticipées s'y opposent, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie au titre de l'obstination déraisonnable et que la souffrance du patient est jugée réfractaire.

⑤ « À l'initiative du médecin et dans le cadre d'une procédure collégiale telle que celle visée à l'article L. 1110-5-1, l'équipe soignante vérifie préalablement que les conditions d'application prévues aux deux alinéas précédents sont remplies.

6 « À la demande du patient, la sédation profonde et continue est mise en œuvre à son domicile, dans un établissement de santé ou un établissement visé au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

7 « L'ensemble de la procédure suivie est inscrite au dossier médical du patient. »

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, nous allons aborder l'un des points centraux de ce texte : l'introduction dans notre droit de la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

Je souhaite apporter quelques clarifications afin qu'il n'y ait pas d'incompréhension entre les uns et les autres. Le président Retailleau a bien marqué les différentes interprétations auxquelles les dispositions de l'article 3 pouvaient donner lieu. Est-ce le droit de dormir jusqu'à la mort, comme nous l'a dit le président du Comité consultatif national d'éthique, ou est-ce une euthanasie qui n'ose pas dire son nom ?

Le texte voté par l'Assemblée nationale pouvait sembler porter cette ambiguïté. Le terme « inutilement », s'agissant de la prolongation de la vie, était notamment particulièrement mal venu.

De même, les dispositions de l'article 3 pouvaient laisser penser que l'on ouvrait une porte vers le suicide assisté quand l'arrêt volontaire des traitements entraînait la remise en cause du pronostic vital, puisque la mise en place de la sédation profonde et continue paraissait automatique.

Ces ambiguïtés figuraient dans le texte de l'Assemblée nationale, mais elles ne sont plus dans le texte du Sénat, car la commission des affaires sociales a supprimé le terme « inutilement » et, surtout, a subordonné la mise en œuvre de la sédation profonde et continue à une condition essentielle, majeure même : le patient doit être atteint d'une souffrance « réfractaire à tout autre traitement ».

Il faut donc avoir tout tenté, et je dis bien « tout », pour apaiser la souffrance. Si rien n'a été efficace, alors, il reste une dernière forme de prise en charge du malade, qui est la sédation profonde et continue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt des traitements.

La sédation profonde et continue, j'y insiste, c'est la dernière solution proposée par les soins palliatifs, si tout le reste a échoué. Elle concernera donc un petit nombre de cas : ce sont des personnes dont « le pronostic vital est engagé à court terme », c'est-à-dire celles et seulement celles qui vont mourir dans les heures qui suivent ou dans les tout prochains jours.

Je note que, parlant du texte de la commission des affaires sociales, M. Emmanuel Hirsch, que j'ai l'habitude de citer, publie ce matin dans le *Huffington Post* une tribune où il développe l'analyse suivante : « Pour les sénateurs, il ne saurait être envisageable de légitimer le suicide médicalement assisté, voire l'euthanasie. Seules les situations extrêmes en fin de vie, particulièrement les souffrances réfractaires, justifient une avancée législative dans un cadre limitatif, celui de la sédation profonde. »

Si l'on a tout tenté en matière de soins palliatifs, mais que subsistent des souffrances réfractaires à tout traitement, il est alors possible, si et seulement si la personne est consciente et qu'elle le souhaite, de mettre en place la sédation profonde et continue.

Pour les personnes qui sont hors d'état d'exprimer leur volonté, les directives anticipées doivent primer et, à défaut, l'analyse faite par le médecin pour déterminer si la prolongation des traitements relève de l'obstination déraisonnable. On retombe alors sur les prévisions de la loi Leonetti.

Mes chers collègues, d'où nous vient cette sédation profonde et continue jusqu'au décès ? M. Gilbert Barbier nous a dit, lors de la discussion générale, que cette notion venait de ceux qui, à l'Assemblée nationale, souhaitent l'euthanasie. (*M. Charles Revet opine.*) Peut-être, mais la sédation profonde et continue ne leur appartient pas. Elle est une pratique ancienne et codifiée par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, qui soutient ce texte. Elle n'est en aucun cas une euthanasie.

Certes, si une personne en bonne santé fait l'objet d'une sédation profonde et continue, elle va mourir, à terme, mais il s'agira alors d'un homicide, comme le fait de lui faire subir inutilement une radiothérapie. Il n'est question, dans le texte de la commission des affaires sociales, que des personnes pour lesquelles on a tout essayé, sans parvenir à apaiser leurs souffrances. Pour ces personnes en toute fin de vie, il n'y a pas d'autre choix que la sédation profonde et continue.

Mais, me direz-vous, comment aurons-nous la garantie que tout a été essayé ? Je vous rappelle nos votes d'hier, à l'occasion desquels nous avons réaffirmé le principe, introduit dans notre droit en 1999, de l'accès pour tous, sur l'ensemble du territoire, aux soins palliatifs : soit cette proclamation ne servait à rien, soit ce principe garantit que l'on aura tout essayé, car les équipes soignantes, qui ont une obligation de moyens, mettront effectivement tout en œuvre.

Nous avons également atteint dans la nuit un consensus sur la situation particulière de l'hydratation artificielle, ce qui constitue également une garantie importante pour les conditions de mise en œuvre de la sédation profonde et continue.

Enfin, notre collègue François Pillet, au nom de la commission des lois, a déposé un amendement visant à apporter des précisions utiles, sur lequel la commission des affaires sociales a émis un avis de sagesse.

Nous aurons un débat technique sur ce qu'est la sédation profonde et continue, un débat sur les principes, sur les valeurs, un débat de conscience aussi, sur la manière souhaitable de finir ses jours. Quoi qu'il en soit, le texte de la commission des affaires sociales apporte des garanties fortes que nos votes d'hier ont encore renforcées et la sédation profonde et continue jusqu'au décès est déjà une pratique bien définie des soins palliatifs.

Alors, me direz-vous, si cette pratique existe déjà, à quoi cette disposition sert-elle donc ? Elle sert à diffuser à l'ensemble du territoire les meilleures pratiques en matière de soins palliatifs pour une catégorie de personnes tout à fait particulière : les malades dont le pronostic vital est engagé à court terme et qui endurent une souffrance réfractaire ne pouvant être apaisée par aucun autre traitement.

Nous sommes évidemment tous attachés à l'égalité des individus face à la mort. D'aucuns voudraient ouvrir un droit à l'euthanasie aux personnes auxquelles l'article 3 s'adresse. Nous proposons d'offrir la diffusion des meilleures

pratiques de soins palliatifs. Ce n'est peut-être pas une révolution dans les formes de prise en charge – nos rapporteurs n'ont pas le profil de révolutionnaires! –, mais je pense que c'est déjà beaucoup et que c'est bien. À l'inverse, si l'on change le texte au point qu'il ne propose plus de solution réelle pour ces personnes, nous ouvrirons – vous ouvrirez! –, je le pense, la voie à l'euthanasie. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains et de l'UDI-UC.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilbert Barbier, sur l'article.

M. Gilbert Barbier. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, M. le président de la commission des affaires sociales vient de faire preuve d'un véritable acharnement thérapeutique dans ses efforts pour essayer de défendre l'indéfendable! (*Exclamations sur certaines travées du groupe socialiste et républicain et sur quelques travées de l'UDI-UC.*)

Avec l'article 3, nous entrons dans le cœur de cette proposition de loi. Depuis hier, nous avons eu à débattre de nombreux points importants, sans nul doute, comme la nécessité d'ouvrir l'accès aux soins palliatifs à l'ensemble des malades en phase terminale d'un processus évolutif pour lequel, à l'évidence, aucun traitement n'est possible.

L'article 3 définit les situations dans lesquelles peuvent être mises en place des procédures visant à permettre la mise en route d'un traitement de sédation en faveur des patients qui auront exprimé d'une façon précise leur refus de l'obstination déraisonnable, ainsi qu'aux malades dans l'incapacité d'exprimer leur volonté. Chacun de ces cas va faire l'objet de modifications proposées par les uns et les autres.

Au cours de la nuit dernière, nous avons pu constater qu'il existait des divergences profondes, liées à des conceptions différentes, entre les partisans d'une autonomie totale de l'individu et de son pouvoir décisionnel et ceux qui considèrent que légaliser dans notre pays le « faire mourir » ou l'assistance au suicide est contraire à notre conception de la société.

Une fois que nous aurons défini les conditions dans lesquelles un acte clinique doit ou peut intervenir, reste à déterminer la nature de cet acte.

Dans le texte initial de leur proposition de loi, que je vous invite à relire, mes chers collègues, Alain Claeys et Jean Leonetti prévoient la mise en place d'un traitement à visée sédative et antalgique provoquant une altération profonde et continue de la vigilance jusqu'au décès. Je suis d'accord avec cette position.

Pour les auteurs de cette proposition de loi, il n'est donc nullement question de « sédation profonde et continue ». L'expression ne figure pas dans leur texte. C'est d'ailleurs sur cette base que la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a débattu pendant de très longues heures, sans que cette approche soit remise en cause. Mais, en séance publique, avec l'adoption du fameux amendement n° 76, déposé par un certain nombre de députés socialistes, la donne a été bouleversée, faisant basculer cette proposition de loi dans l'inacceptable.

En effet, pour les soignants, une sédation profonde et continue, dans sa détermination précise sur le plan clinique – c'est-à-dire un stade 5 et 6 dans l'échelle de Ramsay –, nécessite à tout le moins une assistance respiratoire permanente. De par la loi, cette sédation profonde et continue, qui peut être réclamée par le patient, ne peut plus être considérée

comme une pratique médicale qui cherche à soulager le malade, mais comme une façon de provoquer ou de précipiter la mort.

Je pense que les auteurs de cet amendement, qui se sont tous montrés favorables, lors de la discussion à l'Assemblée nationale, à une légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté, ont trouvé, grâce à cette formulation, une présentation acceptable aux yeux de quelques-uns et une alternative « technique » qui permet de contourner le refus exprimé majoritairement, et hier soir encore par notre assemblée. Je suis frappé par l'idée qu'il puisse s'agir d'une sorte de compromis, de consensus, entre partisans et adversaires de l'euthanasie.

Une sédation profonde et continue sans assistance respiratoire provoque la mort dans un très bref délai. En revanche, une sédation bien dosée qui permet de supprimer la perception de la douleur – telle est la raison d'être des antalgiques –, mais aussi du symptôme réfractaire que l'on évoque dans ce cas, est un acte médical délicat. Vouloir imposer des doses, en précisant que sont visés les stades 5 et 6, sans laisser une certaine capacité de jugement au médecin ou à l'équipe soignante, n'est pas acceptable.

Supprimons de ce texte les deux adjectifs « profonde » et « continue », ou atténuons-en la portée et nous répondrons, je le pense, au souhait de l'immense majorité de nos concitoyens.

Mme la présidente. Veuillez conclure, mon cher collègue.

M. Gilbert Barbier. Je conclus, madame la présidente.

L'euthanasie et le suicide assisté ne peuvent être assimilés à des actes médicaux. La sédation profonde et continue nous conduit à une confusion entre une action médicale à visée soignante et un moyen technique de faire mourir. Une sédation souhaitée, nécessaire, possible, d'accord! Une sédation profonde et continue imposée aux soignants, non!

Mme la présidente. La parole est à Mme Dominique Gillot, sur l'article.

Mme Dominique Gillot. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, en matière de santé publique, des lois successives interviennent qui visent, à chaque fois, à préciser les droits des malades et la relation entre le médecin et le patient.

La loi relative aux droits des malades, en 2002, a introduit le droit du malade à l'information et au consentement aux soins, pour lutter contre l'acharnement thérapeutique. Puis ce fut la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie, en 2005, qui a encadré les décisions médicales concernant la fin de vie et qui visait à combattre l'« obstination déraisonnable ». Aujourd'hui, nous débattons d'un texte qui ambitionne la création de nouveaux droits pour les malades en fin de vie. En 2002, on prenait en considération les malades, aujourd'hui, on ne s'attacherait qu'aux patients en fin de vie. Est-ce vraiment un progrès?

Il s'agit de ne pas poursuivre des soins jugés inopérants, inutiles, au regard de l'état du malade et d'ouvrir la possibilité de mettre en œuvre – je cite le texte de notre commission – « une sédation profonde et continue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt des traitements de maintien en vie ». L'Assemblée nationale était plus précise, M. Barbier l'a rappelé, en indiquant que cette sédation pouvait s'administrer, à la demande du patient, pour « éviter toute souffrance » et « ne pas prolonger inutilement sa vie ».

Si ce traitement, décidé par le médecin constatant qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne en phase avancée ou terminale, peut avoir pour effet d'abrèger sa vie, le médecin doit en informer le malade ou la personne de confiance. La rédaction de l'Assemblée nationale donnait la décision au malade, et non pas au médecin. Le tout était assorti d'un certain nombre de précisions sur l'expression et le recueil de la volonté du patient, sous forme de directives anticipées opposables aux soignants.

Jean-Claude Ameisen avait observé, dans un rapport rendu avant la rédaction de cette proposition de loi, que la loi du 22 avril 2005 définissait davantage les droits et devoirs des médecins que les droits des personnes malades. J'espère que le texte qui sortira de nos débats permettra bien un rééquilibrage.

Au fil des années, la médecine, qui a fait de grands progrès, a petit à petit accepté de partager non seulement son diagnostic, mais aussi sa décision, son pouvoir, que ce soit devant l'évidence de son impuissance à faire reculer la maladie ou à la demande de ceux qui l'implorent. Cependant, dans son ensemble, elle n'est pas prête à aider à cet évitement de l'agonie que voudraient certains, ceux qui réclament un traitement particulier qui les ferait doucement trépasser, sans heurt ni violence, subrepticement, quand c'est la seule issue envisageable.

En effet, ces jours d'agonie après l'arrêt des traitements sont insupportables, pour les proches, à coup sûr, pour le patient lui-même, certainement, pour les équipes soignantes, sans aucun doute, en particulier lorsqu'il s'agit d'un patient jeune, pas encore affaibli par des années de maladie incurable ni vidé de sa sève par l'âge. Il est des patients dont la fin de vie est souhaitée, résolue par l'ensemble des procédures garantissant le respect des directives du malade, de sa personne de confiance ou de sa famille, mais dont le corps n'est pas prêt à trépasser. Le simple arrêt de l'alimentation et de l'hydratation ne suffit pas à déclencher la mort.

Est-il « humainement » envisageable de proposer d'arrêter l'alimentation – puisque nous avons réglé hier soir la question de l'hydratation – jusqu'à ce que mort s'ensuive, en affamant un corps encore solide dont le cœur est capable de résister longtemps ? Il y a dans cet hémicycle des médecins qui savent comment un organisme résistant réagit à cette situation, même avec une sédation profonde.

Nous avons eu cette nuit de longues explications sur le droit d'arrêter ou non l'hydratation artificielle au regard des conséquences sur l'intégrité du patient. Des patients, des familles souhaitent refuser cette indignité, surtout si le malade résiste aux sédatifs, analgésiques et autres hypnotiques, ce qui n'est pas rare.

Nous disposons tous d'exemples relatés avec honnêteté par les équipes médicales ou les proches qui ont accompagné un mourant pendant des jours et des jours : pour les médecins, une agonie est rarement totalement paisible et agréable à observer ; pour les proches, c'était insupportable, trop dur à vivre, sans commune mesure avec ce à quoi ils s'étaient préparés quand ils ont dit au revoir à leur proche décidé à aller vers la mort.

Or la loi ouvre la voie à la pratique de l'arrêt de l'alimentation – mais plus de l'hydratation, la question a été tranchée cette nuit. Contrairement à ce qui était escompté, la pratique s'était déjà répandue dans différents secteurs de la médecine,

puisque c'est la seule manière légale d'obtenir la mort quand elle ne vient pas et qu'il est estimé souhaitable, à l'extrême bout de la maladie, de hâter la survenue de la fin.

Mme la présidente. Veuillez conclure, ma chère collègue !

Mme Dominique Gillot. Je vous remercie de me laisser terminer, madame la présidente, je conclus bientôt.

La pratique de l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation artificielles est irrecevable socialement. Elle ne correspond pas à l'idée que se font nos concitoyens d'un accompagnement décent du mourant. Logique techniquement, elle est incompréhensible culturellement. Quand la question leur est posée, nos concitoyens ne veulent pas mourir ou faire mourir leurs proches de cette façon.

Face à cette horreur consentie en désespoir de cause, force est de rechercher un autre moyen, un moyen qui permette de faire en sorte que ceux dont on interrompt l'alimentation artificielle meurent avant que quiconque puisse penser qu'ils sont morts d'être affamés. Tel sera l'objet d'un amendement que je défendrai devant vous.

Mme la présidente. La parole est à M. René Danesi, sur l'article, pour cinq minutes précises, mon cher collègue.

M. René Danesi. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, avec l'examen de l'article 3 nous atteignons le cœur de la nouvelle loi sur la fin de vie.

On peut se demander en fait pourquoi il faudrait changer une loi votée, à l'unanimité, il y a tout juste dix ans. Notre débat d'hier a montré que la loi Leonetti est insuffisamment connue dans les milieux médicaux et que les unités de soins palliatifs sont en nombre dramatiquement insuffisant. La réponse simple aurait donc consisté à développer la formation du personnel médical et à augmenter le nombre d'unités de soins palliatifs, malgré leur coût évoqué à plusieurs reprises.

Mais c'eût été sans doute beaucoup trop simple ! Surtout, il y avait une promesse électorale présidentielle à tenir... (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et républicain.*) Alors, on légifère ! Et, comme souvent dans les réformes sociétales, tout est fait en apparence pour tranquilliser, mais c'est pour mieux dissimuler un objectif final qui, lui, a de quoi inquiéter.

Car les débats de cette nuit ont clairement montré que l'introduction par la loi de la « sédation profonde et continue » pour les patients en fin de vie n'est, pour un certain nombre de nos collègues, qu'un cheval de Troie.

Les nombreux amendements déposés par eux cette nuit avec un art consommé du camouflage sémantique visaient à introduire immédiatement et sans délai l'assistance médicale active à mourir, c'est-à-dire le suicide assisté et l'euthanasie.

M. Jean-Pierre Godefroy. Vous auriez dû le dire !

M. René Danesi. En résumé, sédation profonde et continue aujourd'hui ; euthanasie au cas par cas demain ; euthanasie généralisée après-demain. Je refuse de faire le premier pas sur un chemin qui mènerait notre société dans un précipice moral !

Je ne voterai donc ni pour la sédation profonde et continue, détaillée dans cet article 3, ni pour la proposition de loi dans son ensemble, malgré les incontestables clarifications et précisions apportées par les travaux du Sénat.

Le problème n'est pas dans la qualité rédactionnelle de la loi ; il est dans sa raison d'être, que je ne vois pas, ou plutôt que je ne vois que trop bien !

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Bas, sur l'article.

M. Philippe Bas. Madame la présidente, mes chers collègues, les travaux de la nuit dernière ont permis d'avancer sur une voie qui doit être confirmée maintenant, à l'occasion de l'examen de cet article 3.

Si l'on juge opportun de légiférer, question à laquelle je me garde personnellement de répondre par avance de manière positive, il s'agit bien de déterminer ici les conditions dans lesquelles une sédation profonde pourra être mise en œuvre.

Le texte qui nous est soumis fait apparaître une condition commune à tous les cas de figure : il faut que la souffrance soit réfractaire à tout autre traitement. Comme l'a très bien dit le président de la commission des affaires sociales, cela signifie que la sédation profonde fait partie des soins palliatifs, qu'elle en est le stade ultime. Cela signifie aussi que le recours à la sédation profonde ne saurait être autorisé dans les cas où tous les autres traitements n'auraient pas été mobilisés en vue de faire diminuer la souffrance du patient - cet élément étant, de mon point de vue, tout à fait essentiel.

Le Sénat doit se prononcer de la manière la plus claire.

Ceux qui voudraient opposer droit à la sédation profonde et droit aux soins palliatifs font fausse route. La sédation profonde ne peut être que le stade ultime des soins palliatifs quand tout le reste a été utilisé, y compris, d'ailleurs, une forme d'anesthésie complète, qui, elle, ne serait pas sans retour, à la différence de la sédation profonde telle qu'elle est aujourd'hui définie.

Il y a, ensuite, deux cas différents. Pour reprendre des termes qui sont non ceux de la loi mais ceux du français courant, le premier cas concerne les personnes qui sont entrées en agonie. Le mot « agonie », lui, est parfaitement clair. La personne entrée en agonie, qui est consciente et dont la souffrance est réfractaire à tout autre soin palliatif, peut demander la sédation profonde.

L'autre cas, c'est celui du patient qui n'est pas entré en agonie, mais qui est inconscient. On vise ici des patients dans un état végétatif, qui pourraient vivre de nombreuses années, mais qui ne survivent que grâce à la mise en œuvre d'un soutien médical dont la suspension entraînerait immédiatement la mort. Ce cas est particulièrement difficile pour nous : le malade étant inconscient, comment recueillir son consentement « libre et éclairé » ? Nous verrons par la suite l'effort qui est fait pour rechercher l'expression de ce consentement à travers les directives anticipées.

Une autre interrogation est soulevée à juste titre par beaucoup de nos collègues : si le malade peut vivre longtemps, comment faire en sorte que le traitement de ce type de situation ne soit pas une ouverture sur l'euthanasie ?

Pour répondre à l'ensemble de ces interrogations, il est tout à fait essentiel de ne pas prévoir dans la loi une combinaison obligatoire de l'arrêt des traitements de maintien en vie et de la mise en œuvre de la sédation profonde. Car le risque serait alors très grand de recourir à la combinaison des deux pour en faire un moyen d'accélérer volontairement la mort. Cela reviendrait à entrer dans l'inconnu, ce que notre société ne saurait à l'évidence accepter sans hésiter beaucoup.

En ce qui me concerne, je m'y refuserai. C'est la raison pour laquelle je soutiens avec force – vous le comprendrez – l'amendement présenté à la commission des lois par M. François Pillet pour rendre possible la déconnexion entre la sédation profonde et l'arrêt des soins de maintien en vie. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains et de l'UDI-UC.*)

Mme la présidente. Je vous remercie, monsieur Bas, d'avoir respecté votre temps de parole.

La parole est à M. Gérard Roche, sur l'article.

M. Gérard Roche. En ce début d'après-midi, nous sommes vraiment au cœur du sujet et de ce texte difficile.

M. Charles Revet. Tout à fait !

M. Gérard Roche. Mais il faut se méfier des grands principes. Si beaucoup, et j'en connais, sont actuellement, au nom des principes, opposés à la sédation profonde, je suis persuadé que les mêmes, confrontés un jour à des douleurs atroces et réfractaires à tout, seraient les premiers à réclamer une sédation profonde ! Je le dis sans aucune agressivité, mais fort d'une expérience de quarante-cinq années de pratique de la médecine.

Donc, méfions-nous des grands principes, mais faisons confiance aux personnels médicaux et paramédicaux des équipes de soins palliatifs.

Les médecins sont des hommes. Ils ont un cœur, ils ont le sens du devoir, ils ont prêté le serment d'Hippocrate, et tout est dit dans le serment d'Hippocrate : il faut servir et aider à mourir.

Le débat d'aujourd'hui oppose deux types de points de vue, également respectables. Certains ici sont partisans de l'euthanasie ; d'autres, dont je fais partie, sont contre l'euthanasie. Et il va bien falloir décider.

Le président Milon a évoqué les conditions de l'application de la sédation profonde. Gilbert Barbier a mentionné les niveaux 5 et 6 de l'échelle de Ramsay. Nous qui sommes contre l'euthanasie, contre toute dérive euthanasique ultérieure comme le suicide assisté, pouvons y voir un simple acte d'humanité, voire, pour certains d'entre nous, un acte de charité. Mes chers collègues, on n'est pas obligé de souffrir pour mourir, mettons-nous bien cela dans la tête ! (*Applaudissements sur certaines travées du groupe Les Républicains et de l'UDI-UC.*)

La disposition que nous avons votée hier soir à une quasi-unanimité a pour moi valeur de symbole. L'expression, si courante, selon laquelle on « meurt de soif » me paraît ici profondément pertinente. En refusant hier soir l'arrêt de l'hydratation des malades concernés – pour quantité de raisons que j'ai évoquées, avec beaucoup d'autres de mes collègues – nous avons signé ce que nous voulions était tout sauf un acte d'euthanasie, mais simplement un acte d'humanité, un acte de charité.

Il faudra poursuivre la discussion pour bien préciser les conditions dans lesquelles l'application du dispositif sera décidée. Philippe Bas les a rappelées à l'instant : il s'agit d'aider une personne dans ses dernières heures, quand toutes les autres mesures ont échoué. Pour certains, ce sera un passage, pour d'autres, ce sera une fin de vie. Voilà ce que je ressens profondément moi-même et qu'il nous faudra garder présent à l'esprit tout au long de la discussion.

Dans certains cas limites, par exemple, des patients atteints de la maladie de Charcot, maladie dégénérative du tronc cérébral, on peut se poser la question de savoir quand on arrête, s'agissant de sujets jeunes, de quarante-cinq ou cinquante ans, et parfois moins.

Sur des cas particuliers, on ne peut pas déroger à la règle. Nous sommes là pour rendre service aux gens qui meurent dans des douleurs atroces. Il ne faut pas refuser cette possibilité.

Enfin, protégeons les médecins. Je le répète, les médecins sont soumis à des règles déontologiques très exigeantes. Toute leur vie, ils ont pétri la pâte humaine et sa souffrance. Il faut leur faire confiance, mais il faut aussi faire en sorte qu'ils soient protégés par la loi. Et la présente loi les protégera! (*Applaudissements sur les travées de l'UDI-UC et sur certaines travées du groupe Les Républicains.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Gaëtan Gorce, sur l'article.

M. Gaëtan Gorce. Dans les propos qui viennent d'être tenus, un principe a été oublié: je veux parler de la volonté du malade, de la volonté du patient. Or, c'est sur cette volonté que l'ensemble de notre droit s'est construit depuis maintenant une quinzaine d'années: la loi de 1999, la loi de 2002 et la loi de 2005, dite « loi Leonetti », qui a été votée à l'unanimité par l'Assemblée nationale.

Je l'ai dit hier, j'ai présidé la commission spéciale qui a mené les travaux sur ce texte. Je sais très exactement ce que nous souhaitons faire à l'époque et qui me semble rester aujourd'hui parfaitement d'actualité dans le débat que nous avons.

J'entends dans certaines expressions l'idée qu'il y aurait, d'un côté, les partisans de l'euthanasie et, de l'autre, ses adversaires. Je le dis très sincèrement, et en respectant les points de vue de chacun, c'est se payer de mots que de présenter ainsi le débat. En effet, on le sait bien, dans la réalité, cette frontière n'existe pas. On l'a vu lors de la discussion de la loi de 2005, quand on a voulu séparer la notion de « faire mourir » et la notion de « laisser mourir », cela n'a pas fonctionné, parce que les choses ne se passent pas ainsi.

La loi de 2005, dont l'esprit trouve un approfondissement dans la présente proposition de loi, prévoit que, lorsqu'une personne souhaite l'arrêt d'un traitement – c'est le cas que nous avons prévu en dehors de l'obstination déraisonnable ou de la personne inconsciente –, le médecin doit répondre à cette demande.

Le patient est, par hypothèse, en phase terminale d'une maladie grave et incurable – ce sont les critères que l'on retrouve dans les textes du monde entier lorsque l'on aborde ces sujets – et demande l'arrêt du traitement. On doit alors accéder à sa demande. Il est précisé que l'ensemble des dispositions nécessaires doivent être prises pour que le patient puisse s'éteindre sans souffrance, ce qui va de soi, étant donné les obligations légales et morales des médecins.

Cela signifie que la question de la sédation était posée dès l'origine et que, à aucun moment – sauf à ne pas vouloir appliquer la loi comme elle devait l'être –, on ne pouvait envisager de laisser mourir un malade par l'interruption de l'alimentation artificielle, par exemple, sans le soulager, si c'était susceptible de créer des souffrances.

Le débat que nous avons eu hier soir sur la question de l'hydratation a d'ailleurs permis d'éclairer pour une part ce débat.

À partir du moment où cette sédation peut intervenir – et la loi de 2005 a précisé la notion de double effet, c'est-à-dire une sédation qui est là pour soulager, mais qui peut avoir des conséquences indirectes, notamment la mort – on avait déjà, d'une certaine manière, brouillé la frontière. Qu'est-ce qui provoque la mort? Est-ce l'arrêt du traitement? Est-ce la maladie ou la sédation? Qui peut le dire, en réalité?

La réponse est d'autant plus délicate que ces différents actes sont souvent pratiqués par les mêmes personnes. La réalité, on l'a dit précédemment, c'est que l'on fait tout pour respecter la volonté du patient, pour lui éviter une souffrance que l'on estime injuste ou inutile – telle est, en effet, la question principale, celle qui compte, et non le débat de principe que nous pouvons avoir. Pour parvenir à ce résultat, on est forcé de mobiliser différents moyens qui aboutissent à la situation que nous savons, la mort du malade.

Cessons de nourrir des fantasmes quant à l'idée qu'il y aurait ceux qui veulent installer l'euthanasie et ceux qui voudraient s'y opposer. Dans la réalité, la question ne se pose pas en ces termes.

On peut évidemment contester, et cela s'entend souvent, l'existence d'un « droit à mourir ». C'est une proposition qui a été faite à l'Assemblée nationale et que certains défendent ici. Cette idée peut être contestable, elle peut être acceptée, c'est le propre du débat que d'opposer les points de vue. Mais cela n'a rien à voir avec ce dont nous parlons en ce moment! L'enjeu de notre discussion est de nous donner les moyens d'aller jusqu'au bout pour faire en sorte que ce que nous avons décidé en 2005, ici, au Sénat, et qui avait été voté à l'unanimité à l'Assemblée nationale, puisse trouver sa pleine application.

D'ailleurs, pour les médecins, pour le professeur Sicard, dans le rapport qu'il a rendu en 2012, comme pour les auteurs de la proposition de loi, l'idée que la sédation devait être profonde et continue dès lors qu'il y avait arrêt du traitement était acquise. Quand j'ai pris connaissance de la proposition de loi d'Alain Claeys et de Jean Leonetti, avec lequel j'ai longtemps travaillé, j'ai eu le sentiment qu'il ne s'agissait que de consacrer par écrit ce qui était déjà l'esprit de la loi et que nous considérions comme acquis.

C'est aujourd'hui précisé, et tant mieux.

La sédation a même été élargie à un cas nouveau: la situation d'agonie, évoquée précédemment par Philippe Bas. D'une certaine manière, c'est un progrès. On est en effet toujours dans le même esprit: il s'agit d'alléger la souffrance d'une personne qui va inéluctablement mourir.

La question n'est donc pas de savoir si l'on franchit une barrière morale, la société s'autorisant à assassiner et à tuer. Non, mes chers collègues, la société se donne les moyens de répondre à une demande, comme c'est notre obligation morale. En conséquence de quoi, nous créons l'obligation juridique de répondre. Si nous ne le faisons pas, nous entretenons la souffrance du patient et le malheur de son entourage. Ayons ces éléments à l'esprit!

Je recommande à mes collègues qui répètent, depuis hier soir, que cette loi pourrait nous entraîner dans une dérive euthanasique, ou que sais-je encore, de ne pas s'enfermer

dans des fantasmes ou des débats idéologiques inutiles. L'objectif de cette proposition de cette loi est d'apporter des solutions concrètes !

Nous aurions d'ailleurs pu, de mon point de vue, aller un peu plus loin. C'est la raison pour laquelle j'ai défendu, hier, la notion d'exception. Quoi qu'il en soit, même dans sa rédaction actuelle, il faut soutenir ce texte.

Mme la présidente. Il faut conclure, mon cher collègue !

M. Gaëtan Gorce. Je redoute que les amendements défendus, notamment ceux de la commission tendant à supprimer l'intervention de la sédation en cas d'arrêt des traitements, n'amorcent d'ores et déjà un recul. Ce serait dommage, alors même que la loi commence tout juste à pénétrer les esprits, certes insuffisamment. Il faut au contraire insister, développer cette culture et faire en sorte que le souci d'apporter des réponses concrètes progresse. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Amiel, corapporteur.

M. Michel Amiel, corapporteur de la commission des affaires sociales. Nous l'avons dit la nuit dernière, cette proposition de loi est faite pour les patients qui vont mourir, et non pour ceux qui veulent mourir.

La sédation profonde et continue est un acte thérapeutique qui fait partie de l'arsenal des soins palliatifs. J'en veux pour preuve cette recommandation de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs : « La plupart des auteurs réservent la mise en œuvre d'une sédation profonde maintenue jusqu'au décès aux patients dont la mort est attendue dans un bref délai, généralement de quelques heures à quelques jours ». Je rappelle que cette mention a été labellisée par la Haute Autorité de santé.

La sédation profonde et continue ne constitue en aucun cas un acte d'euthanasie, pas plus qu'un cheval de Troie pouvant déboucher sur l'euthanasie. Il me paraît tout à fait essentiel de le rappeler.

Essayons de sortir des débats philosophiques, religieux, spirituels, voire juridiques, pour nous placer simplement en situation médicale, comme l'a fait mon collègue et confrère Gérard Roche.

Que se passe-t-il au lit du patient en fin de vie, sujet à des douleurs réfractaires, lorsque le corps médical – Alain Milon a évoqué cette situation – a épuisé toutes les possibilités ?

Il ne s'agit ni de hâter la mort, ni de précipiter les événements, ni d'expédier d'un revers de main cette mort que la société ne veut plus accepter, et que certains sociologues anglo-saxons qualifient même de « pornographique » ! Il s'agit simplement, dans un dernier acte d'humanité, d'accompagner le patient, lequel n'est pas « obligé d'assister au drame tragique de sa mort », pour reprendre l'expression du professeur Aubry.

Certaines personnes souhaitent, pour des raisons philosophiques, morales ou religieuses, assister jusqu'au bout à leur fin de vie. Mais nous savons tous que tel n'est pas, dans nos sociétés, le souhait de la majorité.

Douleur réfractaire, fin de vie, toute fin de vie : il ne s'agit pas d'accéder à des demandes philosophiques ou existentielles de personnes souhaitant se supprimer. Nous voulons simplement donner la possibilité à ces patients d'être accompagnés jusqu'au terme de leur vie, en toute humanité.

Il faut revenir au texte. Celui-ci réalise, me semble-t-il, un bon équilibre entre le droit du patient et ce que certains ont appelé « le pouvoir médical » ou, pour utiliser une expression atténuée, « le savoir médical ».

Certes, le patient doit être accompagné en toute humanité, mais il faut aussi que le médecin et le corps médical soient protégés lorsqu'ils accomplissent ces actes d'accompagnement de la fin de vie. Voilà en quoi cette proposition de loi est parfaitement équilibrée.

D'aucuns proposaient de conserver le mot « sédation », mais de supprimer les adjectifs « profonde et continue ». Arrêtons l'hypocrisie... Nous savons que, dans la vraie vie – c'est le cas de le dire ! –, lorsqu'un patient vit ses derniers moments, le corps médical est obligé d'utiliser ces substances, parfois à des doses élevées, tant la souffrance devient insupportable.

Je parle bien de souffrance, et non pas seulement de douleur physique, cette dernière pouvant être soulagée par l'administration d'antalgiques tels que la morphine. Par « souffrance », on entend aussi l'agitation, cette détresse de fin de vie que les praticiens connaissent si bien et qui peut se manifester juste avant le sommeil, au moment de l'endormissement. Lorsque celle-ci survient, les médecins sont bien obligés d'utiliser la sédation.

Oui, lors des derniers instants, une sédation est nécessaire, profonde et continue ! C'est dans cet esprit que, selon moi, ce texte, doit être voté en l'état.

Philippe Bas l'a rappelé, notre collègue François Pillet a présenté un amendement décisif, lequel tend à dissocier l'arrêt du traitement – je rappelle à cet égard que nous avons réintroduit dans le texte, la nuit dernière, la possibilité de maintenir l'hydratation – et la sédation profonde.

Dans quelle mesure la société peut-elle permettre au patient de décider de sa fin de vie sans transgresser l'interdiction de l'euthanasie ? Honnêtement, je le dis en toute conscience, nous ne sommes pas, avec ce texte, dans le domaine de l'euthanasie.

Nous avons supprimé l'expression « prolonger inutilement la vie », trop ambiguë, certains ayant trouvé qu'elle laissait entendre qu'il y aurait des vies inutiles. Ce n'est pas du tout l'esprit de ce texte ! C'est, bien sûr, à la prolongation de la vie que se rapportait le terme « inutile », et non à la vie elle-même. Il était bon de lever cette ambiguïté.

Nous avons également essayé de centrer le texte sur deux hypothèses : lorsque le patient est conscient et peut faire part de ses choix, de ses directives, et lorsqu'il a perdu la faculté de le faire.

Je le répète, ce texte est équilibré. Il s'agit non pas de donner au patient le droit de disposer de sa vie n'importe comment, dans n'importe quelles circonstances, mais de lui permettre de ne pas souffrir et de ne pas assister à sa fin de vie. C'est un droit fondamental, que certains appelleront le « droit à la dignité », mais qui est aussi tout simplement un droit d'humanité.

Le pouvoir médical doit accompagner la fin de vie au moyen des techniques que connaissent les médecins, mais aussi veiller à ce que cet acte thérapeutique qui, comme le rappelait Alain Milon, est rarement pratiqué, soit encadré juridiquement.

Il arrive bien souvent, en particulier dans les unités de soins palliatifs, que des médecins au fait de ces pratiques parviennent à améliorer l'état des malades en recourant à une sédation qui ne soit pas profonde ou à des antalgiques. Vient cependant un moment, par exemple, comme le disait Gérard Roche, lorsque le patient souffre de pathologies aussi terribles que la maladie de Charcot, où il faut bien utiliser des substances plus lourdes.

Pour autant, j'y insiste, ces pratiques sont thérapeutiques, et en aucun cas euthanasiques. (*Applaudissements au banc des commissions.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Leleux, sur l'article.

M. Jean-Pierre Leleux. À ce stade du débat, chacun cherche au fond de sa conscience les éléments qui lui permettront de se prononcer en faveur, ou non, de la sédation profonde et continue. Nous essayons de faire converger nos réflexions, et chaque intervention permet d'apporter un éclairage sur ce cheminement que nous sommes en train de faire.

Un point me trouble encore.

Je vous ai écouté attentivement, monsieur le rapporteur : la sédation ne pourra être décidée que lorsque tous les autres dispositifs auront échoué, à condition que le patient soit sujet à des souffrances réfractaires et que son pronostic vital soit engagé à court terme.

Nous sommes donc à la croisée des chemins. Je souhaite, monsieur le rapporteur, que vous m'apportiez un éclaircissement.

La sédation, dont on a dit qu'elle tendait à faire disparaître la perception d'une situation insupportable, est déjà pratiquée en vertu du droit des patients à être soulagés. Mais, jusqu'à présent, il s'agissait d'un droit à une sédation ponctuelle et intermittente.

On le sait, lorsqu'elle est accentuée, la sédation peut avoir un effet secondaire. C'est le « double effet ». Mais, avec la sédation profonde et continue jusqu'au décès, il s'agit non plus d'assumer un effet secondaire, qui est la survenue de la mort, mais bien d'en assurer la pleine réalisation.

Ce double effet, qui était acceptable et permettait une alternance entre le sommeil et le contact avec la vie, se transforme donc, à mon sens, en une double intentionnalité. Il n'y a plus d'effet subsidiaire, la mort, mais une volonté de donner la mort. Il s'agit, simultanément, de soulager la douleur potentielle, avérée, et, avec la même force, d'accélérer la mort.

Ce passage du double effet à la double intentionnalité me gêne. J'aimerais quelques précisions complémentaires sur ce sujet.

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Chasseing, sur l'article.

M. Daniel Chasseing. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, Gaëtan Gorce a bien expliqué ce qu'il en était de l'excellente loi Leonetti. Permettez-moi d'en citer un passage : « Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. » Ce texte a également introduit dans le code de la santé publique, à l'article L. 1110-10, la définition suivante : « Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus [...]. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

Quand il est décidé d'arrêter les traitements d'un patient en fin de vie – je ne parle pas de l'hydratation –, on lui administre des médicaments sédatifs et antalgiques. S'il est nécessaire d'augmenter les doses et si cela a des effets secondaires, la loi prévoit qu'il faut l'indiquer au malade, à sa famille ou à toute autre personne choisie.

Lorsque le malade n'est pas soulagé, malgré une augmentation du traitement sédatif et antalgique, se pose la question de la sédation.

La sédation profonde et continue pose problème à certains, du fait de ses effets secondaires. Or on peut parvenir à une sédation moyenne en accompagnant le patient et en l'hydratant, sans que celui-ci souffre de troubles respiratoires.

Il conviendrait donc de prévoir, dans cette proposition de loi, la possibilité de doser la sédation profonde et continue, afin qu'elle soulage le malade sans lui causer de tels troubles.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Amiel, corapporteur.

M. Michel Amiel, corapporteur. Mon cher collègue, vous avez parlé d'effet secondaire : la mort n'est pas un effet secondaire ! Il convient de parler de « double effet ».

Aux termes de l'article 4 de la proposition de loi, que nous examinerons bientôt, le médecin doit informer le patient que le traitement qu'il lui administre peut avoir pour effet d'abrèger sa vie. Il ne s'agit en aucun cas d'un « effet secondaire ».

Par « effet secondaire », on désigne les conséquences, par exemple au niveau digestif ou cutané, que peut produire un médicament. La mort ne figure pas au nombre de ces effets...

Vous avez parlé, également, de double intentionnalité. Non, mon cher collègue. L'expression « sédation profonde et continue » inclut deux notions : l'intentionnalité et la temporalité.

L'intentionnalité consiste à calmer l'agitation, la souffrance ; c'est le terme général. La temporalité consiste, elle, à accompagner le patient jusqu'au bout et non à provoquer sa mort. On peut d'ailleurs discuter de ce point avec les spécialistes des soins palliatifs : dans certains cas, par la diminution du stress qu'elle entraîne, la sédation peut au contraire provoquer une amélioration de l'état général du patient et prolonger sa vie.

Par conséquent, il ne s'agit en aucun cas d'utiliser la sédation pour accélérer la mort, comme un acte euthanasique. En revanche, il est possible qu'elle ait pour effet d'entraîner la mort, ce qui n'est pas un effet secondaire.

J'en profite pour réagir à l'intervention de Daniel Chasseing : ne jouons pas sur les mots, mais ne jouons pas non plus sur les doses ! Même si, aujourd'hui, la pharmacologie codifie bien les doses en fonction du poids ou de la surface corporelle, nous savons très bien que la même posologie n'entraîne pas les mêmes effets chez les patients et que des doses théoriquement modérées et supportées par certains patients entraîneront la mort chez d'autres. (*M. Daniel Chasseing acquiesce.*)

Nous sommes là au cœur du problème ! Il faut en avoir conscience, sinon on peut considérer la sédation comme un acte euthanasique. Or il s'agit d'un acte thérapeutique, qui vise à soulager la souffrance. Si, dans certains cas, la sédation a pour effet d'entraîner la mort – nous aurons l'occasion d'en reparler à l'article 4 –, ce n'est en aucun cas sa finalité.

J'espère avoir ainsi répondu aux interrogations des uns et des autres.

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

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Madame la présidente, mesdames, messieurs les sénateurs, le présent débat est très fort, très nuancé, et met en lumière les interrogations que suscite cet article important. Je n'ai pas l'ambition de répondre à l'ensemble des interventions, mais je tiens à préciser l'esprit de cette proposition de loi, ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas.

Aujourd'hui, un patient atteint d'un mal incurable peut-il demander l'arrêt de ses traitements? La réponse est oui. Il en est ainsi depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Aujourd'hui, un patient, pour qui l'arrêt des traitements entraîne une très forte souffrance physique ou qui souffre, indépendamment de l'arrêt des traitements, peut-il demander un apaisement, notamment par recours à des procédés de sédation? La réponse est oui. C'est le travail quotidien des équipes de soins palliatifs. Ces dernières parlent d'ailleurs d'aider le patient à « lâcher prise ». En d'autres termes, le patient, confronté à une douleur insupportable, doit être accompagné et aidé pour que sa douleur ne rende pas sa fin de vie insupportable.

Aujourd'hui, donc, le droit actuel permet à un patient de demander à bénéficier de l'arrêt des traitements et de sédations, qui permettront d'accompagner et de soulager les derniers moments de sa vie.

Dans ce contexte, au regard des lois en vigueur, qu'apporte de plus le texte que nous examinons?

Il ne s'agit pas d'introduire une rupture. La sédation peut avoir un effet induit, qui est le décès, mais le décès n'est pas recherché. De ce point de vue, la proposition de loi ne change rien.

Il s'agit non pas d'appliquer la sédation pour le décès, mais, le cas échéant, de l'appliquer jusqu'au décès. C'est une différence de taille! Cela permettra au patient d'être endormi jusqu'au moment où il passera de l'endormissement à la mort. En revanche, je le répète, il ne s'agit pas, par la sédation, de rechercher la mort, même si ce peut être un effet induit.

Tel qu'il a été élaboré, que prévoit ce texte?

En premier lieu, comme le président de la commission des affaires sociales l'a souligné, ce texte permet une organisation et une mise en cohérence des pratiques aujourd'hui observées sur le territoire. Je précise que la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs soutient cette démarche, ce qui montre bien qu'elle ne la distingue pas de la démarche des soins palliatifs et n'y voit en aucun cas une rupture.

Le premier objectif de cette proposition de loi, mesdames, messieurs les sénateurs, c'est bien de coordonner les pratiques palliativistes existantes, de leur apporter davantage de cohérence et de sens.

En second lieu, et c'est un objectif important, ce texte crée un droit nouveau: le patient pourra demander la sédation. Aujourd'hui, dans le colloque singulier qu'il entretient avec l'équipe médicale, il peut déjà le faire, mais la décision est médicale. Si cette proposition de loi est adoptée, le patient aura le droit de demander à bénéficier d'une sédation, dans un cadre précis et dans des conditions déterminées – le

patient est atteint d'une maladie incurable et est au bout du bout de la maladie; le traitement n'existe pas; la souffrance à laquelle le patient est confronté est insupportable.

Voilà la nouveauté ou l'avancée – j'ignore quel est le terme le plus adéquat – de ce texte: il s'agit de se placer du point de vue du patient. L'élément important, ce n'est pas tant la nature des traitements ou des accompagnements qui sont proposés que le fait que le patient a le droit, dans des conditions particulières, de demander à une équipe médicale de bénéficier d'une sédation jusqu'au moment où il mourra.

Ce n'est que cela, rien que cela, mais c'est déjà tout cela. Ce n'est en aucun cas une rupture vers l'euthanasie, mais c'est reconnaître au patient un droit qui n'est pas inscrit aujourd'hui dans la loi.

Telles sont les précisions que je souhaitais apporter pour éclairer ce débat et pour qu'aucune ambiguïté ne subsiste sur la finalité de cette proposition de loi. D'aucuns trouveront peut-être que ce texte ne va pas assez loin; c'est le débat qui a eu lieu la nuit dernière. Reste que ce texte ne contient pas les germes de l'euthanasie ou d'une assistance au suicide. (*Très bien! et applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de trente-trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 114 n'est pas soutenu.

L'amendement n° 6, présenté par M. Revet, est ainsi libellé:

Alinéa 2

Rédiger ainsi cet alinéa:

« Art. L. 1110-5-2. – Une sédation profonde peut être mise en œuvre dans les cas suivants:

La parole est à M. Charles Revet.

M. Charles Revet. Avant de m'expliquer plus avant, madame la présidente, je souhaite rectifier cet amendement en supprimant l'adjectif « profonde ».

Mme la présidente. Je suis donc saisie d'un amendement n° 6 rectifié, présenté par M. Revet, et ainsi libellé:

Alinéa 2

Rédiger ainsi cet alinéa:

« Art. L. 1110-5-2. – Une sédation peut être mise en œuvre dans les cas suivants:

Veuillez poursuivre, mon cher collègue.

M. Charles Revet. Des propos tenus par Jean Leonetti avant que ce texte ne soit examiné par l'Assemblée nationale, j'avais compris que la sédation était un moyen complémentaire pour soulager le patient arrivé au terme de sa vie et faire en sorte qu'il souffre le moins possible. Dans ces conditions, Gilbert Barbier l'a rappelé il y a un instant, la sédation devait être entendue comme un endormissement.

Les débats que nous avons eus hier et que nous poursuivons aujourd'hui m'ont permis, à moi qui ne suis ni médecin ni biologiste, de mieux comprendre les enjeux. J'ai pu mesurer les nuances qui existaient entre les explications de Jean Leonetti et le texte qui nous est soumis.

Hier, à plusieurs reprises, certains collègues ont insisté sur le fait qu'une sédation profonde et continue pouvait pratiquement conduire en quelque sorte à l'asphyxie du patient, alors que la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale est tout à fait différente. C'est la raison pour laquelle l'adjectif « profonde » ne me semble plus opportun.

Puisque la sédation s'appliquera uniquement aux patients arrivés au terme de leur vie ou dont le pronostic vital est engagé à très court terme, pourquoi prendre le risque d'utiliser un médicament qui pourrait aggraver la situation et faire mourir les patients dans des conditions plus terribles encore, alors que la fin est proche et que l'on cherche à atténuer les souffrances ?

Enfin, nous savons bien que des dérives sont possibles.

Mme la présidente. Veuillez conclure, mon cher collègue !

M. Charles Revet. Madame la présidente, je souhaitais expliquer l'état d'esprit dans lequel j'ai déposé cet amendement. Mais j'y reviendrai en explication de vote ! (*Sourires.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 115 n'est pas soutenu.

L'amendement n° 73 rectifié, présenté par MM. Barbier et Collin, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 2

Remplacer les mots :

Une sédation profonde et continue

par les mots :

Une sédation adaptée à l'état physique du patient, et si nécessaire continue,

II. – Alinéa 6

Supprimer les mots :

profonde et continue

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Je ne reprendrai pas la démonstration que j'ai tentée précédemment, mais je souhaite revenir sur la discussion qui l'a suivie.

Madame la ministre, qu'une sédation soit prévue au dosage nécessaire et suffisant pour que le malade soit inconscient et ne souffre pas, nous en sommes tous d'accord - moi le premier -, y compris la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs ; je connais bien Régis Aubry, pour avoir exercé très longtemps au CHU de Besançon avec lui, et nous nous rencontrons très souvent.

Il n'en est pas de même de la sédation profonde. Du reste, madame la ministre, je vous ai écoutée attentivement hier soir et encore aujourd'hui, et par une subtilité de langage remarquable, vous avez toujours parlé de « sédation » et jamais de « sédation profonde », reprenant en cela le texte initial de Jean Leonetti et d'Alain Claeys. Est-ce volontaire ?

C'est pourtant le nœud du problème ! Nous sommes tous favorables à la sédation, y compris Charles Revet, mais je pense que la notion de « sédation profonde » doit être laissée à l'appréciation du corps médical, que l'on cherche à dépouiller d'un certain nombre de prérogatives.

Messieurs les corapporteurs, je tiens à votre disposition le protocole d'utilisation du midazolam en sédation pour détresse en face terminale élaboré et approuvé par l'hôpital de Toulouse. Je l'ai sous les yeux et on y lit les subtilités

d'utilisation de cette molécule ô combien difficile à manier. On ne parle pas de « sédation profonde ». Cet adjectif a été introduit en commission, à l'Assemblée nationale, d'une manière un peu subversive par Gérard Sebaoun, pour qui la sédation se décline en deux stades, la sédation profonde étant comme un état d'inconscience.

Nous sommes bien d'accord, mais à la sédation profonde doit nécessairement être associée une ventilation respiratoire.

Si je suis favorable, comme Mme la ministre, à une sédation, je ne suis pas favorable à une sédation profonde et continue. Telle est la raison pour laquelle j'ai déposé les amendements n°s 73 rectifié et 79, ce dernier étant un amendement de repli visant à supprimer le mot : « profonde ». **Mme la présidente.** L'amendement n° 79, présenté par M. Barbier, est ainsi libellé :

Alinéas 2 et 6

Supprimer les mots :

profonde et

Cet amendement a été précédemment défendu.

L'amendement n° 59 rectifié *bis*, présenté par MM. de Legge, Sido, Reichardt, Morisset, Mandelli, Revet, de Nicolaï, D. Laurent, G. Bailly, B. Fournier, Pierre et Leleux, Mme Imbert, M. Chaize, Mme Gruny, M. de Raincourt, Mmes Canayer et Duchêne, MM. Bizet et Buffet, Mme Cayeux, MM. Trillard et Portelli, Mmes di Folco et Duranton, MM. Huré et Pozzo di Borgo, Mme Des Esgaulx, M. J.P. Fournier, Mme Deromedi, MM. Vasselle, Bignon, Pointereau, Vaspert, Hyst et Mouiller, Mme Mélot, MM. Retaillieu, Charon, Husson, Houel et Gournac, Mmes Debré et Lamure et MM. Kern, Cardoux, Gremillet et Guerriau, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Supprimer les mots :

et continue jusqu'au décès

La parole est à M. Dominique de Legge.

M. Dominique de Legge. Je n'ai pas pris la parole sur l'article, car les termes du débat ont été bien posés par les uns et les autres. Je tiens en revanche à relever une ambiguïté : d'un côté, on nous explique que l'on ne change rien, de l'autre, on nous dit qu'une nouvelle loi est nécessaire. (*M. Jean Desessard rit.*)

Madame la ministre, vous avez dit clairement que, ce qui change aujourd'hui, c'est que l'on crée un droit à demander une sédation. Est-ce à dire que, jusqu'à présent, un malade en fin de vie n'avait pas le droit de la demander ? Je ne le pense pas.

En revanche, vous avez omis de préciser que cela se traduit par l'obligation, pour le corps médical, de mettre en œuvre la sédation – nous reviendrons sur la qualification lors de l'examen d'un autre amendement. Voilà le vrai changement, et il est d'importance !

Nous sommes tous d'accord sur la sédation, ce n'est pas la peine d'y revenir, car la loi actuelle la prévoit. Ce qui nous gêne, c'est qu'elle soit continue jusqu'au décès, c'est-à-dire irréversible. Ce qui nous choque, ce n'est pas que, dans la pratique, elle puisse être continue jusqu'au décès, c'est que la loi la rende obligatoire. Il nous semble qu'il faut accorder de

la souplesse et permettre à l'équipe soignante de mettre en œuvre une sédation, profonde ou non, continue ou non, jusqu'au décès ou non.

Tel qu'il est actuellement rédigé, l'article 3 nous paraît dangereux. En outre, faire figurer une prescription médicale dans la loi créerait un précédent. (*Mme Colette Giudicelli et M. Alain Gournac applaudissent.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 116 n'est pas soutenu.

L'amendement n° 13, présenté par M. Pillet, au nom de la commission des lois, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Après les mots :

analgésie et

insérer les mots :

, sauf si le patient s'y oppose,

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. François Pillet, rapporteur pour avis de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale. Avec cet amendement, nous en arrivons au cœur de notre débat. Les inquiétudes que suscite la sédation profonde et continue traduisent, c'est le moins que l'on puisse dire, la crainte qu'elle puisse être dévoyée et contribue à une dérive euthanasique.

En limitant le recours à la sédation profonde et continue à la demande du patient à des situations de fin de vie et de souffrances réfractaires à tout traitement, la commission des affaires sociales a d'ores et déjà apporté des garanties importantes contre de telles dérives, garanties sur lesquelles les différents orateurs qui la représentent ici se sont exprimés à plusieurs reprises.

L'amendement que je présente au nom de la commission des lois vise à en prévoir une nouvelle. Il tend à rompre le lien indissoluble que l'article 3, tel qu'il est actuellement rédigé, établit entre la sédation profonde et continue et l'arrêt de tous les traitements de maintien de vie.

On peut d'abord s'interroger sur l'opportunité de consacrer ainsi dans la loi une recommandation médicale formulée par les sociétés savantes. Ensuite, et surtout, comment ne pas souligner la contradiction qu'il y a à reconnaître un nouveau droit au patient tout en limitant sa liberté dans l'exercice de ce droit ?

Nous n'avons cessé de dire qu'il fallait absolument, prioritairement, respecter la volonté du patient. La présente proposition de loi concerne les patients qui vont mourir, mais, même si, en vertu d'une autre loi, un jour, elle devait s'appliquer aussi à ceux qui souhaitent mourir, on parlerait encore de la volonté du patient, car c'est elle que l'on veut privilégier.

Or le patient aurait droit de voir ses souffrances apaisées par une sédation profonde et continue à la condition expresse qu'il consente dans le même temps à un arrêt des traitements de suppléance vitale. On lui refuserait donc une telle sédation parce qu'il aurait demandé que son respirateur artificiel ne soit pas débranché ou que son hydratation soit poursuivie pendant son sommeil. Chacun peut mesurer la sécheresse d'une telle alternative : tout ou rien ! Est-ce bien conforme à l'humanité que nous nous efforçons d'instiller dans notre législation sur la fin de vie ?

J'ajoute que, indépendamment de leur effet médical, certains traitements peuvent avoir pour la personne une dimension symbolique forte. Il en va ainsi tout particulièrement de l'alimentation, de l'hydratation, de la respiration : c'est la nourriture que nous mangeons, l'eau que nous buvons, l'air que nous respirons.

N'y aurait-il pas un paradoxe à chercher à apaiser la détresse d'une personne face à sa mort en lui offrant la consolation symbolique d'un sommeil apaisé, mais en lui refusant la certitude de mourir non pas de faim, de soif, ou d'asphyxie, mais seulement de sa maladie ?

Enfin, lier indissolublement sédation profonde et arrêt des traitements vitaux, c'est rendre plus indistincte la frontière entre une mort provoquée par la maladie et une mort due à une autre cause, voire aux conséquences d'un traitement médical. Or c'est précisément cette distinction qui permet d'écarter tout risque de dérive euthanasique.

Par conséquent, afin de redonner force à la volonté de la personne en fin de vie et de lui offrir la consolation symbolique qu'elle souhaite, cet amendement vise à lui permettre de réclamer une sédation profonde et continue tout en refusant l'arrêt de certains traitements ou soins. (*M. Alain Gournac et M. Philippe Bas applaudissent.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 4 rectifié, présenté par MM. Gilles, Vasselle, Grand, Dufaut, de Legge et Saugey, Mmes Cayeux, Grunzy, Deroche et Mélot et M. Houel, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 2

Remplacer les mots :

de maintien en vie

par le mot :

thérapeutiques

II. – Alinéa 4

Rédiger ainsi cet alinéa :

« 2° Lorsque le patient est en phase terminale, mais hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut arrêter tout traitement thérapeutique et mettre en œuvre une sédation profonde et continue, associée à une analgésie, jusqu'au décès, uniquement s'il détient des dispositions anticipées du patient l'y autorisant ou si son pronostic vital est engagé à très court terme.

La parole est à M. Bruno Gilles.

M. Bruno Gilles. Malgré certains propos rassurants, un débat subsiste pour certains d'entre nous entre les traitements de maintien en vie et les traitements dits « thérapeutiques ».

Je propose donc, à l'alinéa 2, de remplacer les mots : « de maintien en vie » par le mot : « thérapeutiques ».

En effet, si l'objectif de notre proposition de loi est de supprimer ou du moins de réduire toute souffrance physique ou morale du patient afin de lui garantir autant que possible une mort apaisée ou digne, il serait utile de corriger cet article pour lever l'ambiguïté entre les traitements de maintien en vie et les traitements thérapeutiques. En effet, l'arrêt des traitements dits « de maintien en vie » est en contradiction avec l'objectif du texte, car l'arrêt d'une aide respiratoire – nous avons beaucoup parlé la nuit dernière de

l'hydratation et de la nutrition artificielles –, dont le but est, au départ, de soulager le patient, vaudrait pour lui des souffrances supplémentaires.

L'alinéa 4 prévoit que, lorsque des patients ne peuvent s'exprimer, le médecin pourrait décider d'arrêter tout traitement de maintien en vie - l'alimentation et l'hydratation, mais aussi, pourquoi pas, l'aide respiratoire mécanique -, et d'appliquer une sédation profonde et continue, doublée d'une analgésie, jusqu'au décès.

Il est donc utile, d'une part, de supprimer l'ambiguïté entre le traitement de maintien en vie et le traitement thérapeutique. Si l'hydratation et la nutrition artificielles ont été abordées cette nuit, le placement sous respirateur ne constitue pas un traitement thérapeutique : il est destiné à soulager le patient, à lui éviter des souffrances supplémentaires. On ne peut donc considérer que de tels traitements correspondent à « une obstination déraisonnable ».

Tel est l'objet de mon amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 5 rectifié, présenté par MM. Gilles, Vasselle, Grand, Dufaut, de Legge et Saugey, Mmes Cayeux, Gruny, Deroche et Mélot et M. Houel, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 2

Remplacer les mots :

de maintien en vie

par le mot :

thérapeutiques

II. – Alinéa 4

1° Après le mot :

patient

insérer les mots :

, dont le pronostic vital est engagé à très court terme,

2° Remplacer les mots :

de maintien en vie

par le mot :

thérapeutique

3° Supprimer les mots :

et que la souffrance du patient est jugée réfractaire

La parole est à M. Bruno Gilles.

M. Bruno Gilles. C'est un amendement de repli.

Mme la présidente. L'amendement n° 49 rectifié, présenté par M. Chasseing, Mme Lamure et MM. Vogel, Barbier, Commeinhes, Chaize et César, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Après les mots :

maintien en vie

insérer les mots :

, sauf hydratation

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. La sédation profonde et continue constitue en effet le cœur de la proposition de loi.

Cette sédation sera mise en œuvre peu avant la mort, celle-ci étant prévisible, comme M. le président de la commission des affaires sociales l'a indiqué, à échéance de quelques heures ou de quelques jours.

Pour ma part, je pense que, lorsqu'une sédation profonde et continue est mise en œuvre, il faut poursuivre l'hydratation, qui n'est pas un traitement. En effet, elle ne modifiera pas l'action de la sédation profonde et continue, de même qu'elle n'augmentera pas la durée de vie du patient.

Les souffrances résultant de la déshydratation pouvant être importantes, nous pensons qu'il est absolument nécessaire de poursuivre l'hydratation jusqu'au décès.

Mme la présidente. L'amendement n° 102 rectifié, présenté par Mme D. Gillot, M. Antiste et Mmes Lepage et Perol-Dumont, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Après le mot :

vie

insérer les mots :

voire à un traitement susceptible d'accélérer la survenue de la mort

La parole est à Mme Dominique Gillot.

Mme Dominique Gillot. Une sédation profonde et continue jusqu'au décès, associée à l'arrêt des traitements de maintien en vie, n'accélère pas la survenue de la mort. En outre, elle présente souvent un caractère humainement et socialement difficilement acceptable, surtout si l'agonie dure trop longtemps : elle est alors de nature à rompre le consensus constitué collégialement.

Comme je l'ai expliqué précédemment, dans certains cas, le corps du patient n'est pas aussi exténué qu'un corps dévoré par la maladie ou vidé de sa sève par les ans pour qu'un arrêt de l'alimentation conduise à une cessation de vie dans des délais et des conditions respectueuses de la dignité et de l'intégrité de la personne. Cette mort peut être en effet particulièrement longue à advenir, et les stigmates sont importants. C'est le cas notamment pour les personnes en état neurovégétatif, qui survivent artificiellement depuis des années. Il faut donc que l'arrêt des traitements ne suscite pas plus de douleurs que l'acharnement thérapeutique déraisonnable.

Par cet amendement, il s'agit d'assurer la sérénité du patient au cours des derniers jours de sa vie – c'est l'intérêt du patient et lui seul qui est au cœur de ce texte –, par tous les moyens dont dispose l'institution soignante, en plus de la sédation profonde et continue associée à une analgésie, avec un traitement pouvant accélérer la survenue de la mort, si le patient, ou sa personne de confiance, le demande expressément, ou encore si les directives anticipées ne l'interdisent pas ou si l'équipe médicale le juge utile dans l'intérêt du patient.

Comme l'a fort bien expliqué M. le rapporteur, il s'agit bien d'une pratique thérapeutique fondée sur l'utilisation de substances suffisamment dosées pour soulager définitivement la souffrance.

Cette disposition préserve les médecins et leurs équipes de demandes de soins extravagantes ou de pressions médiatiques telles que l'actualité nous en fournit un exemple tragique.

Cette autorisation faite au médecin, qui l'accepte – après décision prise dans le cadre de la procédure collégiale telle que définie à l'article L. 1110-5-1 –, d'avoir recours à un traitement susceptible d'accélérer la survenue de la mort, en respectant la volonté, l'intégrité et la dignité du malade, confirme l'avancée voulue par les auteurs de cette proposition de loi et protège les équipes médicales contre une insécurité juridique toujours patente.

Mme la présidente. L'amendement n° 60 rectifié *bis*, présenté par MM. de Legge, Sido, Reichardt, Morisset, Mandelli, Revet, de Nicolaÿ, D. Laurent, G. Bailly, B. Fournier, Pierre et Leleux, Mme Imbert, M. Chaize, Mme Gruny, M. de Raincourt, Mmes Canayer et Duchêne, MM. Bizet, Gilles et Buffet, Mme Cayeux, MM. Trillard et Portelli, Mmes di Folco et Duranton, MM. Huré et Pozzo di Borgo, Mme Des Esgaulx, M. J.P. Fournier, Mme Deromedi, MM. Vasselle, Bignon, Pointereau, Vaspert, Hyst et Mouiller, Mme Mélot, MM. Retailleau, Mayet, Charon, Husson, Houel et Gournac, Mme Debré, M. Lemoyne, Mme Lamure et MM. Kern, Cardoux et Guerriau, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Remplacer le mot :

est

par les mots :

peut être

La parole est à M. Dominique de Legge.

M. Dominique de Legge. Cet amendement s'inscrit dans le droit fil de celui que j'ai présenté précédemment.

Vous avez dit, madame la ministre, qu'il y avait un droit à demander une sédation. Pour notre part, nous ne souhaitons pas que l'on accède obligatoirement à cette demande. C'est la raison pour laquelle nous préconisons, à l'alinéa 2, de remplacer le mot : « est » par les mots : « peut être ».

Avec cet amendement, je vais dans votre sens, madame la ministre ! L'un des arguments que vous avez développés pour tenter de nous convaincre qu'il fallait réécrire la loi tenait à la nécessité d'harmoniser les pratiques. Précisément, madame la ministre, il suffit pour cela de fixer un objectif : nul besoin de prescription ou d'obligation !

La formulation que nous proposons s'inscrit dans cette logique.

Mme la présidente. L'amendement n° 50 rectifié, présenté par M. Chasseing, Mme Lamure, MM. Vogel, Barbier, Comminhes et de Legge, Mme Imbert et M. Gremillet, est ainsi libellé :

Alinéa 3

1° Après les mots :

engagé à

insérer le mot :

très

2° Remplacer les mots :

autre traitement

par les mots :

traitement adapté

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. Nous proposons de prévoir que, pour mettre en œuvre une sédation profonde et continue jusqu'au décès, le pronostic vital devra être engagé à très court terme, c'est-à-dire à l'échéance de quelques heures ou de quelques jours, et que le patient devra présenter une souffrance réfractaire à tout « traitement adapté ». Il me semble que cette formulation, qui figure dans la loi Leonetti, est plus précise que l'expression « tout autre traitement ».

Mme la présidente. L'amendement n° 61 rectifié *bis*, présenté par MM. de Legge, Sido, Reichardt, Morisset, Mandelli, Revet, de Nicolaÿ, D. Laurent, G. Bailly, B. Fournier, Pierre et Leleux, Mme Imbert, M. Chaize, Mme Gruny, M. de Raincourt, Mmes Canayer et Duchêne, MM. Bizet et Buffet, Mme Cayeux, MM. Trillard, Raison et Portelli, Mmes di Folco et Duranton, MM. Huré et Pozzo di Borgo, Mme Des Esgaulx, M. J.P. Fournier, Mme Deromedi, MM. Vasselle, Bignon, Pointereau, Vaspert, Hyst et Mouiller, Mme Mélot, MM. Retailleau, Mayet, Charon, Husson, Houel et Gournac, Mmes Debré et Lamure et MM. Kern, Cardoux, Gremillet et Guerriau, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Après les mots :

engagé à

insérer le mot :

très

La parole est à M. Dominique de Legge.

M. Dominique de Legge. Cet amendement vise à préciser que la sédation ne doit intervenir que si le pronostic vital est engagé à très court terme.

Certes, on pourrait débattre à l'infini de ce que sont le court terme et le très court terme. Pour autant, je veux faire confiance au rapporteur et à la ministre, qui indiquent qu'il s'agit bien d'engager une sédation dans la phase ultime. La commission et le Gouvernement pourraient faire le geste d'accepter cet amendement, ce qui montrerait qu'il existe véritablement un consensus sur ce point.

Mme la présidente. L'amendement n° 74 rectifié, présenté par MM. Barbier, Bertrand, Collin et Fortassin, Mmes Laborde et Malherbe et MM. Mézard et Requier, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Remplacer le mot :

souffrance

par le mot :

douleur

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. On pourrait croire que la différence entre souffrance et douleur relève d'une pure question sémantique. Toutefois, la souffrance renvoie à un concept psychique et psychologique, fonction de l'état du patient, de son âge, de son environnement, de la manière dont les siens l'accompagnent, alors que la sédation vise à lutter contre la douleur physique en plongeant la personne dans un état d'inconscience.

Comme les protocoles pour l'accompagnement de la fin de vie le précisent, la sédation n'est ni une anxiolyse, ni une analgésie, ni un somnifère, ni une euthanasie. Il me semble donc préférable de parler de « douleur » plutôt que de « souffrance », parce que cette dernière mérite une prise en charge autre, par des personnes bénévoles qui discutent avec le patient et lui « tiennent la main », comme l'a dit Marie de Hennezel.

Mme la présidente. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 25 rectifié est présenté par Mme Duranton, M. Laufoaulu, Mme Deromedi, M. Kennel, Mmes Mélot, Morhet-Richaud et Deroche et MM. Husson, G. Bailly et Houel.

L'amendement n° 122 est présenté par MM. Rachline et Ravier.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 3

Après le mot :

souffrance

insérer le mot :

physique

La parole est à Mme Nicole Duranton, pour présenter l'amendement n° 25 rectifié.

Mme Nicole Duranton. Les personnels soignants le constatent régulièrement : une personne en fin de vie dont la souffrance physique est apaisée ne demande plus d'aide active à mourir, même si elle avait pu exprimer un tel souhait auparavant. L'état dépressif qu'elle avait pu connaître s'éloigne d'autant. C'est donc bien la seule souffrance physique réfractaire aux traitements qui doit pouvoir entraîner l'application des dispositions du présent article.

Mme la présidente. Les amendements n°s 122, 117 et 118 ne sont pas soutenus.

L'amendement n° 51 rectifié *bis*, présenté par M. Chasseing, Mme Lamure, MM. Vogel, Barbier et Commeinhes, Mme Imbert et M. Gremillet, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Rédiger ainsi cet alinéa :

« 2° Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, dans le cas où le pronostic vital est engagé à très court terme et que la souffrance du patient est jugée réfractaire au traitement adapté, le médecin peut arrêter le traitement de maintien en vie au titre de l'obstination déraisonnable, sauf si les directives anticipées du patient ou l'avis négatif de la famille s'y opposent.

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. Il s'agit de rappeler à cet alinéa les conditions de l'application de la sédation profonde et continue à un patient ne pouvant exprimer sa volonté : le pronostic vital doit être engagé à très court terme et le patient doit présenter une souffrance réfractaire au traitement adapté.

Mme la présidente. L'amendement n° 62 rectifié *bis*, présenté par MM. de Legge, Sido, Reichardt, Morisset, Mandelli, Revet, de Nicoläy, D. Laurent, G. Bailly,

B. Fournier, Pierre, Leleux et Chaize, Mme Gruny, M. de Raincourt, Mmes Canayer et Duchêne, MM. Bizet et Buffet, Mme Cayeux, MM. Trillard et Portelli, Mmes di Folco et Duranton, MM. Huré, Kennel et Pozzo di Borgo, Mme Des Esgaulx, M. J.P. Fournier, Mme Deromedi, MM. Vasselle, Bignon, Pointereau, Vaspart, Hyst et Mouiller, Mme Mélot, MM. Retailleau, Mayet et Charon, Mme Deroche, MM. Husson, Houel et Gournac, Mmes Debré et Lamure et MM. Kern, Cardoux et Guerriau, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Après les mots :

le patient

insérer les mots :

, dont le pronostic vital est engagé à très court terme,

La parole est à M. Dominique de Legge.

M. Dominique de Legge. Il s'agit d'apporter une précision importante, là encore dans un esprit de recherche du consensus.

Mme la présidente. L'amendement n° 37 rectifié, présenté par Mme D. Gillot, MM. Antiste et Botrel, Mmes Campion, Lepage et Perol-Dumont et M. Rome, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Rédiger ainsi cet alinéa :

« À l'initiative du médecin et dans le cadre d'une procédure collégiale telle que celle visée à l'article L. 1110-5-1, l'équipe soignante vérifie préalablement que les conditions d'application prévues au deuxième alinéa sont remplies. La procédure collégiale ne s'impose que si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté et s'il n'a pas rédigé ses directives anticipées.

La parole est à Mme Dominique Gillot.

Mme Dominique Gillot. L'amendement est défendu.

Mme la présidente. L'amendement n° 83 rectifié, présenté par Mme David, M. Abate, Mmes Assassi et Beaufiles, MM. Billout, Bocquet et Bosino, Mmes Cohen et Cukierman, MM. Favier et Foucaud, Mme Gonthier-Maurin, MM. D. Laurent et Le Scouarnec, Mme Prunaud et M. Watrin et les membres du , est ainsi libellé :

Alinéa 5

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Une procédure collégiale telle que celle visée à l'article L. 1110-5-1 vérifie avec l'équipe soignante que les conditions d'application prévues aux 1° et 2° sont remplies.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Le texte prévoit que la réunion des conditions d'application d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès soit vérifiée dans le cadre d'une procédure collégiale, à laquelle doit être associée la personne de confiance.

Or, aux termes de l'article 3, cette vérification serait engagée « à l'initiative du médecin ». Il nous semble que cette expression n'apporte rien à la loi, et limitera au contraire son effectivité. En effet, pour peu que le médecin ne prenne pas l'initiative de réunir l'équipe soignante et la personne de confiance pour établir s'il est ou non possible de pratiquer

une sédation profonde et continue jusqu'au décès, cette dernière ne saurait être mise en œuvre, même si les conditions sont remplies.

De plus, cette disposition va à l'encontre de la logique globale du texte, qui tend à redonner au patient, parfois par l'intermédiaire de ses proches ou de la personne de confiance, le pouvoir d'exprimer sa volonté sur son traitement et sa fin de vie.

Elle ignore en outre les réticences naturelles des médecins, issus d'une formation principalement fondée sur le soin curatif, à lancer des procédures de soins palliatifs et d'accompagnement vers la mort. Si la culture médicale est en train d'évoluer vers une reconnaissance accrue du rôle de la médecine palliative et si l'article 1^{er} de cette proposition de loi y participe en agissant sur la formation des professionnels de santé, il faudra encore du temps avant que ces évolutions se diffusent dans l'ensemble du corps médical. En attendant, il ne semble pas souhaitable de donner au médecin l'initiative du lancement de la procédure collégiale.

Mme la présidente. L'amendement n° 63 rectifié *bis*, présenté par MM. de Legge, Reichardt, Sido, Morisset, Mandelli, Revet, de Nicolaÿ, D. Laurent, G. Bailly, B. Fournier, Pierre, Leleux et Chaize, Mme Gruny, M. de Raincourt, Mmes Canayer et Duchêne, MM. Bizet et Buffet, Mme Cayeux, MM. Trillard, Portelli et Savary, Mme di Folco, MM. Huré et Pozzo di Borgo, Mme Des Esgaulx, M. J.P. Fournier, Mme Deromedi, MM. Vasselle, Bignon, Pointereau, Vaspart, Hyst et Mouiller, Mme Mélot, MM. Retailleau, Mayet, Charon, Husson, Houel et Gournac, Mmes Debré et Lamure et MM. Kern, Cardoux, Gremillet et Guerriau, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Rédiger ainsi cet alinéa :

« La sédation profonde peut être mise en œuvre au domicile du patient dès lors que celui-ci bénéficie d'une prise en charge au titre d'une hospitalisation à domicile, dans un établissement de santé ou un établissement visé au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, dès lors qu'ils disposent en permanence d'un professionnel de santé, ou dès lors que le patient bénéficie d'une prise en charge par des infirmiers libéraux associés à un prestataire de santé à domicile et avec la disponibilité d'un médecin de proximité. »

La parole est à M. Dominique de Legge.

M. Dominique de Legge. Il nous semble judicieux d'introduire un certain nombre de garanties médicales quant à la mise en place de la sédation au domicile du patient, qui doit être accompagnée par du personnel soignant.

La rédaction de l'amendement n° 63 rectifié *bis* mentionne la « sédation profonde », car ce qui pose problème à nos yeux, c'est que la sédation puisse avoir un caractère irréversible. Cependant, nous avons déposé un amendement de repli, l'amendement n° 68 rectifié *bis*, qui fait référence à la « sédation profonde et continue », afin, une nouvelle fois, d'ouvrir la voie à un consensus.

Mme la présidente. L'amendement n° 68 rectifié *bis*, présenté par MM. de Legge, Sido, Reichardt, Morisset, Mandelli, de Nicolaÿ, D. Laurent, G. Bailly, B. Fournier, Pierre, Leleux et Chaize, Mme Gruny, M. de Raincourt, Mmes Canayer et Duchêne, MM. Bizet et Buffet, Mme Cayeux, MM. Trillard et Portelli, Mme di Folco,

MM. Huré et Pozzo di Borgo, Mme Des Esgaulx, M. J. P. Fournier, Mme Deromedi, MM. Bignon, Pointereau, Vaspart, Hyst et Mouiller, Mme Mélot, MM. Retailleau, Mayet, Charon, Husson, Houel et Gournac, Mmes Debré et Lamure et MM. Kern, Cardoux et Guerriau, et ainsi libellé :

Alinéa 6

Rédiger ainsi cet alinéa :

« La sédation profonde et continue peut être mise en œuvre au domicile du patient dès lors que celui-ci bénéficie d'une prise en charge au titre d'une hospitalisation à domicile, dans un établissement de santé ou un établissement visé au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, dès lors qu'ils disposent en permanence d'un professionnel de santé.

La parole est à M. Dominique de Legge.

M. Dominique de Legge. Cet amendement est défendu.

Mme la présidente. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 23 rectifié est présenté par Mme Duranton, M. Lafoaulu, Mmes Deromedi, Mélot et Deroche et MM. Chasseing et Husson.

L'amendement n° 121 est présenté par MM. Rachline et Ravier.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 6

Après les mots :

À la demande du patient,

insérer les mots :

et dès lors que tous les soins mentionnés à l'article L. 1110-10 ont été dispensés,

La parole est à Mme Nicole Duranton, pour présenter l'amendement n° 23 rectifié.

Mme Nicole Duranton. L'accès aux soins palliatifs est un droit fondamental de tout patient. Le code de la santé publique précise qu'ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. Avant d'accéder à la demande du patient qui le conduirait à mettre en place une sédation profonde et continue, le médecin doit s'assurer que les soins palliatifs ont bien été mis en œuvre.

Mme la présidente. L'amendement n° 121 n'est pas soutenu.

L'amendement n° 52 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Barbier et Commeinhes, Mmes Lamure et Mélot et MM. Vogel, Requier et Mézard, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Compléter cet alinéa par les mots et une phrase ainsi rédigée :

, dans le respect des conditions prévues aux 1° et 2°. Le médecin traitant peut demander aux services des soins palliatifs des centres hospitaliers d'intervenir en établissement pour personnes âgées ou à domicile, soit en qualité de consultant, soit afin d'effectuer la sédation profonde et continue.

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. Le médecin traitant d'un patient à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ou EHPAD, doit pouvoir demander conseil aux services de soins palliatifs des centres hospitaliers sur la situation dudit patient ou requérir la mise en place d'une sédation profonde et continue par une équipe mobile.

Afin que les services de soins palliatifs des centres hospitaliers puissent intervenir efficacement auprès des médecins généralistes, il est important de renforcer leurs moyens.

Mme la présidente. L'amendement n° 7, présenté par M. Revet, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Un médecin ou professionnel de santé a le droit de refuser de procéder à une sédation profonde et continue pour des raisons d'atteinte à sa conscience. S'il se dégage de sa mission, le médecin en avertit alors le patient ou, si l'état de santé de celui-ci ne le permet pas, la personne de confiance et la famille et transmet au médecin désigné par celui-ci ou ceux-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

La parole est à M. Charles Revet.

M. Charles Revet. Un médecin doit avoir le droit de refuser de mettre en œuvre la sédation profonde et continue s'il estime que cela porte atteinte à sa conscience. Il transmettra alors les informations utiles à la poursuite des soins à un confrère.

Mme la présidente. L'amendement n° 64 rectifié *bis*, présenté par MM. de Legge, Sido, Reichardt, Morisset, Mandelli, Revet, de Nicolaï, D. Laurent, G. Bailly, B. Fournier, Pierre, Leleux et Chaize, Mme Gruny, M. de Raincourt, Mmes Canayer et Duchêne, MM. Bizet, Gilles et Buffet, Mme Cayeux, MM. Trillard et Portelli, Mmes di Folco et Duranton, MM. Huré, Kennel et Pozzo di Borgo, Mme Des Esgaulx, M. J.P. Fournier, Mme Deromedi, MM. Vasselle, Bignon, Pointereau, Vaspart, Hyst, Saugey et Mouiller, Mme Mélot, MM. Retailleau et Charon, Mme Deroche, MM. Husson, Houel et Gournac, Mme Debré, M. Lemoyne, Mme Lamure et MM. Cardoux, Gremillet et Guerriau, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins et professionnels de santé ont le droit de refuser de procéder à une sédation profonde et continue si ce geste porte atteinte à leur conscience. »

La parole est à M. Dominique de Legge.

M. Dominique de Legge. Chacun d'entre nous convient que le débat sur le dispositif de cet article engage notre conscience et notre conviction intime. Il en va de même pour les professionnels de santé, à qui l'on doit reconnaître la possibilité de faire jouer une clause de conscience.

Mme la présidente. Les amendements n° 119 et 120 rectifiés ne sont pas soutenus.

Quel est l'avis de la commission sur l'ensemble des amendements faisant l'objet de la discussion commune ?

M. Michel Amiel, corapporteur. La commission est défavorable à l'amendement n° 6 rectifié. Je me suis longuement expliqué sur le concept de sédation profonde et continue.

La commission est défavorable à l'amendement n° 73 rectifié. M. Barbier s'est exprimé très habilement sur la notion de dose, sans rappeler que, en fin de vie, les doses administrées n'ont pas grand-chose à voir avec celles qui sont habituellement utilisées dans une visée thérapeutique. Cet amendement est contraire à l'esprit dans lequel la loi prévoit d'appliquer la sédation profonde et continue, deux caractères que la commission entend maintenir.

La commission est également défavorable aux amendements n° 79 et 59 rectifié *bis*, pour les mêmes raisons. La mise en place d'une sédation profonde et continue est, je le rappelle, un acte exceptionnel.

La commission émet un avis favorable sur l'amendement n° 13 de la commission des lois, qui explicite la possibilité, pour le patient, de s'opposer à l'arrêt des traitements visant au maintien en vie.

La commission émet un avis défavorable sur l'amendement n° 4 rectifié. Outre que l'expression « traitement thérapeutique » est assez redondante, la notion de traitement « de maintien en vie » est plus appropriée. Vous parliez tout à l'heure, monsieur Gilles, d'un respirateur comme relevant du « confort » du patient. Pour reprendre le cas auquel M. Roche a fait référence, un patient atteint de la maladie de Charcot placé sous respirateur ne partage peut-être pas forcément ce point de vue. Il est en tout cas prévu que, à un moment donné, il puisse demander à ce que l'on cesse de recourir à ce type d'équipement.

La commission émet également un avis défavorable sur l'amendement de repli n° 5 rectifié.

La commission demande le retrait de l'amendement n° 49 rectifié, compte tenu du fait que, la nuit dernière, il a été décidé, sur ma proposition, que l'hydratation artificielle pouvait être maintenue jusqu'à la fin de la vie.

Le dispositif de l'amendement n° 102 rectifié glisse vers la possibilité de mettre en place un traitement accélérant la survenue de la mort : l'avis est défavorable.

Concernant l'amendement n° 60 rectifié *bis*, remplacer le mot « est » par les mots « peut être » dénaturerait complètement le texte. Si les conditions prévues sont remplies, la volonté du patient doit être impérative. En conséquence, l'avis est défavorable.

La proposition des auteurs de l'amendement n° 50 rectifié, qui vise à remplacer « court terme » par « très court terme », est d'ordre sémantique. Il appartiendra au juge ou au médecin-expert d'apprécier, dans un cadre jurisprudentiel. L'avis est défavorable.

Pour les mêmes raisons, la commission émet un avis défavorable sur l'amendement n° 61 rectifié *bis*.

S'agissant de l'amendement n° 74 rectifié, comme j'ai déjà eu l'occasion de le préciser, le concept de souffrance englobe aussi la douleur physique. La souffrance n'est pas seulement d'ordre psychologique ; la souffrance aiguë liée, en phase terminale, à une asphyxie, à une insuffisance cardiaque ou à une sclérose latérale amyotrophique ne peut être atténuée par de simples antalgiques. En conséquence, l'avis est défavorable.

Pour les mêmes raisons, la commission émet un avis défavorable sur l'amendement n° 25 rectifié.

La commission est également défavorable à l'amendement n° 51 rectifié *bis* : par définition, tout traitement est adapté.

L'amendement n° 62 rectifié *bis* vise lui aussi à substituer « très court terme » à « court terme » : l'avis est défavorable.

L'amendement n° 37 rectifié tend à limiter l'engagement de la procédure collégiale au cas où la personne malade n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté. Je rappelle que cette procédure collégiale a pour but de vérifier non seulement la volonté de la personne, mais aussi le respect de l'ensemble des conditions médicales prévues par cet article. Elle doit donc s'appliquer dans tous les cas. La commission sollicite le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

L'amendement n° 83 rectifié tend à supprimer l'initiative du médecin pour la mise en œuvre de la procédure collégiale. La rédaction actuelle de l'article fait que le médecin est tenu, de par la volonté du patient, de mettre en place la procédure. En conséquence, l'avis est défavorable.

La commission a émis un avis défavorable sur l'amendement n° 63 rectifié *bis*. L'accompagnement de la fin de vie à domicile est une nécessité, tout le monde en convient. Il va de soi que le médecin traitant peut et doit se faire accompagner par des équipes spécialisées, telles que les unités mobiles de soins palliatifs.

L'amendement de repli n° 68 rectifié *bis* prévoit la présence permanente d'un professionnel de santé. Nous sollicitons l'avis du Gouvernement sur ce point.

L'amendement n° 23 rectifié prévoit la mise en place de soins palliatifs avant celle d'une sédation profonde et continue : cela va de soi. Rappelons que les soins palliatifs incluent la sédation profonde et continue. En conséquence, l'avis est défavorable.

L'amendement n° 52 rectifié prévoit la possibilité, pour le médecin traitant, de demander l'intervention des services de soins palliatifs des centres hospitaliers. Cette possibilité existe déjà. J'ajoute que les substances utilisées pour la sédation ne sont pas en accès libre pour le médecin traitant. L'avis est défavorable.

L'amendement n° 7 vise à instaurer une clause de conscience pour les médecins. Une telle clause existe déjà, aux termes de l'article 47 du code de déontologie médicale, qui décline l'article R. 4127-47 du code de la santé publique :

« Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.

« Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

« S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

En conséquence, la commission sollicite le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

Enfin, la commission demande également le retrait de l'amendement n° 64 rectifié *bis*.

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. J'ai beaucoup apprécié les prises de parole sur l'article 3, en particulier celle de M. le président de la commission des lois.

L'amendement n° 13 présenté par M. Pillet, qui a reçu un avis favorable de la commission des affaires sociales, me paraît particulièrement important. Je demande donc, madame la présidente, la priorité de vote sur ce texte.

Mme la présidente. Aux termes de l'article 44, alinéa 6, du règlement du Sénat, la priorité est de droit quand elle est demandée par la commission saisie au fond, sauf opposition du Gouvernement.

Quel est l'avis du Gouvernement sur cette demande de priorité ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis favorable.

Mme la présidente. La priorité est de droit.

Quel est l'avis du Gouvernement sur l'ensemble des amendements faisant l'objet de la discussion commune ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur l'ensemble des amendements, à l'exception de l'amendement n° 83 rectifié, qui tend à revenir à la rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale en posant le principe du caractère systématique de la procédure collégiale, conformément, me semble-t-il, à l'esprit de cette proposition de loi.

Madame Gillot, les amendements que vous avez présentés relèvent d'une démarche très différente de celle qu'a retenue le Gouvernement. Dès lors, je ne peux émettre un avis favorable. Je ne reviens pas sur les explications que j'ai déjà pu vous donner.

Concernant le caractère profond de la sédation, je ne crois pas qu'il faille poser le débat en des termes aussi radicaux que vous l'avez fait, monsieur Barbier.

Pour ma part, je n'ai aucune difficulté à parler de sédation profonde. Il ne s'agit pas de considérer que tous les cas de figure sont traités au travers de cet article. Certains malades, même en fin de vie, ne demanderont pas à bénéficier d'une sédation profonde. Il existe différents degrés de sédation. Cet article tend seulement à définir les cas dans lesquels est ouvert un droit nouveau, opposable aux médecins, à bénéficier d'une sédation profonde. Dans d'autres situations, non visées par l'article 3, d'autres types de sédation pourront être proposés. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur vos amendements car leur adoption aurait pour conséquence de revenir à la situation antérieure. Notre objectif est d'ouvrir un droit supplémentaire pour le patient.

Par ailleurs, l'Ordre des médecins a indiqué très explicitement qu'il ne souhaitait pas qu'une clause de conscience soit introduite dans la proposition de loi. Selon lui, cela donnerait à penser que ce texte ouvre la voie à l'euthanasie. L'Ordre des médecins considère que le dispositif de la proposition de loi reste bien dans le cadre des soins palliatifs. Afin d'éviter toute ambiguïté, il estime préférable que ce soit la clause de conscience générale déjà prévue par le code de déontologie qui s'applique.

Enfin, le Gouvernement est défavorable aux amendements n°s 63 rectifié *bis* et 68 rectifié *bis*, prévoyant la présence permanente d'un professionnel de santé, parce que l'adoption d'une telle disposition empêcherait la mise en œuvre du droit nouveau à domicile.

Mme la présidente. La parole est à M. Bruno Retailleau, pour un rappel au règlement.

M. Bruno Retailleau. La commission des affaires sociales a demandé, sans aucun doute à juste titre, la mise aux voix par priorité de l'amendement n° 13. Je souhaiterais connaître les

conséquences de son éventuelle adoption sur la suite de la discussion. Cette précision permettra d'éclairer la Haute Assemblée.

Mme la présidente. L'adoption de l'amendement n° 13 rendrait sans objet l'amendement n° 6 rectifié de M. Revet.

Monsieur le président de la commission des affaires sociales, confirmez-vous cette analyse ?

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Tout à fait, madame la présidente. Si l'amendement n° 13 est adopté, le texte deviendra celui de la commission des affaires sociales et de la commission des lois. Je souhaite qu'il ne soit plus modifié ensuite... (*Sourires.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Charles Revet, pour explication de vote sur l'amendement n° 13.

M. Charles Revet. Je comptais retirer l'amendement n° 6 rectifié au profit de celui de M. Barbier, qui me semble plus complet. Ce dernier tend à instaurer une alternative, tandis que mon amendement vise à supprimer purement et simplement les mots « profonde et continue ». Quoi qu'il en soit, je retire mon amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 6 rectifié est retiré.

La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote sur l'amendement n° 13.

M. René-Paul Savary. La discussion de ce texte confirme que la loi Leonetti règle déjà un certain nombre de problèmes et que, sur ce sujet, les limites sont particulièrement floues. Il s'agit des droits du malade, certes, mais aussi des devoirs du médecin, que l'on entend obliger à accomplir des actes bien particuliers, dont la définition n'est pas toujours très précise.

J'en veux pour preuve notre débat de la nuit dernière, qui a abouti, sur proposition du rapporteur Amiel, à exclure l'hydratation artificielle de la liste des traitements devant être interrompus en cas de sédation profonde et continue. Or, aux termes de l'objet de l'amendement n° 13, « l'article 3 consacre un droit du patient en fin de vie à bénéficier d'une sédation profonde et continue jusqu'à son décès, lorsqu'aucun autre traitement ne permet de soulager sa douleur. Il impose, en revanche, que cette sédation soit accompagnée de l'arrêt de tous les traitements de maintien en vie (alimentation, hydratation, respiration artificielle). »

Je souhaiterais obtenir des précisions. Il a été affirmé hier que l'hydratation était un soin, et non pas un traitement. Or on nous invite aujourd'hui à voter un amendement dont l'objet indique que l'hydratation est un traitement. On voit bien que nous sommes dans un domaine où règne une grande confusion, le texte autorisant plusieurs interprétations. (*Très bien ! et applaudissements sur certaines travées du groupe Les Républicains. – M. Joël Guerriau applaudit également.*)

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. J'indique à M. Savary, qui a pourtant assisté à nos débats de la nuit dernière, que l'objet de l'amendement n° 13 a été rédigé avant que nous n'inscrivions dans le texte que l'hydratation « constitue un soin qui peut être maintenu jusqu'en fin de vie ».

Mme la présidente. La parole est à M. Bruno Retailleau, pour explication de vote sur l'amendement n° 13.

M. Bruno Retailleau. Des propos de M. le président de la commission, il ressort que l'objet de cet amendement ne pourra être invoqué à l'appui de telle ou telle interprétation du texte. Je tenais à le souligner.

M. Charles Revet. Cela devient compliqué...

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 13. (*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 73 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 79. (*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique de Legge, pour explication de vote sur l'amendement n° 59 rectifié *bis*.

M. Dominique de Legge. Je voudrais saluer l'esprit d'ouverture de M. le rapporteur : aucun amendement, à l'exception de celui de la commission des lois, n'a trouvé grâce à ses yeux... Cette attitude me semble en décalage avec ce que nous avons cherché à construire hier.

Monsieur le rapporteur, je serai très clair. Je peux comprendre, même si je ne partage pas votre point de vue, que vous émettiez un avis défavorable sur l'amendement n° 59 rectifié *bis* : votre position est cohérente.

Cependant, vous vous dévoilez en vous opposant à notre amendement n° 60 rectifié *bis* visant à remplacer, s'agissant de la mise en place d'une sédation demandée par le patient, l'obligation par une possibilité. Mme la ministre l'a dit très clairement : il s'agira bien d'une obligation pour les médecins. Nous sommes là au cœur du débat. On nous dit que le texte ne change rien ; Mme la ministre le confirme, à ceci près que le patient aura désormais le droit de demander la sédation : or je ne sais pas ce qui l'en empêche aujourd'hui...

En tout état de cause, Mme la ministre a révélé, en s'exprimant sur mon amendement, que les professionnels de santé auront bien l'obligation d'accéder à la demande du patient. (*M. Charles Revet approuve.*) On continue ensuite à dérouler la pelote, en nous expliquant que l'on refuse la clause de conscience pour les médecins. Les choses me paraissent donc tout à fait claires : il est incontestable que l'article 3 ouvre la porte à une euthanasie que vous ne voulez pas nommer comme telle. Par conséquent, je ne voterai pas cet article. (*Applaudissements sur certaines travées du groupe Les Républicains.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Amiel, corapporteur.

M. Michel Amiel, corapporteur. Pour ce qui est de l'amendement n° 60 rectifié *bis*, dès lors que la sédation profonde et continue est reconnue comme un acte thérapeutique de soins palliatifs, il n'y a aucune raison de ne pas rendre sa mise en œuvre impérative lorsque le patient la souhaite.

L'instauration d'une clause de conscience spécifique pour les médecins pourrait créer une ambiguïté : certains pourraient en déduire que mettre en place la sédation profonde et continue est un acte d'euthanasie.

Je le répète avec d'autant plus de force que vous m'avez piqué, mon cher collègue, en me reprochant un manque d'ouverture d'esprit : je suis profondément opposé à l'euthanasie et au suicide assisté, pour des raisons que je pourrai peut-être développer tout à l'heure. C'est justement parce

que je suis profondément opposé à ces façons expéditives de provoquer la mort que j'estime que, dans certains cas, somme toute relativement rares, la sédation profonde et continue est une bonne option en termes d'humanité.

Oui, au terme des travaux de la commission, nous affirmons notre opposition à l'euthanasie, au suicide assisté. Je regrette que vous vous livriez à des insinuations sur nos intentions.

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission.

M. Alain Milon, *président de la commission des affaires sociales.* Je m'associe aux propos de M. le rapporteur. Je souligne en outre que l'Ordre des médecins est favorable à la rédaction actuelle du texte et défavorable à l'instauration d'une clause de conscience spécifique, pour les raisons qu'a indiquées Mme la ministre. Je rappelle également que le code de déontologie médicale permet à un médecin de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles ; M. le rapporteur a donné tout à l'heure lecture de l'article contenant cette clause à caractère général.

L'article 3, tel qu'il a été réécrit par la commission des affaires sociales du Sénat, prévoit que la sédation profonde et continue est mise en œuvre « lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable, dont le pronostic vital est engagé à court terme et qui présente une souffrance réfractaire à tout autre traitement, exprime la volonté d'éviter toute souffrance ». Si vous refusez cette rédaction, qui pourrait servir de base à une négociation en commission mixte paritaire, c'est le texte de l'Assemblée nationale qui sera retenu.

Mme la présidente. La parole est à Mme Françoise Gatel, pour explication de vote sur l'amendement n° 59 rectifié *bis*.

Mme Françoise Gatel. Nos débats montrent bien que le sujet est éminemment difficile. Nous nous exprimons en fonction de nos convictions, mais aussi de nos peurs. Il faut le dire : certains ont peur que ce texte ne soit le cheval de Troie d'une euthanasie déguisée.

Comme Gérard Roche, je ne suis pas favorable au suicide assisté, ni à l'euthanasie. Cependant, nous parlons ici des derniers jours, des dernières heures, des derniers instants de personnes en situation de souffrance extrême, qu'aucun traitement ne peut apaiser. Il s'agit de la fin de vie à très court terme. À cet égard, il ne peut y avoir de date limite de vie, car nul ne connaît le jour ni l'heure.

Nous devons nous faire mutuellement confiance. Hier, nous avons eu un débat extrêmement important. Je me ferai ici l'avocat de la commission des affaires sociales, dont le texte est d'une sobriété remarquable. En commission, avec tous ceux que nous avons auditionnés, quelle que soit leur religion ou leur profession, nous avons soulevé les mêmes questions, nous avons exprimé les mêmes angoisses et les mêmes convictions qu'aujourd'hui. Il s'agit d'accomplir ce que certains représentants de l'Église catholique ont appelé un devoir de fraternité à l'égard de personnes qui vont mourir à très brève échéance, en faisant en sorte qu'elles ne partent pas dans la souffrance.

Hier, nous avons débattu d'une question de la plus haute importance : le développement de la culture des soins palliatifs et la formation des médecins. Je souhaite de tout mon cœur que les craintes qu'éprouvent de nombreux médecins soient dans quelque temps complètement dissipées, parce qu'ils auront appris à appréhender la fin de vie.

Quant au droit pour le patient à bénéficier d'une sédation profonde et continue, j'appuie la position du président de la commission des affaires sociales et des rapporteurs : les souhaits exprimés par un malade en ce qui concerne l'accompagnement de ses derniers instants doivent être respectés. Je comprends les arguments relatifs à la conscience du médecin, mais des garanties sont offertes à cet égard par la procédure collégiale associant l'ensemble du corps médical et la famille. Dans ces conditions, il n'est pas possible qu'une personne se voie refuser le droit de vivre ses derniers moments de manière apaisée.

Mes chers collègues, je souhaite simplement que nous nous fassions confiance. Le Président de la République, pendant sa campagne électorale, a fait une promesse au sujet du suicide assisté et de l'euthanasie. Je n'ose imaginer que l'on voudrait avancer masqué dans cette voie, par le biais d'amendements à cette proposition de loi. Lorsque, hier soir, certains d'entre nous ont rappelé avec émotion le courage de Simone Veil et de Robert Badinter, j'ai déclaré qu'il ne pouvait être question de demander à une chambre démocratique de se prononcer à une heure et demie du matin, au détour de la discussion d'un amendement, sur une question étrangère au texte soumis à son examen.

Pour toutes ces raisons, je soutiens la position de la commission des affaires sociales, qui a accompli un travail difficile avec une grande conscience ! (*Applaudissements sur les travées de l'UDI-UC et sur quelques travées du groupe socialiste et républicain.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Bas, pour explication de vote.

M. Philippe Bas. La procédure accélérée n'ayant pas été engagée pour cette proposition de loi, il n'y a pas lieu, à ce stade, d'anticiper les positions de nos collègues députés en commission mixte paritaire. Du reste, il est fort heureux que, sur un sujet aussi grave, le Parlement puisse s'exprimer tout à fait librement, sans subir la moindre pression.

Au-delà des convictions et des engagements des uns et des autres, au-delà de l'approche parfois un peu théorique des problèmes, nous devons, mes chers collègues, tenir compte des réalités vécues. Dès lors que nous admettons tous que la sédation profonde ne peut être que le stade ultime dans la mise en œuvre des soins palliatifs, il faut considérer que nous parlons, surtout dans le cas d'une agonie, de patients subissant déjà un traitement antidouleur lourd, qui, la plupart du temps, provoque une altération plus ou moins forte de leur conscience et de leurs facultés d'expression. De fait, selon la définition qu'en donne le code de la santé publique, les soins palliatifs forment un *continuum*, sans changement de nature à un moment ou à un autre.

Pour qu'un patient se trouvant dans la situation que je viens de décrire puisse demander à faire valoir un droit à bénéficier d'une sédation profonde, il faudra à l'évidence qu'on l'ait au préalable informé de son état exact et de l'imminence de son décès, afin qu'il puisse exprimer son consentement de manière libre et éclairée. Tous les soignants ne souhaitent certainement pas se voir imposer de délivrer une telle information. Souvent, un patient en fin de vie, ayant déjà souffert précédemment avant d'aller mieux, espère voir sa souffrance s'apaiser et sa vie continuer.

Il y a là, à mon avis, un obstacle très important à l'inscription dans le texte du principe d'une sédation continue jusqu'au décès. Il faut pouvoir mettre en place la sédation profonde sans avoir eu préalablement à annoncer au malade

que celle-ci durera jusqu'à sa mort. Du reste, ce sont les conditions dans lesquelles, dans le cadre des soins palliatifs, la sédation profonde est actuellement pratiquée.

Voilà pourquoi je considère, après avoir beaucoup hésité, qu'il convient de voter l'amendement n° 59 rectifié *bis*. Ses dispositions permettront à la sédation profonde d'être pratiquée le plus facilement, lorsque les raisons médicales d'y avoir recours seront réunies et sans qu'il ait été nécessaire d'annoncer une vérité pénible à un malade qui n'a peut-être pas envie de s'entendre dire que la sédation profonde sera irréversible et qu'il est arrivé à la dernière heure de sa vie. (*Applaudissements sur certaines travées du groupe Les Républicains.*)

M. Georges Labazée. Qu'en savez-vous ?

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Tourenne, pour explication de vote.

M. Jean-Louis Tourenne. Je suis abasourdi, admiratif à vrai dire, devant l'habileté que vient de déployer M. Bas, et qui me rappelle un certain art rhétorique associé au sophisme : la capacité à raisonner logiquement sur une base complètement erronée ! (*M. Alain Gournac s'exclame.*)

Vous laissez entendre, mon cher collègue, que le médecin serait obligé de révéler au malade qu'il est en fin de vie. Qu'est-ce qui l'y contraindrait, puisque c'est le malade lui-même qui demandera au médecin quel est son état de santé et s'il peut bénéficier ou non de la sédation profonde ? En réalité, vous vous efforcez, assez laborieusement, d'éviter que la proposition de loi ne soit adoptée dans sa rédaction actuelle ; il vous faut donc trouver des raisonnements, fussent-ils tout à fait byzantins, pour expliquer une position difficilement explicable ! (*Protestations sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. Jean-Jacques Hyest. Acceptez qu'on ne soit pas d'accord avec vous !

M. Alain Gournac. Donneur de leçons !

Mme la présidente. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. À mesure que le débat avance, nous voyons de plus en plus clairement dans quelle direction nous mène le texte de la commission, aux termes duquel le personnel soignant serait tenu, à la demande du patient, d'administrer à celui-ci une sédation profonde et continue jusqu'à la mort. Quelle est donc la différence entre un tel dispositif et le suicide assisté ? Ne serait-il pas plus simple d'éviter les périphrases ? (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et républicain.*) Mes chers collègues, si le personnel soignant n'a aucune possibilité d'exercer son jugement, la loi lui faisant obligation de mettre en place la sédation profonde et continue dès lors que le patient l'aura demandé, c'est bien de suicide assisté qu'il s'agit ! Que l'on ait donc le courage de le dire !

M. le président de la commission des affaires sociales invoque souvent la position du Conseil national de l'Ordre des médecins. Or je pense que ce dernier s'est prononcé sur le texte initial de la proposition de loi présentée par MM. Claeys et Leonetti, et non sur celui, profondément différent, de l'Assemblée nationale.

Nous sommes tous d'accord pour que la sédation puisse être pratiquée, mais si le personnel soignant est obligé par la loi de l'administrer dès lors que le patient en fait la demande, il s'agit alors bien d'une forme de suicide assisté, ainsi que l'a

souligné M. le président de la commission des lois : disons les choses simplement ! (*MM. Dominique de Legge et Bernard Fournier applaudissent.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Bruno Retailleau, pour explication de vote.

M. Bruno Retailleau. Depuis hier, nos débats se déroulent dans le climat de sérénité qui convient au sujet dont nous traitons. Pour bien connaître le président de la commission des lois, je ne puis accepter que son raisonnement, fondé non pas sur l'habileté, mais sur le droit et la conviction, soit qualifié de byzantin ou de sophistique.

M. Alain Gournac. En effet, c'est scandaleux !

M. Bruno Retailleau. Quelles que soient nos convictions, nous pouvons, les uns et les autres, les soutenir avec des arguments forts, tout en nous respectant mutuellement et en nous abstenant d'abaisser des raisonnements avec lesquels nous sommes en désaccord. En l'occurrence, celui de Philippe Bas nous a beaucoup éclairés.

Il est évident que les situations de fin de vie sont lourdes de souffrance et de douleur. J'ai rappelé hier que Jankélévitch, disparu il y a trente ans presque jour pour jour, parlait de la mort comme d'un événement « inclassable », d'une « monstruosité solitaire ». Un tel sujet ne peut que susciter l'émotion, mais, en tant que législateurs, nous devons raisonner avec cœur et intelligence à la fois ; notre compassion doit être une compassion intelligente. (*M. François Bonhomme opine.*) En effet, il arrive parfois que la loi, en dépit de bonnes intentions, ouvre des portes que l'on ne souhaite pas voir ouvertes, et qu'elle enclenche des engrenages conduisant, au bout du compte, à des entorses à des principes fondamentaux auxquels nous sommes attachés.

Si l'amendement n° 59 rectifié *bis* est important, c'est parce que, depuis le départ, nous sommes un certain nombre à penser que la loi Leonetti se suffisait à elle-même. (*Marques d'approbation sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. Charles Revet. Tout à fait !

M. Bruno Retailleau. La présente proposition de loi, contrairement à ce que d'aucuns prétendent, n'est pas un prolongement ou une clarification de la loi du 22 avril 2005 ; elle marque une rupture.

Permettez-moi de vous donner lecture d'un passage du rapport rédigé par Jean Leonetti en avril 2013 :

« La sédation en phase terminale prévue par l'article L. 1110-5 du code de la santé publique vise à soulager le malade, en aucun cas à le faire mourir. Si l'on devait accepter cette double intentionnalité, soulager et accélérer la mort, le risque de confusion et de dérive existerait lors de la mise en place de toute sédation profonde en phase terminale. »

La loi Leonetti prévoit que l'on doit d'abord soulager, même si le soulagement peut conduire à la mort : c'est la notion de double effet. Avec cette proposition de loi, avons-nous affaire à une sédation terminale ou à une sédation visant à soulager la douleur ? C'est sur cette question que nos arguments s'opposent, comme il est parfaitement normal.

Les propos de Mme la ministre nous ont éclairés : il s'agit de créer un droit opposable. Nous savons bien ce que cela signifie, nous connaissons la dynamique des droits opposables : en l'espèce, instaurer un droit opposable reviendrait à ouvrir les portes à un cheval de Troie de l'euthanasie. C'est pourquoi il convient d'adopter l'amendement n°

59 rectifié *bis*. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains. – M. Yves Pozzo di Borgo applaudit également.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Dominique Gillot, pour explication de vote.

Mme Dominique Gillot. Il est assez malaisé de suivre l'évolution du débat quand on n'est pas membre de la commission des affaires sociales.

Depuis hier soir, j'ai l'impression que l'on fait un peu marche arrière.

Mme Annie David. Tout à fait !

Mme Dominique Gillot. Comme l'indique son intitulé, cette proposition de loi vise à créer de nouveaux droits en faveur des malades en fin de vie. On ne parlait donc pas du principe que la loi Leonetti se suffirait à elle-même.

Mme la ministre nous a rappelé tout à l'heure le cadre fixé par le texte, selon deux axes fondamentaux : donner plus de cohérence aux pratiques palliatives et accorder au patient en fin de vie le droit de demander lui-même la sédation. Or les différents amendements de nos collègues visent à remettre l'exercice de ce droit dans les mains des médecins.

J'ai beaucoup de respect pour les médecins, en qui nos concitoyens ont une grande confiance. Cette confiance oblige les professionnels de santé à faire preuve de sollicitude et d'humanité à l'égard de leurs patients, y compris en accédant à leur volonté de bénéficier d'une sédation profonde et durable jusqu'à leur décès, pour éviter les affres et les souffrances de la mort.

Il faut en revenir à la réalité de ce texte et des droits nouveaux que nous devons accorder aux malades.

Mme la présidente. La parole est à Mme Corinne Bouchoux, pour explication de vote.

Mme Corinne Bouchoux. N'appartenant pas non plus à la commission des affaires sociales et ne siégeant plus à la commission des lois, j'éprouve un peu la même difficulté que Mme Gillot à prendre position dans un débat qui s'est transformé en un dialogue entre ces deux commissions.

Certains ne veulent pas aller plus loin que la loi Leonetti. Cette nuit, nous avons eu un long débat, grave et serein, dont l'issue n'a pas été celle que nous souhaitions. Pour autant, je fais confiance à la commission des affaires sociales. Je crains qu'à trop vouloir sécuriser le dispositif, on ne finisse par détruire le travail complexe qu'elle a réalisé.

Nonobstant nos réserves sur l'économie générale du texte, nous soutiendrons, en l'occurrence, la position de la commission des affaires sociales, qui nous semble pragmatique et correspond à l'esprit de la proposition de loi, même si pour notre part nous aurions souhaité aller plus loin.

Mme la présidente. La parole est à M. Gaëtan Gorce, pour explication de vote.

M. Gaëtan Gorce. Je rejoins les propos de Mme Bouchoux.

Concernant l'observation de M. Retailleau, si notre collègue Tourenne avait voulu polémique, la richesse de son vocabulaire lui aurait fait choisir d'autres termes, bien au-delà de la simple évocation d'un raisonnement byzantin ou d'un sophisme... Revenons plutôt à la sérénité.

J'ai le sentiment que l'on essaie de tourner le texte pour lui faire dire ce qu'il ne dit pas. Comme la loi Leonetti, cette proposition de loi a pour objectif non pas de franchir une

frontière, mais de proposer des réponses concrètes à la souffrance des malades en fin de vie, sur la base de compromis.

Comme l'a très bien dit Mme Gatel, le contexte de nos débats est posé par les dispositions de l'article que nous examinons : il s'agit, messieurs Retailleau et Bas, de patients atteints d'une affection grave et incurable, dont le pronostic vital est engagé à court terme et qui présentent une souffrance réfractaire à tout autre traitement. C'est à ces malades que vous voulez refuser de bénéficier d'une sédation profonde et continue qu'ils auraient eux-mêmes demandée ?

M. Philippe Bas. Non, vous ne m'avez pas écouté !

M. Gaëtan Gorce. C'est pourtant ce que vous expliquez, monsieur Bas. En adoptant cette position, vous semblez soupçonner votre commission, le Gouvernement et les sénateurs qui le soutiennent de vouloir introduire subrepticement une forme d'euthanasie. C'est une attaque autrement plus sérieuse que celle qui est imputée à M. Tourenne !

On peut vouloir se faire peur en permanence, mais le sujet, comme l'a dit très clairement Mme Gatel, est d'apporter une réponse concrète pour apaiser la souffrance d'une personne se trouvant dans la situation que je viens de décrire. Le reste n'est que sophismes... (*M. Philippe Bas fait un signe de dénégation.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Marc Daunis, pour explication de vote.

M. Marc Daunis. M. Retailleau a fait référence à la position exprimée par Jean Leonetti en 2013. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de débattre avec Jean Leonetti des « insuffisances » – c'est son propre terme – de sa loi et de la difficulté, pour une partie du corps médical, de l'appliquer. Le 10 mars 2015, à l'Assemblée nationale, il a plaidé pour que la sédation profonde et continue puisse donner à certains malades la possibilité de dormir avant de mourir pour ne pas souffrir, cette possibilité étant assortie d'une obligation de faire droit à la demande du patient afin de prévenir toute forme d'hypocrisie qui conduirait à ne pas respecter sa volonté et à ne pas appliquer la loi de la République.

Je m'étonne de l'argumentation de nos collègues, en particulier de celle de M. Bas : j'imagine mal des médecins réveiller des patients pour leur demander s'ils souhaitent la mise en place d'une sédation profonde et continue. Sur un sujet extrêmement grave, ces propos quelque peu caricaturaux ne sont pas à la hauteur de ce débat, qui mérite une autre tenue.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Roche, pour explication de vote.

M. Gérard Roche. Nous sommes, pour la plupart d'entre nous, fermement opposés à l'euthanasie. Je respecte les opinions de chacun, mais certains propos révèlent une méconnaissance des réalités de la fin de vie.

M. François Pillet, rapporteur pour avis. C'est exactement cela !

M. Gérard Roche. Sauf dans des situations de pathologie aiguë, par exemple en cas d'accident vasculaire cérébral massif, de trouble cardiaque avec une fibrillation irréversible ou d'hémorragie méningée extrêmement grave, un malade ne se retrouve pas en phase terminale du jour au lendemain. Le problème qui nous occupe se pose dans des cas de maladie chronique, telle que le cancer, au terme d'un long cheminement thérapeutique.

L'annonce au malade du diagnostic est pour lui une première épreuve. Ensuite viennent les soins, avec des phases d'espoir et des rechutes, la prise en charge dans des services spécialisés, l'intervention des réseaux de soins palliatifs et d'accompagnement médico-psycho-social à domicile, les RESOPAD. Le patient avance peu à peu vers la phase ultime de sa maladie : on ne lui demande pas du jour au lendemain s'il veut être aidé à mourir ! En réalité, c'est lorsque la fatigue du malade devient insupportable, au bout de mois de lutte contre le destin, que l'on est en droit de lui proposer de le soulager.

Par conséquent, tous les raisonnements logiques et recevables en théorie que j'ai entendus ne valent pas dans la pratique. Faisons confiance aux équipes médicales ! En écoutant certains propos, on a l'impression que les médecins font n'importe quoi, sont dépourvus de conscience et de moralité ! Les professionnels de santé ont l'expérience de ces situations. Nous devons nous appuyer, pour conduire notre réflexion, sur la réalité des choses. (*Applaudissements sur les travées de l'UDI-UC et sur celles du groupe socialiste et républicain.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. Je partage entièrement les propos de Gérard Roche, même si nous n'arrivons pas tout à fait à la même conclusion, puisque j'étais, hier soir, de celles et ceux qui souhaitaient aller un peu plus loin que ce que proposait la commission. Quoi qu'il en soit, son intervention était empreinte d'humanité, conformément à l'esprit du texte.

Je regrette l'orientation prise par nos débats cet après-midi. Cette nuit, nous avons eu une discussion sereine, profonde et grave sur des sujets de société qui nous divisent souvent, mais peuvent parfois aussi nous rassembler. Le texte présenté par la commission, même s'il ne va pas assez loin de mon point de vue, peut nous permettre d'aboutir à un compromis, d'affirmer notre volonté d'accorder des droits nouveaux aux patients en fin de vie. Il ne s'agit en aucun cas d'instaurer une obligation, que ce soit pour les malades ou pour les médecins ; le code de déontologie est suffisamment clair sur ce point.

Je déplore donc que l'on en vienne à tenir des propos indignes d'un tel débat. J'ai l'impression que certains n'ont en fait pas envie de voter ce texte et attendent minuit et demi, pour qu'il ne soit plus temps de le faire. C'est dommage, car nos compatriotes attendent de nous que nous travaillions ensemble sur ce sujet grave et important pour élaborer, avec nos collègues de l'Assemblée nationale, un texte de compromis. Au sein de notre groupe, nous ne sommes pas forcément les tenants du compromis, notre culture étant plutôt celle du combat. Néanmoins, en l'espèce, nous aurions pu nous rejoindre pour offrir des réponses concrètes aux souffrances des malades en fin de vie. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe écologiste, ainsi que sur certaines travées de l'UDI-UC.*)

M. Georges Labazée. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Jacques Hyest, pour explication de vote.

M. Jean-Jacques Hyest. Il n'est pas anormal d'échanger des arguments. Sinon, à quoi bon débattre ?

M. Charles Revet. Bien sûr !

M. André Trillard. Circulez, il n'y a rien à voir !

M. Jean-Jacques Hyest. Les propos de M. le président de la commission des lois me paraissent juridiquement exacts, quoi qu'en pensent certains.

Madame la ministre, c'est vous qui avez provoqué cette discussion en parlant de « droit opposable ». Qui refuserait que le patient ait le droit de demander à ne pas souffrir ? Nous sommes tous d'accord sur ce point, mais si l'on veut judiciaireiser la fin de vie en créant un droit opposable, on s'expose à des conséquences qu'illustre une affaire retentissante.

M. Michel Amiel, corapporteur. Il ne s'agit pas de la fin de vie !

M. Jean-Jacques Hyest. Je suis d'accord avec les propos tenus par M. Roche, mais pourquoi légiférer de nouveau à tout prix ? Est-ce parce que l'on n'a pas été en mesure de développer une offre de soins palliatifs suffisante ? S'agit-il de protéger les médecins ? Il faut le dire, alors !

M. Michel Amiel, corapporteur. Je l'ai dit trois fois !

M. Jean-Jacques Hyest. Personnellement, j'ai voté la loi Leonetti, en croyant que l'on était enfin parvenu à un équilibre. La fin de vie, comme la vie même, n'est pas un processus continu : un jour, on peut beaucoup souffrir, au point de souhaiter mourir, et aller mieux le lendemain. Certains invoquent le droit absolu de chacun à mourir, mais alors c'est du suicide dont on parle.

Certaines dispositions de l'article 3 me conviennent, mais à quel moment le nouveau droit ouvert au patient va-t-il s'exercer ? Ce qu'a dit Philippe Bas est juste : on imagine mal un médecin informer son patient qu'il est en phase terminale, pour qu'il puisse donner son consentement éclairé à la mise en œuvre d'une sédation profonde. Ce n'est pas ainsi que les choses se passent dans la réalité !

Je crois beaucoup à l'esprit de responsabilité des équipes médicales, à l'éthique et à la déontologie des médecins. Ce que je craindrais le plus, c'est que l'on substitue, dans certaines circonstances, la sédation profonde aux soins palliatifs. C'est pour cette raison que la présente proposition de loi me laisse très circonspect. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains. – MM. Gérard Barbier et Yves Pozzo di Borgo applaudissent également*)

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Amiel, corapporteur.

M. Michel Amiel, corapporteur. Effectivement, alors que la société et la médecine sont de plus en plus judiciairisées, le législateur se doit de penser aux médecins. Comme je l'ai dit cette nuit, il faut certes protéger le patient, mais aussi le médecin, son entourage, ainsi que la société. Un acte aussi important que la mise en place d'une sédation profonde, qui, je le rappelle, fait partie de l'arsenal thérapeutique en matière de soins palliatifs, doit être encadré.

À la suite de M. Roche, je voudrais revenir sur la façon dont les choses se passent véritablement, sur le plan clinique.

Nous discutons d'un amendement qui vise à supprimer le caractère continu de la sédation. Peut-on raisonnablement imaginer, sur un plan médical ou tout simplement humain, que l'on pourrait à un moment donné réveiller un patient qui souffre, qui va bientôt mourir, pour lui demander s'il est bien certain de vouloir que la sédation soit poursuivie ?

M. Philippe Bas. Ce n'est pas de cela qu'il s'agit !

M. Gérard Dériot, corapporteur. Si !

M. Michel Amiel, corapporteur. Mais si ! Je suis désolé, mais c'est ce à quoi aboutirait l'adoption de l'amendement !

M. Philippe Bas. Pas du tout !

M. Michel Amiel, corapporteur. On ne le rappellera jamais assez : il est question ici de la fin de vie, qui n'est pas une notion aussi floue que certains veulent bien le dire ; la mort survient dans les quelques heures ou jours qui suivent. On a parlé de faire confiance au corps médical : les médecins savent très bien, à peu de chose près, à quel moment le décès interviendra.

Gérard Dériot s'exprimera peut-être plus longuement sur les directives anticipées, mais en tout état de cause la sédation profonde sera mise en place, bien évidemment, à la demande clairement exprimée du patient.

Il faut bien entendu dire la vérité au patient. Les directives anticipées peuvent être le moyen de signifier ses volontés lorsque l'on est encore bien portant. Cette nuit, je disais que la perception des choses change à l'approche de la mort. Pour autant, est-il concevable de réveiller le patient au tout dernier moment pour l'informer de l'imminence de son décès et lui demander s'il est bien certain de vouloir maintenir son choix précédemment exprimé ? Je suis désolé, mais dans la vie, les choses ne se passent pas ainsi ! Comme je le rappelais tout à l'heure en lisant le texte de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, la sédation profonde et continue fait bien partie de l'arsenal qu'il est possible de mettre en œuvre. Depuis longtemps, nous médecins y recourons régulièrement dans des conditions bien précises, mais nous avons besoin que celles-ci soient encadrées par la loi. Voilà pourquoi j'en suis venu à considérer que la loi Leonetti n'était pas suffisante, comme le reconnaît d'ailleurs lui-même son auteur.

En conclusion, supprimer le caractère continu de la sédation ne serait ni raisonnable ni humain.

Sur la forme, enfin, je pense avoir été très courtois au cours de ce débat, même si je défends avec force mes convictions. Certains arguments ont été qualifiés aujourd'hui de byzantins, mais hier les miens étaient traités d'arguties... (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain, du groupe CRC et du groupe écologiste.*)

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Tout ce qui a été dit est vrai. On peut s'interroger sur l'utilité de cette proposition de loi, mais alors il aurait fallu déposer une motion tendant à opposer la question préalable. Gérard Roche a parlé d'expérience, les médecins côtoyant chaque jour la mort.

C'est la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui, la première, a autorisé les patients à refuser la poursuite de soins. Rapidement, on s'est aperçu que l'arrêt des soins à la demande du patient devait s'accompagner de la mise en place de traitements visant à lui épargner la souffrance. Je vous renvoie aux positions d'Axel Kahn sur ce sujet.

La loi Leonetti a reconnu, chose extrêmement importante que nous n'avons guère évoquée, le double effet : la mise en place de certains types de traitements peut constituer un accompagnement vers la mort.

La présente proposition de loi vise non pas à ouvrir la voie à l'euthanasie, mais à permettre l'accompagnement de malades en fin de vie. Notre collègue de Legge propose de supprimer le caractère continu de la sédation profonde. Dans ce cas, le médecin devra réveiller périodiquement son patient. (*M. Dominique de Legge le conteste.*) Mais si, telle est la réalité ! Si la sédation n'est pas continue, cela signifie qu'elle doit être interrompue de temps en temps.

M. Gilbert Barbier. C'est de la caricature !

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Non, ce n'est pas de la caricature ! Une sédation profonde non continue implique de réveiller le patient, ce qui n'est pas du tout conforme à la déontologie médicale, surtout quand il s'agit des dernières heures de la vie d'une personne qui souffre, physiquement et moralement. Si l'on adopte la proposition de notre collègue, je ne sais pas comment les spécialistes appliqueront ensuite la sédation profonde non continue.

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote sur l'amendement n° 59 rectifié *bis*.

M. Daniel Chasseing. Comme l'ont dit Gérard Roche et le président de la commission, il faut faire confiance aux praticiens. Un médecin qui aura mis en place une sédation profonde ne l'interrompt pas. C'est absolument impossible !

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Donc, elle est continue !

M. Daniel Chasseing. Même si l'on supprime l'adjectif « continue » dans le texte, le médecin ne sera pas obligé d'interrompre le traitement sédatif : une telle affirmation relève de la caricature.

La loi Leonetti est un très bon texte, qui permet déjà d'augmenter les doses de morphine et de valium administrées à un patient en fin de vie tout en informant la famille des effets secondaires probables. Aucun médecin ne réduira les doses alors que le malade souffre et que son état s'aggrave, même si l'on supprime le caractère continu de la sédation. (*Applaudissements sur certaines travées du groupe Les Républicains.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Evelyne Yonnet, pour explication de vote.

Mme Evelyne Yonnet. Pour des raisons tout à fait personnelles, je suis ce débat avec beaucoup d'attention et d'intérêt.

J'ai le sentiment que l'on en vient à oublier le malade. Nous parlons pourtant des droits du malade en fin de vie. C'est lui qui décide, ce n'est pas le corps médical ; le corps médical est là pour l'accompagner. Cette proposition de loi vise à attribuer de nouveaux droits aux personnes en fin de vie, afin de leur éviter de souffrir. Or si la sédation n'est pas continue, le patient se réveillera et souffrira. (*Marques de dénégation sur les travées du groupe Les Républicains.*) Mais si ! En fait, vous n'acceptez pas que l'on accorde au patient en fin de vie le droit nouveau qui fait l'objet de cette proposition de loi. Le meilleur médecin dans ces circonstances, c'est le patient lui-même ; il sait qu'il est en fin de vie. Le rôle du médecin consiste avant tout à l'accompagner. Je ne comprends pas cette discussion. Il faut maintenir le caractère continu de la sédation.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 59 rectifié *bis*.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Bruno Gilles, pour explication de vote sur l'amendement n° 4 rectifié.

M. Bruno Gilles. Je voudrais revenir sur la seconde partie de cet amendement, ayant obtenu tout à l'heure des réponses sur la question des traitements de maintien en vie et des traitements thérapeutiques.

Nous sommes plusieurs à proposer une rédaction différente de l'alinéa 4. Dans le cas de patients en état d'exprimer leur volonté, la poursuite de traitements de maintien en vie fondés sur une obstination déraisonnable relève davantage de l'empathie que de l'objectivité, même si on peut la comprendre. En revanche, dans les services de pointe où sont disponibles des technologies très performantes, comme au sein de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, par exemple, il est facile d'évaluer la souffrance des patients. Néanmoins, ces technologies très performantes n'existent pas partout et nous avons souligné hier le manque de places et de moyens.

Deux cas doivent donc être distingués, selon que des technologies très performantes sont disponibles ou pas. Tout à l'heure, il a été dit qu'il fallait penser au patient, certes, mais aussi au médecin. Celui-ci peut se trouver dans une situation où il doit fonder sa décision sur les seules dispositions anticipées du patient, mais qui peut vraiment s'autoriser à décider de mettre un terme à la vie d'autrui sans que l'intéressé en ait fait explicitement la demande? Agir autrement correspondrait à une euthanasie ou à un « suicide assisté », que la plupart d'entre nous ont entendu exclure. C'est sur ce point que porte notre débat de cet après-midi. Nous proposons que, en l'absence de dispositions anticipées du patient, le médecin devra seul s'assurer que le pronostic vital est engagé à court terme.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 4 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 5 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote sur l'amendement n° 49 rectifié.

M. Daniel Chasseing. Je maintiens cet amendement, car il me semble nécessaire de préciser, dans la rédaction de l'article 3, que l'hydratation peut être poursuivie durant la sédation profonde et continue.

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Je rappelle que, hier soir, nous avons inscrit cette précision au sein de l'article 1^{er}. Il n'est peut-être pas nécessaire de rappeler à chaque article que l'hydratation artificielle peut être poursuivie...

Mme la présidente. Monsieur Chasseing, l'amendement n° 49 rectifié est-il maintenu?

M. Daniel Chasseing. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 49 rectifié est retiré.

La parole est à Mme Dominique Gillot, pour explication de vote sur l'amendement n° 102 rectifié.

Mme Dominique Gillot. Je maintiens cet amendement, qui vise à affirmer un droit nouveau pour les patients. Certains malades peuvent juger, sans être forcément en fin de vie, que celle-ci ne vaut plus d'être vécue et souhaiter partir dignement. L'exercice de ce droit serait bien sûr entouré de toutes les garanties nécessaires.

Comme je l'ai déjà souligné, nos concitoyens ont une grande confiance dans les médecins, et cette confiance oblige ces derniers. Il ne s'agit pas, pour autant, de les contraindre à accomplir des gestes auxquels leur conscience se refuserait, mais, dans des cas rares, il arrive, on le sait, qu'un médecin accède à la demande fondamentale d'un patient de lui administrer un traitement qui accélère la survenue de la mort.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 102 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Monsieur de Legge, l'amendement n° 60 rectifié *bis* est-il maintenu?

M. Dominique de Legge. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 60 rectifié *bis* est retiré.

Monsieur Chasseing, l'amendement n° 50 rectifié est-il maintenu?

M. Daniel Chasseing. Dès lors que la sédation sera continue jusqu'au décès...

Mme la présidente. Mon cher collègue, je vous rappelle que, à la suite de l'adoption de l'amendement n° 59 rectifié *bis*, le texte ne prévoit plus que la sédation sera continue.

M. Daniel Chasseing. Dans ces conditions, je retire l'amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 50 rectifié est retiré.

Monsieur de Legge, l'amendement n° 61 rectifié *bis* est-il maintenu?

M. Dominique de Legge. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 61 rectifié *bis* est retiré.

Monsieur Barbier, l'amendement n° 74 rectifié est-il maintenu?

M. Gilbert Barbier. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 74 rectifié est retiré.

Madame Duranton, l'amendement n° 25 rectifié est-il maintenu?

Mme Nicole Duranton. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 25 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 51 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique de Legge, pour explication de vote sur l'amendement n° 62 rectifié *bis*.

M. Dominique de Legge. Je rectifie cet amendement, pour supprimer le mot « très ».

Mme la présidente. Je suis donc saisie d'un amendement n° 62 rectifié *ter*, présenté par MM. de Legge, Sido, Reichardt, Morisset, Mandelli, Revet, de Nicolaï, D. Laurent, G. Bailly, B. Fournier, Pierre, Leleux et Chaize, Mme Gruny, M. de Raincourt, Mmes Canayer et Duchêne, MM. Bizet et Buffet, Mme Cayeux, MM. Trillard et Portelli, Mmes di Folco et Duranton, MM. Huré, Kennel et Pozzo di Borgo, Mme Des Esgaulx, M. J.P. Fournier, Mme Deromedi, MM. Vasselle, Bignon, Pointereau, Vaspart, Hyst et Mouiller, Mme Mélot, MM. Retailleau, Mayet et Charon, Mme Deroche, MM. Husson, Houël et Gournac, Mmes Debré et Lamure et MM. Kern, Cardoux et Guerriau, et ainsi libellé :

Alinéa 4

Après les mots :

le patient

insérer les mots :

, dont le pronostic vital est engagé à court terme,

Quel est l'avis de la commission sur cet amendement ainsi rectifié ?

M. Alain Milon, *président de la commission des affaires sociales*. La commission maintient l'avis défavorable qu'elle avait émis sur l'amendement n° 62 rectifié *bis*.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Le Gouvernement maintient également son avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Bas, pour explication de vote.

M. Philippe Bas. L'alinéa 4 vise le cas de figure où le patient est non pas en situation d'agonie, mais dans un état végétatif. Il n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté, et c'est au titre du refus de l'obstination déraisonnable que serait appliquée une sédation profonde.

Si l'on ajoute que le pronostic vital doit être engagé à court terme, l'alinéa 4 ne se justifie plus. En effet, le dispositif de la sédation profonde ne concernera plus que les patients à l'agonie. De ce fait, il me semble que l'adoption de cet amendement créerait de la confusion.

Mme la présidente. Monsieur de Legge, l'amendement n° 62 rectifié *ter* est-il maintenu ?

M. Dominique de Legge. Non, je le retire, madame la présidente. Les excellents arguments de M. Bas m'ont convaincu.

Mme la présidente. L'amendement n° 62 rectifié *ter* est retiré.

La parole est à Mme Dominique Gillot, pour explication de vote sur l'amendement n° 37 rectifié.

Mme Dominique Gillot. Je maintiens également cet amendement. Il s'agit de réaffirmer que la volonté du patient prime sur celle des médecins.

Je préconise que la procédure collégiale ne s'impose que si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté et s'il n'a pas rédigé de directives anticipées. Sinon, la responsabilité de la décision reviendra forcément au médecin.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 37 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique de Legge, pour explication de vote sur l'amendement n° 83 rectifié.

M. Dominique de Legge. Pour ma part, je voterai cet amendement, qui me semble aller tout à fait dans le sens évoqué par Mme David.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 83 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Monsieur de Legge, les amendements n° 63 rectifié *bis* et 68 rectifié *bis* sont-ils maintenus ?

M. Dominique de Legge. Je suis disposé à les retirer, sous réserve que le Gouvernement nous apporte des garanties sur le suivi médical de la sédation, notamment lorsqu'elle sera mise en œuvre à domicile. Je souhaiterais que Mme la ministre prenne des engagements très clairs sur ce point.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Monsieur le sénateur, l'un des objectifs du plan triennal de développement des soins palliatifs est précisément de permettre à des personnes en fin de vie qui souhaitent rester chez elles de bénéficier des services de structures de soins palliatifs.

De telles structures existent déjà. Leurs équipes se rendent au domicile des malades pour leur apporter un encadrement, un accompagnement à la fois médicalisé et psychologique. Il ne s'agit nullement de laisser la personne seule ! La solution peut être l'hospitalisation à domicile ou le recours à des structures spécifiques de soins palliatifs intervenant au domicile ou au sein des EHPAD. Aujourd'hui, l'accompagnement à domicile ou en EHPAD des personnes en fin de vie n'est clairement pas satisfaisant. Il est, de plus, très insuffisamment proposé.

Je le répète, il ne s'agit en aucun cas de nier la nécessité d'un accompagnement, bien au contraire : l'objectif est de permettre aux malades de rester chez eux, dans un environnement serein et familial, lorsque l'hospitalisation ne leur apporte plus rien, aucune issue thérapeutique n'étant possible.

Mme la présidente. Monsieur de Legge, qu'en est-il finalement des amendements n° 63 rectifié *bis* et 68 rectifié *bis* ?

M. Dominique de Legge. Au bénéfice de ces explications, je retire ces deux amendements, madame la présidente.

Mme la présidente. Les amendements n° 63 rectifié *bis* et 68 rectifié *bis* sont retirés.

Madame Duranton, l'amendement n° 23 rectifié est-il maintenu ?

Mme Nicole Duranton. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 23 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 52 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Monsieur Revet, l'amendement n° 7 est-il maintenu ?

M. Charles Revet. On le voit bien, des interrogations subsistent. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a certes été consulté, mais sur la proposition de loi initiale, c'est-à-dire sur le texte qui avait été déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale.

M. Alain Gournac. Tout à fait !

M. Charles Revet. En conséquence, je maintiens mon amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Amiel, corapporteur.

M. Michel Amiel, corapporteur. L'article 47 du code de déontologie est tout à fait clair sur ce point : « Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. »

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Monsieur Revet, le caractère continu de la sédation ayant été supprimé, ce qui fragilisera d'ailleurs considérablement la position des médecins, au point qu'il n'est pas certain qu'ils persistent à la pratiquer, la clause de conscience prévue par votre amendement n'est plus nécessaire.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Bas, pour explication de vote sur l'amendement n° 7.

M. Philippe Bas. Je voudrais rassurer M. le président de la commission des affaires sociales : la rédaction que nous avons adoptée n'empêchera pas que la sédation soit continue jusqu'au décès ; simplement, cela ne devra pas nécessairement être le cas.

M. Alain Gournac. Voilà !

M. Philippe Bas. Il me semble qu'un profond malentendu existe dans ce débat.

M. Charles Revet. Tout à fait !

M. Philippe Bas. La sédation profonde, mise en œuvre en ultime recours, quand tous les autres soins palliatifs ont échoué, se poursuivra très généralement jusqu'au décès. Bien souvent, en pratique, la question ne se posera même pas.

M. Charles Revet. Je retire l'amendement, madame la présidente !

Mme la présidente. L'amendement n° 7 est retiré.

Monsieur de Legge, l'amendement n° 64 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Dominique de Legge. Pour les raisons que M. Bas vient d'exposer, je retire cet amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 64 rectifié *bis* est retiré.

La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote sur l'article.

M. René-Paul Savary. Ce débat exige de notre part beaucoup d'humilité.

J'ai consulté le compte rendu de l'audition du 15 avril dernier d'Alain Claeys et de Jean Leonetti, pour essayer de déterminer si nous avons progressé sur ce sujet de la sédation profonde et continue.

En accord avec la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, M. Leonetti avait rappelé que l'on a « le droit de dormir pour ne pas souffrir avant de mourir », le principe étant que le malade n'est pas obligé d'assister au « drame tragique » de sa mort. La sédation continue jusqu'au décès pouvait être mise en place à condition que la mort soit imminente et que la souffrance du malade soit réfractaire à tout autre traitement. Je ne suis pas convaincu que le présent texte marque une progression.

Jean Leonetti disait que la sédation profonde et continue est déjà pratiquée dans certains services hospitaliers, mais pas à domicile ou dans les EHPAD. Or cette proposition de loi ne changera rien de ce point de vue, puisque des moyens supplémentaires ne seront pas alloués pour que chacun soit à égalité face à ce droit, devenu opposable, des malades à ne pas souffrir.

On peut se donner bonne conscience en soulignant des avancées que certains jugent significatives, mais rien ne changera en termes de résorption des inégalités entre les patients selon leur lieu de résidence, selon les territoires.

C'est pourquoi je ne suis toujours pas persuadé de la nécessité de toucher à la loi Leonetti. (*Mmes Dominique Gillot et Michelle Meunier s'exclament.*) Dans le droit fil de mes votes précédents, je m'abstiendrai donc sur cet article 3.

Mme la présidente. La parole est à M. Georges Labazée, pour explication de vote.

M. Georges Labazée. En raison de l'adoption de l'amendement n° 59 rectifié *bis*, les membres du groupe socialiste et républicain ne voteront pas l'article 3, le caractère continu de la sédation étant à leurs yeux un élément central.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. J'abonde dans le sens de Georges Labazée : la suppression du caractère continu de la sédation dénature complètement le dispositif. C'est pourquoi les membres du groupe CRC voteront contre l'article 3.

Mme la présidente. La parole est à Mme Corinne Bouchoux, pour explication de vote.

Mme Corinne Bouchoux. Peut-être ai-je mal lu, mais je ne retrouve pas dans le texte la notion de droit opposable. De ce fait, la polémique à laquelle nous avons assisté ne me semble pas justifiée. Je me permettrai de le signaler à M. Hyst, pour qui j'ai beaucoup d'amitié : au travers de cet article, il ne s'agit pas de créer un droit opposable. Une confusion me paraît s'être produite sur ce point. J'aimerais que Mme la ministre nous apporte des précisions. Cela pourrait lever pour partie les réserves de la commission des lois.

Par ailleurs, l'adoption de l'adoption n° 59 rectifié *bis* constitue un recul par rapport à une rédaction qui nous semblait déjà représenter un minimum. Dans ces conditions, avec la meilleure volonté du monde, le groupe écologiste ne pourra voter cet article.

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Monsieur Savary, j'en conviens, les dispositions législatives n'auront, en définitive, pas beaucoup évolué. Hier soir, nous avons déjà évoqué la nécessité de généraliser la mise en œuvre des soins palliatifs dans tous les services hospitaliers, dans les EHPAD et à domicile, par l'intermédiaire de l'hospitalisation à domicile ou par d'autres biais.

Des amendements sur ce sujet présentés par des membres du groupe auquel vous appartenez ont été adoptés. Pour que leurs dispositions puissent être appliquées, il faudra voter les budgets nécessaires. (*M. Bruno Retailleau acquiesce.*) Nous en reparlerons donc lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Des lits de soins palliatifs doivent enfin être installés dans l'ensemble de nos territoires !

Madame la présidente, je sollicite une suspension de séance d'une dizaine de minutes avant que n'intervienne le vote sur l'article 3.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Amiel, corapporteur.

M. Michel Amiel, corapporteur. À mon sens, il est exagéré d'affirmer que la suppression du caractère continu de la sédation a dénaturé cet article.

Le médecin aura la possibilité de mettre en œuvre une sédation profonde, mais celle-ci ne sera pas automatiquement continue. Sa position s'en trouvera certes fragilisée, mais l'esprit du texte demeure, ainsi que la volonté de soulager le patient en fin de vie, selon des modalités bien connues du corps médical. Par conséquent, je regrette que les tenants de l'euthanasie se prononcent contre le présent article.

Pour le reste, je le redis encore une fois, il s'agit de fin de vie à court terme et de souffrances réfractaires à tout autre traitement. À cet égard, cette proposition de loi consolide bel et bien la loi Leonetti, conformément au souhait de son auteur lui-même.

Il faut ouvrir la possibilité de finir ses jours ailleurs qu'à l'hôpital, par exemple en EHPAD ou à domicile. (*MM. Louis-Jean de Nicolaj et Dominique de Legge opinent.*) C'est, de très loin, le meilleur moyen d'inciter le Gouvernement à déployer les moyens nécessaires, dans le cadre du plan triennal annoncé.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je ne souhaite pas revenir sur le débat, qui nous occupe depuis hier soir, sur les objectifs de la proposition de loi.

Toutefois, l'intervention de Mme Corinne Bouchoux m'amène à apporter une précision. Nous utilisons, moi y compris, le concept d'« opposabilité » de manière trop légère.

Par définition, quand on se réclame d'un droit, c'est dans l'espoir d'en bénéficier. En l'occurrence, il s'agit d'un droit pour les patients. C'est d'ailleurs pour cela que l'article est rédigé à l'indicatif.

M. Marc Daunis. Bien sûr!

Mme Marisol Touraine, ministre. Un droit n'est pas défini de manière abstraite; il est ouvert dans des conditions particulières.

Les conditions nécessaires pour pouvoir demander et obtenir une sédation « profonde et continue jusqu'au décès » sont inscrites dans le texte.

Il ne suffit pas d'être malade pour aller frapper à la porte d'un médecin et solliciter une sédation profonde. Certains parlementaires auraient souhaité ouvrir la possibilité pour un patient n'ayant pas envie d'atteindre l'extrême limite de sa vie de bénéficier d'une aide active à mourir. Cela relève du suicide assisté ou de l'euthanasie, deux procédures qui ne sont pas de même nature. Il ne s'agit pas de cela aujourd'hui! (*M. Didier Guillaume acquiesce.*)

Nous débattons d'un droit encadré et soumis à plusieurs conditions. D'abord, le patient doit être « atteint d'une affection grave et incurable ». Ensuite, son « pronostic vital » doit être « engagé à court terme ». En outre, et les conditions sont cumulatives, il doit présenter une « souffrance réfractaire à tout autre traitement ». Enfin, il faut qu'il en « exprime la volonté »; ce n'est tout de même pas négligeable!

Mme Evelyne Yonnet. Il ne doit pas y être opposé!

Mme Marisol Touraine, ministre. En d'autres termes, ainsi que je l'ai déjà souligné, notre approche s'inscrit dans le prolongement de la loi de 2002 et de la mise en place de droits des patients. Comme cela figure dans l'intitulé de la proposition de loi, nous établissons un nouveau droit « en faveur des malades et des personnes en fin de vie ».

Le patient effectue une demande. Et, dans certaines circonstances précisément définies, il obtient le droit de bénéficier de la sédation. Ni plus ni moins! Nous sommes très loin du suicide assisté, et l'euthanasie relève d'une tout autre démarche.

Une obligation nouvelle s'impose au médecin; c'était déjà le cas avec le texte de 2002. Le praticien est soumis à un certain nombre d'obligations qui figurent dans le code de déontologie ou dans la loi. Depuis 2002, la transmission du dossier médical à un patient qui en fait la demande est obligatoire; ce n'était pas le cas auparavant. La proposition de loi crée une obligation nouvelle en matière de prise en charge du malade.

J'ai trouvé nos discussions très intéressantes et relativement apaisées. Le droit nouveau, s'il ne constitue pas, et c'est un regret pour certains, une rupture avec ce qui existait précédemment, ne doit pas être sous-estimé pour autant: nous instaurons la possibilité, dans certaines conditions, d'interrompre la souffrance du malade. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

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

M. Bruno Retailleau. Madame la présidente, je sollicite également une suspension de séance.

Mme la présidente. Mes chers collègues, nous allons interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à dix-huit heures cinq, est reprise à dix-huit heures quinze.*)

Mme la présidente. La séance est reprise.

Je mets aux voix l'article 3, modifié.

J'ai été saisie d'une demande de scrutin public émanant du groupe de l'UDI-UC.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

Mme la présidente. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(*Il est procédé au dépouillement du scrutin.*)

Mme la présidente. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 205 :

Nombre de votants	335
Nombre de suffrages exprimés	333
Pour l'adoption	187
Contre	146

Le Sénat a adopté.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. À mes yeux – peut-être certains à l'extérieur de cet hémicycle ne comprennent-ils pas bien le sens de ce qui vient de se passer –, le dispositif adopté ne constitue pas une avancée pour les patients en fin de vie.

Le Sénat a voté un article 3 vidé de sa substance par rapport au texte initial de la proposition de loi. Cette version ne crée aucun droit nouveau pour les patients en fin de vie. Le fait qu'une position majoritaire se soit imposée ne signifie pas qu'un consensus ait été trouvé en leur faveur !

Je prends évidemment acte de la décision de la Haute Assemblée, mais je la déplore. (*Exclamations sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. Charles Revet. Le Sénat a bien le droit de donner son avis !

Mme Marisol Touraine, ministre. Le texte ainsi adopté ne correspond ni à la rédaction de l'Assemblée nationale ni à l'esprit dans lequel le Gouvernement avait travaillé avec les députés Alain Claeys et Jean Leonetti.

Par conséquent, en mon nom et en celui du Gouvernement, je regrette le vote qui vient d'être émis. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe écologiste.*)

Article 4

- ① L'article L. 1110-9 du même code est ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1110-9. – Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.
- ③ « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.
- ④ « Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, les proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »

Mme la présidente. L'amendement n° 75 rectifié, présenté par MM. Barbier et Collombat, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Après les mots :

des soins

rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

adaptés comportant l'administration de médicaments et l'assistance psychique et visant à soulager sa douleur et sa souffrance. Celles-ci doivent être, en toutes circonstances, prévenues, prises en compte, évaluées et traitées.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Je retire cet amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 75 rectifié est retiré.

L'amendement n° 30 rectifié, présenté par Mme Gatel, MM. Médevielle, Cigolotti et les membres du groupe Union des Démocrates et Indépendants - UC, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Compléter cet alinéa par les mots :

adaptés, de qualité et de proximité, sur l'ensemble du territoire, que ce soit dans des structures médico-sociales ou à domicile

La parole est à Mme Françoise Gatel.

Mme Françoise Gatel. Nous proposons de compléter l'alinéa 3 de l'article. Il est important de disposer de soins palliatifs de qualité et de proximité sur l'ensemble du territoire, tant dans des structures médico-sociales qu'à domicile.

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

M. Michel Amiel, corapporteur. Ainsi que je l'ai déjà indiqué hier soir, tout le monde est convaincu de la nécessité d'étendre les structures de soins palliatifs, en lit d'hospitalisation comme en unité mobile. Le débat de fond que nous avons eu sur l'article 3 en atteste.

La commission sollicite donc le retrait de cet amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

Mme la présidente. Madame Gatel, l'amendement n° 30 rectifié est-il maintenu ?

Mme Françoise Gatel. Non, madame la présidente ; compte tenu de notre débat d'hier soir sur la nécessité d'une couverture sur l'ensemble du territoire en soins palliatifs, j'accepte de retirer mon amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 30 rectifié est retiré.

Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les amendements n°s 123 et 124 ne sont pas soutenus.

L'amendement n° 65 rectifié *bis*, présenté par MM. de Legge, Sido, Reichardt, Morisset, Mandelli, Revet, de Nicolaj, D. Laurent, G. Bailly, B. Fournier, Pierre et Leleux, Mme Imbert, M. Chaize, Mme Gruny, M. de Raincourt, Mmes Canayer et Duchêne, MM. Bizet et Buffet, Mme Cayeux, MM. Trillard, Portelli et Savary, Mmes di Folco et Duranton, MM. Huré et Pozzo di Borgo, Mme Des Esgaulx, M. J.P. Fournier, Mme Deromedi, MM. Vasselle, Bignon, Pointereau, Vaspert, Hyst, Saugéy et Mouiller, Mme Mélot, MM. Retailleau, Mayet et Charon, Mme Deroche, MM. Husson, Houel et Gournac, Mmes Debré et Lamure et MM. Kern, Cardoux, Gremillet et Guerriau, est ainsi libellé :

Alinéa 4, première phrase

Après le mot :

effet

insérer le mot :

secondaire

La parole est à M. Dominique de Legge.

M. Dominique de Legge. Nous souhaitons préciser à l'alinéa 4 que le traitement destiné à atténuer la souffrance peut avoir comme effet secondaire d'abrégé la vie. Je vous renvoie aux débats que nous avons eus précédemment. Nous proposons d'ajouter l'adjectif « secondaire ».

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

M. Michel Amiel, corapporteur. Au risque que notre collègue juge une nouvelle fois ma position obtuse, je souligne que la mort n'est pas un effet « secondaire » !

La commission émet donc un avis très défavorable sur cet amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

Mme la présidente. Monsieur de Legge, l'amendement n° 65 rectifié est-il maintenu ?

M. Dominique de Legge. Non, madame la présidente.

Certes, j'aimerais connaître la différence entre un « avis défavorable » et un « avis très défavorable » dans l'esprit de M. le corapporteur. Mais, dans un souci d'apaisement, je retire mon amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 65 rectifié est retiré.

La parole est à M. le président de la commission.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Le problème n'est pas de connaître la différence entre un « avis défavorable » et un « avis très défavorable ».

Admettre que la mort puisse être un « effet secondaire », c'est condamner le médecin à tuer !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 4.

(L'article 4 est adopté.)

Article 4 bis (Supprimé)

Mme la présidente. L'amendement n° 45, présenté par Mmes Bouchoux, Archimbaud, Benbassa et Blandin, MM. Dantec, Desessard, Gattolin, Labbé et Placé et Mme Aïchi, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après l'article L. 1110-10 du même code, il est inséré un article L. 1110-10-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-10-... - Chaque année, l'Agence régionale de santé présente en séance plénière à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie un rapport exhaustif et actualisé sur les patients pris en charge en soins palliatifs en établissements de santé et structures médico-sociales, sur la prise en charge des soins palliatifs accompagnée par les réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 ou assurée à domicile par des professionnels libéraux ainsi que sur la politique poursuivie par la région pour développer les soins palliatifs. »

La parole est à Mme Corinne Bouchoux.

Mme Corinne Bouchoux. Je vous l'avoue, je suis un peu troublée. J'avais déposé cet amendement dans un souci de consensus.

Cette nuit, nous avons pris acte de nos différences sur le fond. Pour notre part, nous souhaitons revenir au texte initial de l'Assemblée nationale.

Je rejoins Mme la ministre. L'adoption de l'amendement n° 59 rectifié et la manière dont le débat s'est déroulé m'ont surpris. Appelons un chat un chat : le vote qui est intervenu marque la victoire politique d'une vision ultraconservatrice ! *(Protestations sur les travées du groupe Les Républicains.)*

Mme Nicole Bricq. Elle a raison !

Mme Corinne Bouchoux. Croyez bien que je le regrette, mes chers collègues.

Dans ce contexte, mon amendement risque d'apparaître un peu décalé. Pourtant, je vais tout de même le défendre, car il est en lien avec le débat serein que nous avons eu hier soir.

L'article 15 de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie prévoit la présentation en annexe du projet de loi de finances d'un bilan de la politique suivie en matière de développement des soins palliatifs et d'accompagnement à domicile tous les deux ans. Or, et ce n'est peut-être pas un hasard, cette disposition n'a jamais été appliquée. D'ailleurs, dans son rapport annuel sur les soins palliatifs, qui a été publié au mois de février dernier, la Cour des comptes le regrette.

Si nous en sommes là aujourd'hui, c'est précisément parce que la loi concernant les soins palliatifs n'a jamais pu être mise en œuvre, pour différentes raisons. Mais ce n'est pas parce qu'aucun bilan n'a été dressé qu'il faut abandonner l'idée d'en avoir un. Au contraire ! Nous avons collectivement acté cet échec. Ce n'est pas en retirant le thermomètre ou en ôtant ses lunettes qu'on résoudra un problème !

C'est pourquoi nous proposons, de manière symbolique et modeste, de mettre en place un autre dispositif de suivi du développement des soins palliatifs ; les modalités en seront peut-être modifiées par certains collègues. Afin de limiter les inégalités territoriales, nous voulons confier aux agences régionales de santé, qui jouent un rôle structurant eu égard à l'importance de leur développement, la mission de présenter à la conférence régionale de santé et de l'autonomie un rapport pour acter la situation dans chaque territoire.

Dans une logique constructive et positive, compte tenu des votes intervenus hier, nous demandons la réalisation d'un bilan régulier pour assurer l'égalité des territoires. Certes, d'une manière générale, je suis contre les rapports. Mais, en l'espèce, celui que je propose me semble nécessaire.

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

M. Michel Amiel, corapporteur. Au départ, le dispositif proposé nous semblait un peu lourd, et nous estimions que l'Observatoire national de la fin de vie était tout à fait à même de répondre à une telle attente. Mais nous avons décidé d'émettre un avis de sagesse sur cet amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement est favorable à votre amendement, madame la sénatrice.

L'article que vous proposez de rétablir a été voté par l'Assemblée nationale. Lorsqu'un tel amendement avait été présenté devant les députés, j'avais émis des réserves ; d'autres démarches me semblaient possibles pour évaluer l'offre de

soins palliatifs. Mais, dans la mesure où ce choix a prévalu, il n'y a aucune raison de préférer aujourd'hui un autre dispositif.

De surcroît, dans le contexte actuel, il me semble utile de marquer notre volonté d'apporter à nos concitoyens des réponses en matière de soins palliatifs. Comme vous l'avez souligné, des hommes et des femmes qui sont malades, qui craignent de le devenir ou qui pensent à leurs proches malades attendent beaucoup du texte. Ils souhaitent que des perspectives leur soient proposées. Votre démarche va en ce sens. J'y suis donc favorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. Nous voterons cet amendement.

En effet, et cela a été rappelé, nos concitoyens attendent beaucoup de cette proposition de loi. Même si leurs attentes risquent d'être un peu déçues suite au vote qui est intervenu tout à l'heure, il nous semble important que les agences régionales de santé dressent un bilan de la situation. Je rejoins Mme la ministre: d'autres démarches auraient pu être engagées. Mais nous acceptons le dispositif qui nous est proposé.

Si l'on veut vraiment – c'est, me semble-t-il, la position exprimée par chacun, toutes sensibilités politiques confondues – offrir des soins palliatifs à toutes les personnes malades sur l'ensemble du territoire, encore faut-il se donner les moyens de procéder à une évaluation de ce qui est proposé. L'outil donc nous semble approprié.

Mme la présidente. La parole est à M. Georges Labazée, pour explication de vote.

M. Georges Labazée. Il nous arrive souvent de demander des rapports annuels, afin de franchir la barrière que constituent les irrecevabilités financières de l'article 40 de la Constitution...

En commission, nous avons longuement débattu de cet amendement visant à demander un bilan de la politique de développement des soins palliatifs. D'ailleurs, M. le corapporteur a émis un avis de sagesse.

Le groupe socialiste votera cet amendement, qui est en phase avec les dispositifs nécessaires à la mise en œuvre des soins palliatifs sur tout le territoire.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Claude Requier, pour explication de vote.

M. Jean-Claude Requier. D'ordinaire, nous sommes contre les rapports. Ils remplissent les placards, et on n'en lit que les première et dernière pages!

Mme Nicole Bricq. N'exagérons rien!

M. Jean-Claude Requier. Néanmoins, nous voterons cet amendement. Ce serait encore mieux s'il s'agissait d'un rapport d'évaluation et de programmation. Mais c'est peut-être un peu difficile.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 45.

(L'amendement est adopté.)

M. Didier Guillaume. Joli succès!

Mme la présidente. En conséquence, l'article 4 *bis* est rétabli dans cette rédaction.

Article 5

① I. – L'article L. 1111-4 du même code est ainsi modifié:

② 1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé:

③ « Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement, quel qu'il soit. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. »;

④ 2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé:

⑤ « Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne qui refuse tout traitement ou souhaite arrêter un traitement après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si cette décision de la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical pour éclairer ses choix. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. »;

⑥ 3° *(Supprimé)*

⑦ 4° Après le mot: « susceptible », la fin du cinquième alinéa est ainsi rédigée: « d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale visée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou les proches aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

⑧ II. – *(Non modifié)* À la première phrase du V de l'article L. 2131-1 du même code, le mot: « troisième » est remplacé par le mot: « quatrième ».

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 126 n'est pas soutenu.

L'amendement n° 76 rectifié, présenté par MM. Barbier, Bertrand, Collin, Collombat, Fortassin et Hue, Mme Laborde et MM. Mézard et Requier, est ainsi libellé:

Alinéa 3

Après les mots:

Toute personne

insérer le mot:

majeure

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. L'article 5 vise à modifier l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, en précisant que toute personne a le « droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement, quel qu'il soit. »

Pour ma part, je souhaite ajouter que la personne doit être majeure. Certes, c'est peut-être superfétatoire; on me rétorquera que ce droit revient aux parents. Mais, en pratique, je préférerais inscrire dans la loi que les mineurs ne peuvent pas refuser un traitement.

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

M. Michel Amiel, corapporteur. À titre personnel, je suis défavorable à cet amendement. Mais la commission des affaires sociales s'y est déclarée favorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Les médecins et les soignants ont les mêmes obligations à l'égard de tout patient, mineur ou majeur. Ils proposent les mêmes accompagnements. Un mineur malade doit pouvoir participer à la discussion et exprimer sa volonté, même si ce sont ses parents qui le représentent.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 76 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 127 n'est pas soutenu.

L'amendement n° 70 rectifié *bis*, présenté par MM. de Legge, Morisset, Mandelli, de Nicolaÿ, D. Laurent, B. Fournier, Pierre, Leleux, Chaize et de Raincourt, Mme Duchêne, MM. Bizet et Buffet, Mme Cayeux, M. Trillard, Mmes di Folco et Duranton, MM. Huré et Pozzo di Borgo, Mme Des Esgaulx, M. J.P. Fournier, Mme Deromedi, MM. Vasselle, Bignon, Pointereau, Vaspart, Hyest, Saugey et Mouiller, Mme Mélot, M. Retailleau, Mme Gruny, M. Mayet, Mme Canayer, M. Charon, Mme Deroche, MM. Husson, Houel et Gournac, Mmes Debré et Lamure et MM. Kern, Cardoux et Guerriau, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Au début, insérer les mots :

Après s'être assuré que la personne n'est pas dans un état psychologique susceptible d'altérer son jugement,

La parole est à M. Dominique de Legge.

M. Dominique de Legge. Cet amendement vise à préciser que le médecin a l'obligation de s'assurer de l'état psychologique du patient ayant exprimé la volonté de refuser ou de ne pas poursuivre un traitement.

Toutefois, je souhaite rectifier mon amendement en supprimant l'adjectif « psychologique », qui n'apporte rien.

Mme la présidente. Je suis donc saisie d'un amendement n° 70 rectifié *bis*, présenté par MM. de Legge, Morisset, Mandelli, de Nicolaÿ, D. Laurent, B. Fournier, Pierre, Leleux, Chaize et de Raincourt, Mme Duchêne, MM. Bizet et Buffet, Mme Cayeux, M. Trillard, Mmes di Folco et Duranton, MM. Huré et Pozzo di Borgo, Mme Des Esgaulx, M. J.P. Fournier, Mme Deromedi, MM. Vasselle, Bignon, Pointereau, Vaspart, Hyest, Saugey et Mouiller, Mme Mélot, M. Retailleau, Mme Gruny, M. Mayet, Mme Canayer, M. Charon, Mme Deroche, MM. Husson, Houel et Gournac, Mmes Debré et Lamure et MM. Kern, Cardoux et Guerriau, et ainsi libellé :

Alinéa 5

Au début, insérer les mots :

Après s'être assuré que la personne n'est pas dans un état susceptible d'altérer son jugement,

L'amendement n° 66 rectifié *bis*, présenté par MM. de Legge, Sido, Reichardt, Morisset, Mandelli, Revet, de Nicolaÿ, D. Laurent, G. Bailly, B. Fournier et Pierre, Mme Imbert, M. Chaize, Mme Gruny, M. de Raincourt, Mmes Canayer et Duchêne, MM. Bizet, Gilles et Buffet,

Mme Cayeux, MM. Trillard et Portelli, Mmes di Folco et Duranton, MM. Huré et Pozzo di Borgo, Mme Des Esgaulx, M. J.P. Fournier, Mme Deromedi, MM. Vasselle, Bignon, Pointereau, Vaspart, Hyest et Mouiller, Mme Mélot, MM. Retailleau et Charon, Mme Deroche, MM. Houel et Gournac, Mmes Debré et Lamure et MM. Cardoux, Gremillet et Guerriau, est ainsi libellé :

Alinéa 5, première phrase

Après le mot :

obligation

insérer les mots :

, sauf si cela porte atteinte à sa conscience,

La parole est à M. Dominique de Legge.

M. Dominique de Legge. Eu égard aux débats que nous avons eus, et afin de ne pas allonger inutilement nos travaux, je retire cet amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 66 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 151 n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement sur l'amendement n° 70 rectifié *bis* ?

M. Michel Amiel, corapporteur. La commission émet un avis défavorable sur cet amendement. Le fait d'enlever l'adjectif « psychologique » ne change rien au problème.

On ne saurait considérer qu'un patient est dans un état plus ou moins important d'altération de ses capacités compte tenu de sa maladie et de ses traitements.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique de Legge, pour explication de vote.

M. Dominique de Legge. La confiance, à laquelle certains ont fait référence, ne se décrète pas. À un moment donné, il faut des preuves tangibles.

Je n'ai pas le sentiment que cet amendement soit de nature à modifier fondamentalement la proposition de loi ; la précision qu'il tend à apporter me semble utile et susceptible de rassurer un certain nombre d'entre nous. C'est la raison pour laquelle je le maintiens.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Amiel, corapporteur.

M. Michel Amiel, corapporteur. Adopter cet amendement, c'est ouvrir la boîte de Pandore !

On trouvera toujours une raison, bonne ou mauvaise, de dire que le patient n'est pas dans un état, psychologique ou non – en l'occurrence, c'est forcément psychologique : il s'agit de donner un avis –, susceptible d'altérer son jugement.

Je confirme donc l'avis défavorable de la commission.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 70 rectifié *bis*.

(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, n'adopte pas l'amendement.)

Mme la présidente. L'amendement n° 132 n'est pas soutenu.

Je mets aux voix l'article 5.

(L'article 5 est adopté.)

Article 6
(Non modifié)

L'article L. 1111-10 du même code est abrogé. – (Adopté.)

Article 7
(Supprimé)

Article 8

- ① L'article L. 1111-11 du même code est ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1111-11. – Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement. Elles sont révisables et révocables à tout moment.
- ③ « Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle distingue deux types de directives anticipées selon que la personne se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.
- ④ « Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant le patient. Le médecin n'est pas tenu de se conformer aux directives anticipées du patient lorsque sa situation médicale ne correspond pas aux circonstances visées par ces directives ou en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation médicale.
- ⑤ « La possibilité d'appliquer les directives anticipées au regard de la situation médicale du patient est examinée dans le cadre d'une procédure collégiale telle que celle visée à l'article L. 1110-5-1. La possibilité ou l'impossibilité d'appliquer les directives anticipées est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.
- ⑥ « Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Ces directives sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- ⑦ « Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.
- ⑧ « Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique, au sens du chapitre II du titre XI du livre I^{er} du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le juge ou le conseil de famille peut prévoir qu'elle bénéficie, pour la rédaction de telles directives, de l'assistance de la personne chargée de sa

protection, dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 459 du même code, à l'exclusion de toute possibilité de représentation. »

Mme la présidente. Je suis saisie de huit amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 128 n'est pas soutenu.

L'amendement n° 46, présenté par Mmes Bouchoux, Archimbaud, Benbassa et Blandin et MM. Dantec, Desesnard, Gattolin, Labbé et Placé, est ainsi libellé :

Alinéa 2, deuxième phrase

Compléter cette phrase par les mots :

ou les circonstances dans lesquelles elle désire bénéficier d'une assistance médicalisée active à mourir.

La parole est à Mme Corinne Bouchoux.

Mme Corinne Bouchoux. Il est défendu.

Mme la présidente. L'amendement n° 14, présenté par M. Pillet, au nom de la commission des lois, est ainsi libellé :

Alinéa 2, dernière phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

À tout moment, elles peuvent être révisées selon les modalités prévues par décret en Conseil d'État et révoquées par tout moyen.

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. François Pillet, rapporteur pour avis. Cet amendement, qui s'inscrit dans l'esprit d'amendements précédents, vise à garantir que les directives anticipées reflètent réellement la volonté du patient.

Ces directives, dont la durée de validité de trois ans a été supprimée, pourront être mises en œuvre. Le malade, y compris s'il se sait atteint d'une affection grave, aura toujours la possibilité de changer d'avis, quand bien même les directives auraient été rédigées de nombreuses années auparavant.

Nous proposons donc de faciliter la révocation des directives anticipées, afin de garantir leur conformité à l'égard de la volonté des patients. Elles pourront être révoquées « par tout moyen », évitant ainsi que leur force contraignante ne puisse parfois se retourner contre leur auteur.

La révocation des directives pourrait être verbale ou prendre la forme d'un courrier, d'un enregistrement audiovisuel, voire d'un message téléphonique. D'ailleurs, le texte prévoyait déjà la possibilité que ces directives soient révisées. Nous souhaitons simplement ajouter qu'elles peuvent l'être « par tout moyen ». Dans certaines circonstances, une obligation de parallélisme des formes serait de nature à se retourner contre la volonté du patient.

Mme la présidente. Les amendements n°s 129, 130 et 152 ne sont pas soutenus.

L'amendement n° 67 rectifié *bis*, présenté par MM. De Legge, Sido, Reichardt, Mouiller, Morisset, Mandelli, Revet, de Nicolaj, D. Laurent, G. Bailly, B. Fournier, Pierre et Leleux, Mme Imbert, M. Chaize, Mme Gruny, M. de Raincourt, Mmes Canayer et Duchêne, MM. Bizet et Buffet, Mme Cayeux, MM. Trillard, Portelli et Savary, Mmes di Folco et Duranton, MM. Huré et Pozzo di Borgo, Mme Des Esgaulx, M. J.P. Fournier, Mme Deromedi, MM. Vasselle, Bignon, Pointereau,

Vaspart et Hyst, Mme Mélot, MM. Retailleau, Mayet et Charon, Mme Deroche, MM. Husson, Houel et Gournac, Mmes Debré et Lamure et MM. Kern, Cardoux, Gremillet et Guerriau, est ainsi libellé :

Alinéa 4, première phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

Le médecin prend en compte les directives anticipées pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant le patient.

La parole est à M. Dominique de Legge.

M. Dominique de Legge. Par cet amendement, il s'agit de faire en sorte que le texte ne crée pas un droit opposable en matière de directives anticipées, contrairement au souhait de Mme la ministre.

Nous proposons de préciser que le médecin « prend en compte les directives anticipées », mais que celles-ci ne s'imposent pas à lui ! Certes, il doit en tenir compte, mais elles ne sauraient contrevenir à sa liberté d'appréciation et à son jugement.

Cela renvoie une différence majeure entre nous sur la question de savoir si la proposition de loi doit, ou non, créer un droit opposable.

Mme la présidente. L'amendement n° 8, présenté par M. Revet, est ainsi libellé :

Alinéa 4, première phrase

Remplacer les mots :

s'imposent au

par les mots :

sont une aide pour le

La parole est à M. Charles Revet.

M. Charles Revet. La situation de la personne qui a rédigé une directive anticipée peut être tout à fait différente selon que l'on considère le moment où il l'a rédigée ou celui où le médecin est susceptible de la mettre en œuvre. Dès lors, il est nécessaire que le médecin puisse consulter la personne de confiance ou la famille au cas où le patient n'est pas en état d'en décider.

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

M. Gérard Dériot, corapporteur. La commission émet un avis défavorable sur l'amendement n° 46. Toute demande d'assistance médicalisée active à mourir serait illégale. Une directive anticipée formulant une telle demande ne pourrait pas être appliquée sans infraction à la loi.

En revanche, l'avis sera favorable sur l'amendement n° 14, présenté au nom de la commission des lois. Aujourd'hui, les conditions de révocation des directives anticipées sont prévues par le décret du 6 février 2006, pris en application de l'actuel article L. 1111-11 du code de la santé publique. Ce décret prévoit que la révocation est possible à tout moment et sans formalité. En élevant cette précision importante au niveau législatif, la commission des lois propose de renforcer les garanties légales qui protègent les auteurs de directives.

L'adoption de l'amendement n° 67 rectifié *bis* aurait pour effet de revenir à une rédaction proche du droit positif, en prévoyant que le médecin « prend en compte » les directives anticipées. Ce faisant, cela remet en cause le contenu même

de l'article 8, qui renforce au contraire le statut des directives anticipées, en posant le principe général de leur opposabilité, tout en assortissant ce principe de deux cas dérogatoires, dont la commission des affaires sociales a tenu à préciser les limites.

En tout état de cause, aucune demande dont la mise en œuvre serait illégale ne pourrait être appliquée, sauf évidemment à s'exposer à une sanction pénale. La commission est donc défavorable à cet amendement.

Pour les mêmes raisons, elle est défavorable à l'amendement n° 8, qui prévoit que les directives anticipées « sont une aide » pour le médecin.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement est défavorable à l'amendement n° 46, pour des raisons qu'il ne me semble pas nécessaire de rappeler. Nous sommes sur deux logiques différentes.

Le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat sur l'amendement n° 14. La précision proposée ne me semble pas nécessaire. Il va de soi que le patient peut révoquer une directive anticipée par tout moyen et à tout moment. Toutefois, je n'ai pas d'opposition de principe à une telle mention. Je comprends bien la démarche, qui vise à rassurer.

Enfin, le Gouvernement émettra un avis défavorable sur les amendements n°s 67 rectifié *bis* et 8. En effet, demander que les directives anticipées ne s'imposent pas aux médecins ne s'inscrit pas dans l'esprit de cette proposition de loi ; je ne reviens pas sur les discussions que nous avons déjà eues.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 46.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 14.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 67 rectifié *bis*.

(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, adopte l'amendement.)

Mme la présidente. En conséquence, l'amendement n° 8 n'a plus d'objet.

Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 21 rectifié, présenté par Mme Duranton, M. Laufoaulu, Mmes Deromedi, Mélot et Deroche et MM. Husson, G. Bailly et Houel, est ainsi libellé :

Alinéa 4, après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Ces directives ne peuvent contenir des dispositions contraires au code de déontologie médicale.

La parole est à Mme Nicole Duranton.

Mme Nicole Duranton. Les directives anticipées ont vocation à s'imposer au médecin. Bien que le texte ait prévu certains cas dans lesquels le médecin peut déroger à l'obligation de les mettre en œuvre, notamment dans une situation d'urgence vitale, il apparaît nécessaire de rappeler avec clarté que le médecin est soumis au code de déontologie médicale, dont il ne peut pas se dégager dans ses décisions à l'égard de son patient.

Mme la présidente. L'amendement n° 131 n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 21 rectifié ?

M. Gérard Dériot, corapporteur. L'amendement n° 21 rectifié vise à préciser que les directives anticipées ne peuvent pas contenir de dispositions contraires au code de déontologie médicale.

Une telle précision apparaît inutile. En cas de contradiction, les normes de valeur légale ou, dans le cas du code de déontologie médicale, réglementaire primeront toujours sur les souhaits individuels émis par les patients dans des directives. En tout état de cause, aucune demande illégale ne pourra être appliquée ; l'auteur se mettrait en situation d'infraction pénale. La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement est défavorable à cet amendement. On imagine mal qu'un médecin soit sommé de pratiquer des actes ou d'intervenir d'une manière contraire au code de déontologie médicale.

Mme la présidente. Madame Duranton, l'amendement n° 21 rectifié est-il maintenu ?

Mme Nicole Duranton. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 21 rectifié est retiré.

Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 15, présenté par M. Pillet, au nom de la commission des lois, est ainsi libellé :

Alinéa 4, seconde phrase

Remplacer les mots :

sa situation médicale ne correspond pas aux circonstances visées par ces directives

par les mots :

leur validité fait l'objet d'une contestation sérieuse, lorsqu'elles ne sont pas adaptées à sa situation médicale,

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. François Pillet, rapporteur pour avis. Madame la présidente, avant de présenter mon amendement, je souhaite, de manière courtoise, évoquer la cohérence de nos travaux.

Nous avons adopté tout à l'heure un amendement visant à préciser que le médecin « prend en compte » les directives anticipées des patients. C'est l'expression majoritaire de notre hémicycle. Mais l'adoption d'amendements tendant à détailler les exceptions qui permettront au médecin d'intervenir dans un contexte où les directives initiales sont nécessaires et s'imposent à lui rend le texte pour le moins étrange. On ne peut pas, et je pèse mes mots, faire une bonne loi sans voter d'amendements de coordination !

M. Gérard Dériot, corapporteur. Très bien !

M. François Pillet, rapporteur pour avis. L'amendement n° 15 illustre bien mon propos.

L'article 8, dans sa rédaction issue des travaux de la commission des affaires sociales, n'autorise le médecin à écarter les directives anticipées qu'au regard de la situation médicale du patient ; certes, cela a été légèrement modifié tout à l'heure. Le médecin ne pourrait donc pas écarter les

directives anticipées contredites par des éléments ou des témoignages plus récents, comme celui de la personne de confiance.

En effet, le texte donne, ou donnait une force particulière aux directives anticipées, qui l'emporte sur tout autre critère d'appréciation. Or, avec la suppression de la durée de validité des directives anticipées, le médecin pourrait se trouver en présence de directives très anciennes et oubliées de leur auteur, qui aurait exprimé des souhaits différents depuis.

Si la proposition de loi initiale, qui prévoyait une formulation plus large en ouvrant la possibilité d'écarter les directives anticipées « manifestement inappropriées », n'est pas très précise, elle permet néanmoins la prise en compte de telles situations.

C'est la raison pour laquelle la commission des lois a souhaité déposer cet amendement. J'ai noté que la commission des affaires sociales avait déposé un sous-amendement. Notre démarche présente l'avantage de donner de la cohérence à un texte qui, à l'heure actuelle, en a bien besoin !

Mme la présidente. Le sous-amendement n° 155, présenté par MM. Dériot et Amiel, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Amendement n° 15, alinéa 5

Après le mot :

sérieuse

insérer les mots :

au regard du dernier état connu de la volonté du patient

La parole est à M. Gérard Dériot, corapporteur.

M. Gérard Dériot, corapporteur. Nous avons souhaité sous-amender l'amendement de la commission des lois pour en améliorer la rédaction.

Certes, alors que nous travaillons depuis deux mois pour obtenir le meilleur texte possible, nous finissons par nous demander, compte tenu des votes qui sont intervenus, si tout cela est bien utile...

Ce sous-amendement vise à préciser que le médecin prend en compte le « dernier état » de la volonté du patient, dernier état qui n'est pas nécessairement celui que reflètent les directives anticipées dont le praticien a connaissance.

Le contenu de certaines directives peut être invalidé par l'expression ultérieure de la volonté de la personne sous d'autres formes, écrites ou orales, comme une lettre, un enregistrement ou le simple fait de se confier à quelqu'un. Dans ce cas, les directives doivent être considérées comme révoquées, car la révocation est possible sans formalité.

L'amendement n° 15 tend à prévoir que le médecin peut écarter l'application des directives anticipées lorsque « leur validité fait l'objet d'une contestation sérieuse ». La commission des affaires sociales a considéré que la formulation retenue par la commission des lois était très, voire trop générale ; elle couvre l'ensemble des conditions de validité des directives, dépassant ainsi l'objectif recherché. Nous souhaitons donc qu'il soit fait référence au « dernier état connu de la volonté du patient ».

La commission émettra un avis favorable sur l'amendement n° 15 sous réserve de l'adoption du sous-amendement n° 155.

Mme la présidente. L'amendement n° 153 n'est pas soutenu.

Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 15 et sur le sous-amendement n° 155 ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Indépendamment des remarques de bonne légistique qui viennent d'être formulées, le Gouvernement émet un avis défavorable sur l'amendement n° 15 et le sous-amendement n° 155.

Il va de soi que c'est le dernier état de l'expression de la volonté du patient qui doit être pris en considération. Le décret en Conseil d'État prévu à cet article définira les conditions dans lesquelles le dernier état sera connu.

Il est nécessaire de prévoir les modalités de recueil des directives anticipées et d'élaboration du registre, ainsi que les différents moyens d'expression de la volonté. Mais, encore une fois, par définition, c'est bien le dernier état de la volonté du patient qui doit être pris en compte.

Le médecin ne va pas invoquer des directives anticipées anciennes pour refuser de prendre en considération le souhait contraire qu'exprimeraient ensuite le patient ou la patiente. Du point de vue de la pratique médicale, c'est inconcevable ! Nous ferons en sorte dans le décret en Conseil d'État que les différentes phases d'expression de la volonté soient bien identifiées.

L'amendement me paraît donc superfétatoire. Un tel dispositif risquerait même de soulever des interrogations sur les éléments à prendre en considération.

Mme la présidente. La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote sur le sous-amendement n° 155.

M. René-Paul Savary. Les avis respectifs de la commission et du Gouvernement montrent bien qu'il peut y avoir des interprétations très différentes ! (*M. Charles Revet acquiesce.*)

Monsieur le corapporteur, notre travail n'est pas inutile. Soyons modérés dans nos propos !

M. Gérard Dériot, corapporteur. Permettez-nous d'avoir quelques doutes !

M. René-Paul Savary. Je reviens sur l'objet de l'amendement n° 67 rectifié *bis*, adopté précédemment.

Prévoir des exceptions, c'est bien prendre en compte les directives anticipées ! Ce n'est pas antinomique ! Le médecin a un cerveau : il est capable de tenir compte des préoccupations du malade pour essayer de le soigner dans les meilleures conditions !

Il y a, certes, des protocoles, mais ils ne s'imposent pas systématiquement au médecin. Ils peuvent être adaptés aux malades en général, mais inapplicables dans certains cas particuliers. Les praticiens prennent en compte ces protocoles, mais ils sont libres en leur âme et conscience de s'en affranchir, en respectant leurs obligations déontologiques, pour traiter le malade. S'ils ne peuvent pas le soigner, ils font appel à un spécialiste.

Pourquoi faudrait-il donc que les directives anticipées s'imposent aux décisions du médecin ?

Certes, la prise en compte est bien nécessaire. D'ailleurs, la proposition de loi a pour objet de faire en sorte que les choses se passent de la manière la plus apaisée possible.

Il n'y a pas d'antinomie entre l'amendement qui a été adopté et les propositions de la commission. À mon sens, le vote de l'amendement n° 67 rectifié *bis* n'a pas changé l'esprit de l'article.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Bas, pour explication de vote.

M. Philippe Bas. M. le rapporteur pour avis de la commission des lois a parfaitement raison : l'adoption de l'amendement n° 67 rectifié *bis* a eu pour conséquence de vider de son sens la deuxième phrase de l'alinéa 4. Nous sommes en train d'essayer de l'amender alors qu'il faudrait d'abord la mettre en conformité avec la première !

Fort heureusement, les travaux parlementaires vont se poursuivre. Nous avons donc encore une chance d'imposer une rédaction acceptable. Voilà une nouvelle illustration de l'intérêt de la navette et du bicamérisme en France !

Mais tenons pour acquis que la rédaction du début de la deuxième phrase et celle de la première phrase seront harmonisées. Il s'agit maintenant de voir comment rédiger la fin de la deuxième phrase. À cet égard, je dois dire que le sous-amendement de la commission des affaires sociales me pose un problème.

Dans l'amendement n° 15, M. le rapporteur pour avis de la commission des lois a voulu viser deux types de situations dans lesquelles les directives anticipées ne seraient pas prises en compte.

D'une part, leur validité peut faire l'objet d'une contestation sérieuse, mais pas forcément, comme tend à le préciser le sous-amendement n° 155, au regard du dernier état connu de la volonté du patient.

Par exemple, elles peuvent n'avoir pas été recueillies dans des conditions permettant de s'assurer du consentement libre et éclairé. Il peut aussi arriver que d'autres directives aient été données ultérieurement. Nous avons d'ailleurs discuté tout à l'heure d'un amendement tendant à autoriser la révocation par tout moyen d'une première directive. Il est possible qu'une directive inscrite dans un grand registre national ait été ensuite annulée par l'intéressé.

Ainsi, la commission des lois souhaite que la directive ne soit pas prise en compte en cas de problème de validité au regard du consentement libre et éclairé.

D'autre part, il se peut que les directives ne soient pas adaptées à la situation médicale. Toutefois, je laisse de côté ce point, qui n'est pas du tout discuté.

Je propose donc à mes collègues d'adopter, comme je le ferai moi-même, l'amendement n° 15 sans le sous-amendement n° 155, ce dont je m'excuse par avance auprès de mes collègues de la commission des affaires sociales.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Amiel, corapporteur.

M. Michel Amiel, rapporteur. En pratique, l'article 8 sera vidé de sa substance. L'idée était de transformer des directives anticipées consultables en directives anticipées opposables.

Je n'étais pas tout à fait d'accord avec Mme la ministre sur la suppression de l'adjectif « continue », qui, à mon avis, changeait les choses sans vider l'article 3 de sa substance. Mais, en l'espèce, elle a bien raison d'indiquer que les directives sont totalement vidées de leur sens après l'adoption de l'amendement n° 67 rectifié *bis* !

Force est de le constater, quelles que soient les exceptions que les amendements suivants sont susceptibles d'apporter, les dispositions relatives aux directives anticipées ne sont aujourd'hui plus du tout conformes à l'esprit qui avait prévalu non seulement à l'Assemblée nationale, mais aussi en commission des affaires sociales du Sénat, même si nous avons apporté quelques modifications rédactionnelles.

Mme la présidente. Je mets aux voix le sous-amendement n° 155.

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

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. La commission des affaires sociales avait émis un avis favorable sur l'amendement n° 15 sous réserve de l'adoption du sous-amendement n° 155.

Compte tenu du vote qui vient d'intervenir, l'avis de la commission sur l'amendement n° 15 est désormais défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 15.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 16, présenté par M. Pillet, au nom de la commission des lois, est ainsi libellé :

Alinéa 5, première phrase

Remplacer les mots :

est examinée dans le cadre d'une procédure collégiale telle que celle visée

par les mots :

ou au regard de l'existence d'une contestation sérieuse portant sur leur validité fait l'objet d'une décision du médecin prise après consultation du collège prévu

Cet amendement n'a plus d'objet.

Le sous-amendement n° 156, présenté par MM. Dériot et Amiel, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Amendement n° 16, alinéa 5

Après le mot :

validité

insérer les mots :

au regard du dernier état connu de la volonté du patient

Ce sous-amendement n'a plus d'objet.

L'amendement n° 84 rectifié, présenté par Mme David, M. Abate, Mmes Assassi et Beaufrils, MM. Billout, Bocquet et Bosino, Mmes Cohen et Cukierman, MM. Favier et Foucaud, Mme Gonthier-Maurin, MM. P. Laurent et Le Scouarnec, Mme Prunaud et M. Watrin, est ainsi libellé :

Alinéa 5, après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Lors de cette procédure collégiale, la volonté exprimée par la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 prévaut sur tout autre élément.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. À nos yeux, l'une des principales avancées de la proposition de loi était de rendre contraignantes les directives anticipées.

Or le texte adopté par la commission des affaires sociales prévoit que celles-ci ne s'imposent plus au médecin si la « situation médicale ne correspond pas aux circonstances visées par ces directives ».

Si une telle possibilité ne peut pas être exclue, il ne nous semble pas opportun d'en rester là. Les médecins, dont la formation est plus axée sur l'aspect curatif des soins, pourraient facilement contester l'applicabilité des directives au regard de la situation médicale et, au final, ne pas les prendre en compte. Cela réduirait considérablement la portée des directives anticipées, donc de la proposition de loi.

Aussi, nous proposons de rappeler que, lors de la procédure collégiale destinée à statuer sur l'applicabilité ou non des directives au regard de la situation médicale, la personne de confiance qui exprime la volonté du patient statue en dernier ressort. Elle est la plus à même d'interpréter les directives du patient pour déterminer si elles peuvent s'appliquer à la situation médicale présente ou si elles concernaient une autre situation médicale, ce qui les rendrait inapplicables.

Par sa connaissance du patient et la confiance que ce dernier a placée en elle, cette personne est en mesure de dire ce que le malade aurait voulu dans la situation médicale présente, notamment en prenant en compte ce qu'il a exprimé dans ses directives anticipées, même si elles concernaient une situation médicale différente.

La procédure étant collégiale, l'avis des médecins est évidemment recueilli, notamment pour apporter un éclairage plus précis sur les différences entre la situation médicale présente et celle qui est concernée par les directives. Mais elle ne saurait être efficace sans la transmission du dossier médical du patient à la personne de confiance, telle que prévue dans la version votée par l'Assemblée nationale. D'ailleurs, un amendement sera bientôt présenté en ce sens.

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

M. Gérard Dériot, corapporteur. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement sollicite le retrait de cet amendement. À défaut, l'avis serait défavorable.

Cet amendement est quelque peu surprenant. Il est proposé que l'avis de la personne de confiance soit pris en compte par-delà les directives anticipées, alors qu'elles ont été exprimées. Or les auteurs de cet amendement eux-mêmes ont indiqué à plusieurs reprises au cours du débat qu'il fallait reconnaître toute leur force aux directives anticipées pour ne pas vider le texte de son sens.

Parfois, la situation ne sera pas totalement traitée par les directives anticipées ; pour autant, celles-ci seront bien là ! Comment déterminer qu'il appartiendra à telle personne de décider que ces directives anticipées dûment enregistrées ne s'appliquent pas ? Je trouve l'idée assez troublante.

Je demande donc le retrait de cet amendement, au bénéfice d'une réflexion plus approfondie dans la suite du processus parlementaire. Je ne suis même pas certaine que cet amendement réponde aux objectifs de ses auteurs.

Mme la présidente. Madame David, l'amendement n° 84 rectifié est-il maintenu ?

Mme Annie David. Il me semblait évident que cet amendement – apparemment, il a été mal compris ; sans doute était-il mal rédigé – s’inscrivait bien dans le cadre du respect des directives anticipées.

Je souhaite indiquer que la parole de la personne de confiance doit prévaloir sur l’avis du médecin si celui-ci estime qu’il ne faut pas respecter les directives anticipées.

Mais la rédaction de cet amendement semble créer une confusion. Pour nous, la volonté du patient, qui a toute confiance en la personne désignée par lui pour parler en son nom en cas d’impossibilité de s’exprimer de sa part, doit pouvoir être entendue même quand le praticien considère que, pour telle ou telle raison médicale, les directives ne peuvent pas s’appliquer.

La portée de l’alinéa 5 nous paraît affaiblie par la rédaction adoptée par la commission. La parole de la personne de confiance nous semblait mieux prise en compte dans la version de l’Assemblée nationale. Je m’étais d’ailleurs exprimée sur ce point lors de l’examen du texte par la commission.

Aussi, et sans vouloir revenir au texte de l’Assemblée nationale, dont j’ai compris qu’il ne convenait pas à l’ensemble de la commission, j’ai cherché une rédaction différente susceptible de recueillir un consensus dans notre Haute Assemblée. Ma rédaction n’est, semble-t-il, pas satisfaisante. Mais je ne suis pas juriste, contrairement à nos collègues de la commission des lois ou à M. le rapporteur pour avis !

Je retire donc cet amendement. Je le retravaillerai d’ici à la deuxième lecture pour en clarifier la rédaction.

Mme la présidente. L’amendement n° 84 rectifié est retiré.

L’amendement n° 17, présenté par M. Pillet, au nom de la commission des lois, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Lorsqu’elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. François Pillet, rapporteur pour avis. À l’heure actuelle, les directives anticipées sont caduques trois ans après leur émission. Avec le nouveau texte, la caducité disparaît. Dès lors, des directives anticipées émises dix ans, quinze ans ou vingt ans avant d’être consultées seront encore valables.

Nous proposons de renforcer la confiance que l’on pourra accorder à ces directives anticipées, en précisant que le décret en Conseil d’État organisant les conditions de conservation de ces directives instaure un mécanisme de rappel régulier de leur existence à leur auteur. Tous les trois ans, quatre ans ou cinq ans, l’auteur sera automatiquement averti que ses directives anticipées sont encore enregistrées. Il ne sera pas invité à les modifier, mais leur existence lui sera rappelée. D’ailleurs, lors de la consultation des directives, il sera toujours possible de dire qu’elles ont été implicitement maintenues trois ans, quatre ans ou cinq ans auparavant.

Ce mécanisme permettra donc de rendre les directives anticipées plus fiables.

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

M. Gérard Dériot, corapporteur. Cet amendement de la commission des lois prévoit l’information régulière de l’auteur de directives anticipées sur l’existence de celles-ci.

Dès lors que le texte supprime toute limitation de la durée de validité des directives anticipées, un tel dispositif de rappel régulier apparaît particulièrement opportun. En effet, il peut s’écouler plusieurs années, voire plusieurs décennies entre la rédaction des directives anticipées et leur application.

La commission a donc émis un avis favorable sur cet amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Une telle disposition n’est pas de nature législative ; elle doit figurer dans le décret qui déterminera les modalités de recueil et de suivi des directives anticipées. Toutefois, je comprends la démarche de M. le rapporteur pour avis de la commission des lois.

Le Gouvernement s’en remet donc à la sagesse du Sénat.

Mme la présidente. Je mets aux voix l’amendement n° 17.

(L’amendement est adopté.)

8

NOMINATION DE MEMBRES D’UNE ÉVENTUELLE COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Mme la présidente. Pour le cas où le Gouvernement déciderait de provoquer la réunion d’une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi portant adaptation de la procédure pénale au droit de l’Union européenne, il va être procédé à la nomination des membres de cette commission mixte paritaire.

La liste des candidats a été publiée ; je n’ai reçu aucune opposition dans le délai d’une heure prévu par l’article 12 du règlement.

En conséquence, cette liste est ratifiée et je proclame représentants du Sénat à cette éventuelle commission mixte paritaire :

Titulaires : Mme Catherine Troendlé, M. François Zocchetto, Mme Catherine di Folco, MM. Jean-Pierre Vial, Jean-Pierre Sueur, Philippe Kaltenbach, Mme Cécile Cukierman ;

Suppléants : MM. François Bonhomme, François Noël Buffet, Pierre-Yves Collombat, Yves Détraigne, Roger Madec, André Reichardt, Mme Catherine Tasca.

Cette nomination prendra effet si M. le Premier ministre décide de provoquer la réunion de cette commission mixte paritaire et dès que M. le président du Sénat en aura été informé.

9

NOMINATION D’UN MEMBRE D’UNE COMMISSION

Mme la présidente. Je rappelle au Sénat que le groupe Les Républicains a présenté une candidature pour la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d’administration générale.

Le délai prévu par l’article 8 du règlement est expiré.

La présidence n'a reçu aucune opposition.

En conséquence, je déclare cette candidature ratifiée et je proclame Mme Marie Mercier, membre de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale, en remplacement de M. Jean-Patrick Courtois, démissionnaire d'office de son mandat de sénateur.

10

NOMINATION D'UN MEMBRE D'UNE DÉLÉGATION SÉNATORIALE

Mme la présidente. Je rappelle au Sénat que le groupe Les Républicains a présenté une candidature pour la délégation à la prospective.

Le délai prévu par l'article 8 du règlement est expiré.

La présidence n'a reçu aucune opposition.

En conséquence, je déclare cette candidature ratifiée et je proclame M. Alain Vasselle, membre de la délégation à la prospective, en remplacement de M. Jean-Patrick Courtois, démissionnaire d'office de son mandat de sénateur.

11

DÉPÔT DE DOCUMENTS

Mme la présidente. M. le président du Sénat a reçu de M. le Premier ministre la contre-expertise de l'évaluation socio-économique du tronçon Pont-de-Sèvres-Saint-Denis-Pleyel – ligne 15 ouest – du Grand Paris Express, accompagnée de l'avis du commissaire général à l'investissement.

Acte est donné du dépôt de ces documents.

Ils ont été transmis à la commission des affaires économiques, ainsi qu'à la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux; nous les reprendrons à vingt et une heures quinze.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-neuf heures vingt-cinq, est reprise à vingt et une heures quinze, sous la présidence de M. Hervé Marseille.)

PRÉSIDENTE DE M. HERVÉ MARSEILLE vice-président

M. le président. La séance est reprise.

12

CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS

M. le président. La conférence des présidents réunie ce soir a établi comme suit l'ordre du jour des prochaines séances du Sénat :

SEMAINE SÉNATORIALE (Suite)

Jeudi 18 juin 2015

De 9 heures 30 à 13 heures 30 :

Ordre du jour réservé au groupe socialiste et républicain :

1°) Proposition de loi visant à réformer la gouvernance de la Caisse des Français de l'étranger, présentée par M. Jean Yves Leconte et les membres du groupe socialiste et républicain (n° 205, 2014-2015)

(La conférence des présidents a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe.)

2°) Proposition de loi visant à lutter contre la discrimination à raison de la précarité sociale, présentée par M. Yannick Vaugrenard et les membres du groupe socialiste et républicain (texte de la commission, n° 508, 2014-2015)

(La conférence des présidents a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe.)

À 15 heures :

3°) Questions d'actualité au Gouvernement (Diffusion en direct sur France 3 et Public Sénat)

(L'inscription des auteurs de questions devra être effectuée à la division des questions et du contrôle en séance avant 11 heures.)

De 16 heures 15 à 20 heures 15 :

Ordre du jour réservé au groupe RDSE :

4°) Proposition de loi organique visant à supprimer les alinéas 8 à 10 de l'article 8 de la loi organique n° 2009-403 du 15 avril 2009 relative à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution pour tenir compte de la décision du Conseil constitutionnel du 1^{er} juillet 2014, présentée par M. Jacques Mézard et plusieurs de ses collègues (texte de la commission, n° 510, 2014-2015)

(La conférence des présidents a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe.)

5°) Débat sur le thème : « Comment donner à la justice administrative les moyens de statuer dans des délais plus rapides ? »

(La conférence des présidents a :

- attribué un temps d'intervention de dix minutes au groupe RDSE ;

- fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans le débat, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe.)

À 20 heures 15 :

Ordre du jour fixé par le Sénat :

6°) Conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi modifiant la loi n° 2004-639 du 2 juillet 2004 relative à l'octroi de mer (texte de la commission, n° 516, 2014-2015) (demande du Gouvernement)

(La conférence des présidents a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe.)

**SEMAINE DU 22 JUIN, LUNDI 29 JUIN
ET MARDI 30 JUIN RÉSERVÉS PAR
PRIORITÉ AU GOUVERNEMENT**

Lundi 22 juin 2015

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

À 14 heures 30 :

1°) Éventuellement, suite de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (texte de la commission, n° 468, 2014-2015)

À 16 heures et le soir :

2°) Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif au dialogue social et à l'emploi (texte de la commission, n° 502, 2014-2015)

(La conférence des présidents a fixé :

- à une heure trente la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire avant le vendredi 19 juin, à 17 heures ;

- au jeudi 18 juin, à 12 heures, le délai limite pour le dépôt des amendements de séance.

La commission des affaires sociales se réunira pour examiner les amendements de séance le lundi 22 juin, en début d'après-midi.)

Mardi 23 juin 2015 (jour supplémentaire de séance)

À 9 heures 30 :

1°) Questions orales

L'ordre d'appel des questions sera fixé ultérieurement.

- n° 1062 de Mme Anne-Catherine Loïsier à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

(Difficulté d'accès à la médecine générale)

- n° 1082 de M. Christian Cambon à M. le ministre des finances et des comptes publics

(Suppression du réseau de trésoreries à l'étranger)

- n° 1090 de Mme Catherine Procaccia à M. le ministre des affaires étrangères et du développement international

(Procurations de vote des Français de l'étranger)

- n° 1093 de M. Rémy Pointereau à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie

(Gestion des milieux aquatiques et prévention des inondations)

- n° 1099 de M. Jean-Paul Fournier à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

(Devenir de l'hôpital de Pontails-et-Brésis)

- n° 1109 de M. Patrick Abate à Mme la ministre de la décentralisation et de la fonction publique

(Rénovation et revitalisation des dispositifs de démocratie locale)

- n° 1111 de M. Daniel Laurent à Mme la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

(Bilan de la réforme des rythmes scolaires)

- n° 1117 de Mme Mireille Jouve à M. le secrétaire d'État chargé des transports, de la mer et de la pêche

(Sécurité du réseau SNCF en région Provence-Alpes-Côte d'Azur)

- n° 1119 de Mme Pascale Gruny transmise à M. le secrétaire d'État chargé de la réforme de l'État et de la simplification

(Guichet unique pour les entreprises)

- n° 1120 de M. Jeanny Lorgeoux à M. le ministre de la défense

(Situation financière de l'ONERA)

- n° 1121 de Mme Brigitte Gonthier-Maurin à M. le secrétaire d'État chargé des transports, de la mer et de la pêche

(Conséquences de la réforme ferroviaire sur l'offre de service public de la SNCF dans les gares des Hauts-de-Seine)

- n° 1122 de M. Yannick Vaugrenard à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie

(Financement de la déviation de la voie ferrée au sein de la raffinerie de Donges)

- n° 1124 de M. Yves Détraigne à M. le secrétaire d'État chargé des anciens combattants et de la mémoire

(Application de la loi n° 85-528 du 15 mai 1985 sur les actes et jugements déclaratifs de décès des personnes mortes en déportation)

- n° 1125 de M. Daniel Dubois à M. le secrétaire d'État chargé de la réforme territoriale

(Visibilité budgétaire des communautés de communes)

- n° 1127 de M. François Marc à M. le secrétaire d'État chargé du budget

(Addiction aux jeux d'argent en ligne)

- n° 1128 de Mme Hélène Conway-Mouret à Mme la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

(Protection sociale des étudiants à l'étranger)

- n° 1129 de Mme Michelle Demessine transmise à M. le ministre des finances et des comptes publics

(Frais abusifs pratiqués par certaines banques sur les comptes de leurs clients défunts)

- n° 1130 de M. Jacques Mézard à M. le ministre de l'intérieur

(Lutte contre les dérives sectaires)

- n° 1118 de M. Jean-Claude Lenoir transmise à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie

(Drainage des zones agricoles humides)

À 14 heures 30 :

2°) Explications de vote des groupes sur la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

(La conférence des présidents a fixé, à raison d'un orateur par groupe, à sept minutes le temps attribué à chaque groupe politique, les sénateurs ne figurant sur la liste d'aucun groupe disposant de trois minutes; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire avant le lundi 22 juin, à 17 heures.)

De 15 heures 15 à 15 heures 45 :

3°) Vote par scrutin public sur la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

(La conférence des présidents a décidé que le scrutin public serait organisé en salle des Conférences pendant une durée de trente minutes à l'issue des explications de vote, en application du chapitre XV bis de l'Instruction générale du Bureau.)

À 15 heures 45 :

4°) Proclamation du résultat du scrutin public sur la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

À 16 heures et le soir :

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

5°) Conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi relatif au renseignement (texte de la commission, n° 521, 2014-2015)

(La conférence des présidents a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire avant le lundi 22 juin, à 17 heures.)

6°) Suite du projet de loi relatif au dialogue social et à l'emploi

Mercredi 24 juin 2015 (jour supplémentaire de séance)

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

À 14 heures 30 et le soir :

- Suite du projet de loi relatif au dialogue social et à l'emploi

Jeudi 25 juin 2015 (jour supplémentaire de séance)

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

À 11 heures 30, à 14 heures 30 et le soir :

1°) Projet de loi autorisant l'approbation de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la Géorgie relatif au séjour et à la migration circulaire de professionnels (texte de la commission, n° 526, 2014-2015)

2°) Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant la ratification de la convention internationale de Nairobi sur l'enlèvement des épaves (texte de la commission, n° 528, 2014-2015)

(Pour ces deux projets de loi, la conférence des présidents a décidé de recourir à la procédure simplifiée. Selon cette procédure, les projets de loi sont directement mis aux voix par le

président de séance. Toutefois, un groupe politique peut demander, au plus tard le mardi 23 juin, à 17 heures, qu'un projet de loi soit débattu en séance selon la procédure habituelle.)

3°) Suite du projet de loi relatif au dialogue social et à l'emploi

Vendredi 26 juin 2015 (jour supplémentaire de séance)

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

À 9 heures 30, à 14 heures 30 et le soir :

1°) Suite éventuelle du projet de loi relatif au dialogue social et à l'emploi

2°) Projet de loi relatif à la modernisation du droit de l'outre-mer (Procédure accélérée) (texte de la commission, n° 523, 2014-2015)

(La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire avant le jeudi 25 juin, à 17 heures;

- au mardi 23 juin, à 12 heures, le délai limite pour le dépôt des amendements de séance.

La commission des lois se réunira pour examiner les amendements de séance le mercredi 24 juin matin.)

Lundi 29 juin 2015 (jour supplémentaire de séance)

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

À 16 heures et le soir :

- Projet de loi organique relatif à la consultation sur l'accession de la Nouvelle-Calédonie à la pleine souveraineté (Procédure accélérée) (n° 402, 2014-2015)

(La commission des lois se réunira pour le rapport le mercredi 24 juin matin (délai limite pour le dépôt des amendements de commission : lundi 22 juin, à 12 heures).)

La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire avant le vendredi 26 juin, à 17 heures;

- au lundi 29 juin, à 11 heures, le délai limite pour le dépôt des amendements de séance.

La commission des lois se réunira pour examiner les amendements de séance le lundi 29 juin, en début d'après-midi.)

Mardi 30 juin 2015 (jour supplémentaire de séance)

À 14 heures 30 :

1°) Explications de vote des groupes sur le projet de loi relatif au dialogue social et à l'emploi

(La conférence des présidents a fixé, à raison d'un orateur par groupe, à sept minutes le temps attribué à chaque groupe politique, les sénateurs ne figurant sur la liste d'aucun groupe disposant de trois minutes; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire avant le lundi 29 juin, à 17 heures.)

De 15 heures 15 à 15 heures 45 :

2°) Vote par scrutin public sur le projet de loi relatif au dialogue social et à l'emploi

(La conférence des présidents a décidé que le scrutin public serait organisé en salle des Conférences pendant une durée de trente minutes à l'issue des explications de vote, en application du chapitre XV bis de l'Instruction générale du Bureau.)

À 15 heures 45 :

3°) Proclamation du résultat du scrutin public sur le projet de loi relatif au dialogue social et à l'emploi

À 16 heures et le soir :

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

4°) Sous réserve de sa transmission, nouvelle lecture du projet de loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques (A.N., n° 2765)

(La commission spéciale se réunira pour le rapport les mardi 23 juin après-midi, mercredi 24 juin matin et, éventuellement, après-midi (délai limite pour le dépôt des amendements de commission : lundi 22 juin, à 11 heures).)

La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire avant le lundi 29 juin, à 17 heures ;

- au lundi 29 juin, à 12 heures, le délai limite pour le dépôt des amendements de séance.

La commission spéciale se réunira pour examiner les amendements de séance le mardi 30 juin matin.)

5°) Clôture de la session ordinaire 2014-2015

Session extraordinaire 2014-2015

Mercredi 1^{er} juillet 2015

À 14 heures 30, le soir et la nuit :

1°) Ouverture de la session extraordinaire 2014-2015

2°) Suite de la nouvelle lecture du projet de loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques

Jeudi 2 juillet 2015

À 10 heures 30 :

1°) Suite de la nouvelle lecture du projet de loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques

À 15 heures :

2°) Questions d'actualité au Gouvernement (Diffusion en direct sur France 3 et Public Sénat)

(L'inscription des auteurs de questions devra être effectuée à la division des questions et du contrôle en séance avant 11 heures.)

À 16 heures 15 et le soir :

3°) Suite de l'ordre du jour du matin

Vendredi 3 juillet 2015

À 9 heures 30, à 14 heures 30, le soir et la nuit :

- Suite de la nouvelle lecture du projet de loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques

Lundi 6 juillet 2015

À 16 heures et le soir :

- Suite et fin de la nouvelle lecture du projet de loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques

Mardi 7 juillet 2015

À 9 heures 30 :

1°) Questions orales

L'ordre d'appel des questions sera fixé ultérieurement.

- n° 1123 de Mme Marie-Pierre Monier à Mme la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

(Modalités d'attribution de la majoration forfaitaire du fonds de soutien aux activités périscolaires pour les écoles rurales)

- n° 1131 de M. Michel Bouvard à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie

(Schéma directeur d'aménagement et de gestion des eaux du bassin Rhône-Méditerranée pour 2016 à 2021)

- n° 1134 de Mme Dominique Estrosi Sassone à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

(Expérimentation des salles de consommation de drogue à moindre risque)

- n° 1135 de M. Hervé Poher à M. le ministre de la ville, de la jeunesse et des sports

(Cumul du revenu de solidarité active et du contrat de service civique pour mères mineures isolées)

- n° 1136 de M. Alain Duran à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

(Inadaptation des normes appliquées aux centres hospitaliers de proximité)

- n° 1138 de M. Antoine Lefèvre à Mme la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

(Statistiques sur l'illettrisme en Picardie et en particulier dans l'Aisne)

- n° 1140 de M. Loïc Hervé à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie

(Financement des transports publics)

- n° 1141 de M. Jacques Genest à M. le ministre de l'intérieur

(Recrudescence des cambriolages en milieu rural)

- n° 1142 de Mme Agnès Canayer à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie

(Difficultés de financement des projets par les agences de l'eau)

- n° 1143 de Mme Maryvonne Blondin à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie

(Démantèlement de la centrale nucléaire de Brennilis)

- n° 1144 de M. Dominique Bailly à Mme la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

(Résidence alternée et attribution de la bourse de l'enseignement supérieur sur critères sociaux)

- n° 1145 de Mme Nathalie Goulet à M. le ministre des affaires étrangères et du développement international

(Occupation illégale de territoires)

- n° 1150 de M. Éric Doligé à Mme la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

(Plan numérique pour l'éducation)

- n° 1153 de M. Alain Gournac à M. le ministre de l'intérieur

(Fête des Loges de Saint-Germain-en-Laye)

- n° 1154 de Mme Catherine Génisson à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

(Efforts financiers demandés aux structures hospitalières dans le Nord-Pas-de-Calais)

- n° 1155 de Mme Jacqueline Gourault à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

(Pénurie de vaccins)

- n° 1156 de Mme Aline Archimbaud à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie

(Projet de réalisation d'un « Central Park » à la Courneuve)

- n° 1157 de M. Alain Chatillon à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie

(Classement des abords du canal du Midi)

- n° 1159 de M. Hervé Maurey à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

(Bilan du pacte santé territoire et évolution de la démographie médicale)

- n° 1162 de M. Maurice Vincent à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie

(Mention Reconnu garant de l'environnement)

À 14 heures 30, le soir et, éventuellement, la nuit :

2°) Éloge funèbre de Jean Germain

3°) Sous réserve de sa transmission, projet de loi autorisant l'approbation de la convention entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la Principauté d'Andorre dans le domaine de l'enseignement (Procédure accélérée) (A.N., n° 2648)

4°) Projet de loi autorisant l'approbation de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Secrétariat de la Convention-cadre des Nations unies sur les changements climatiques et son Protocole de Kyoto concernant la vingt et unième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations unies sur les changements climatiques, la onzième session de la Conférence des Parties agissant comme réunion des Parties au Protocole de Kyoto et les sessions des organes subsidiaires (Procédure accélérée) (n° 512, 2014-2015)

(Pour ces deux projets de loi, la conférence des présidents a décidé de recourir à la procédure simplifiée. Selon cette procédure, les projets de loi sont directement mis aux voix par le président de séance. Toutefois, un groupe politique peut demander, au plus tard le vendredi 3 juillet, à 17 heures, qu'un projet de loi soit débattu en séance selon la procédure habituelle.)

5°) Sous réserve de sa transmission, nouvelle lecture de la proposition de loi tendant à faciliter l'inscription sur les listes électorales (A.N., n° 2798)

(La commission des lois se réunira pour le rapport le mercredi 1er juillet matin (délai limite pour le dépôt des amendements de commission : lundi 29 juin, à 12 heures).

La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire avant le lundi 6 juillet, à 17 heures ;

- au lundi 6 juillet, à 12 heures, le délai limite pour le dépôt des amendements de séance.

La commission des lois se réunira pour examiner les amendements de séance le mardi 7 juillet matin.)

6°) Sous réserve de sa transmission, nouvelle lecture du projet de loi relatif à la réforme du droit d'asile (A.N., n° 2807)

(La commission des lois se réunira pour le rapport le mardi 30 juin matin (délai limite pour le dépôt des amendements de commission : lundi 29 juin, à 12 heures).

La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire avant le lundi 6 juillet, à 17 heures ;

- au lundi 6 juillet, à 12 heures, le délai limite pour le dépôt des amendements de séance.

La commission des lois se réunira pour examiner les amendements de séance le mardi 7 juillet matin.)

Mercredi 8 juillet 2015

À 14 heures 30, le soir et, éventuellement, la nuit :

- Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, actualisant la programmation militaire pour les années 2015 à 2019 et portant diverses dispositions concernant la défense (n° 494, 2014-2015)

(La commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées se réunira pour le rapport le mercredi 24 juin matin (délai limite pour le dépôt des amendements de commission : lundi 22 juin, à 12 heures).

La conférence des présidents a fixé :

- à une heure trente la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire avant le mardi 7 juillet, à 17 heures ;

- au jeudi 2 juillet, à 12 heures, le délai limite pour le dépôt des amendements de séance.

La commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées se réunira pour examiner les amendements de séance le mercredi 8 juillet matin.)

Jeudi 9 juillet 2015

À 10 heures 30 :

1°) Nouvelle lecture du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture après engagement de la procédure accélérée, relatif à la transition énergétique pour la croissance verte (texte de la commission, n° 530, 2014-2015)

(La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire avant le mercredi 8 juillet, à 17 heures ;

- au lundi 29 juin, à 14 heures, le délai limite pour le dépôt des amendements de séance.

La commission des affaires économiques se réunira pour examiner les amendements de séance les mercredis 1er juillet matin, mardi 7 juillet matin et mercredi 8 juillet matin.)

À 14 heures 30 et le soir :

2°) Débat sur l'orientation des finances publiques et, sous réserve de sa transmission, projet de loi de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2014 (Procédure accélérée) (A.N., n° 2813)

(La conférence des présidents a décidé de joindre la discussion générale de ce projet de loi au débat sur l'orientation des finances publiques.

Dans ce débat commun, la conférence des présidents a :

- attribué un temps d'intervention de dix minutes respectivement au rapporteur général de la commission des finances et au rapporteur général de la commission des affaires sociales ;

- fixé à une heure trente la durée globale du temps dont disposeront, dans le débat, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire avant le mercredi 8 juillet, à 17 heures ;

- attribué un temps d'intervention de cinq minutes à la présidente de la commission des finances.

La commission des finances se réunira pour le rapport le mercredi 8 juillet matin.

La conférence des présidents a fixé à l'ouverture de la discussion générale le délai limite pour le dépôt des amendements de séance.

La commission des finances se réunira pour examiner les amendements de séance à l'issue de la discussion générale.)

3°) Sous réserve de sa transmission, projet de loi autorisant l'approbation de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement des États-Unis d'Amérique sur l'indemnisation de certaines victimes de la Shoah déportées depuis la France, non couvertes par des programmes français (Procédure accélérée) (A.N., n° 2705)

(La conférence des présidents a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire avant le mercredi 8 juillet, à 17 heures.)

4°) Suite de l'ordre du jour du matin

Vendredi 10 juillet 2015

À 9 heures 30, à 14 heures 30 et le soir :

- Suite de la nouvelle lecture du projet de loi relatif à la transition énergétique pour la croissance verte

Mercredi 15 juillet 2015

À 14 heures 30 :

1°) Explications de vote des groupes sur le projet de loi actualisant la programmation militaire pour les années 2015 à 2019 et portant diverses dispositions concernant la défense

(La conférence des présidents a fixé, à raison d'un orateur par groupe, à sept minutes le temps attribué à chaque groupe politique, les sénateurs ne figurant sur la liste d'aucun groupe disposant de trois minutes ; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire avant le lundi 13 juillet, à 17 heures.)

De 15 heures 15 à 15 heures 45 :

2°) Vote par scrutin public sur le projet de loi actualisant la programmation militaire pour les années 2015 à 2019 et portant diverses dispositions concernant la défense

(La conférence des présidents a décidé que le scrutin public serait organisé en salle des Conférences pendant une durée de trente minutes à l'issue des explications de vote, en application du chapitre XV bis de l'Instruction générale du Bureau.)

À 15 heures 45 :

3°) Proclamation du résultat du scrutin public sur le projet de loi actualisant la programmation militaire pour les années 2015 à 2019 et portant diverses dispositions concernant la défense

À 16 heures, le soir et la nuit :

4°) Sous réserve de sa transmission, projet de loi autorisant l'approbation du protocole additionnel à la convention d'entraide judiciaire en matière pénale entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume du Maroc (Procédure accélérée) (A.N., n° 2725)

(La conférence des présidents a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire avant le lundi 13 juillet, à 17 heures.)

5°) Conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne ou nouvelle lecture

(La conférence des présidents a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire avant le lundi 13 juillet, à 17 heures.)

En cas de nouvelle lecture :

- la commission des lois se réunira pour le rapport le mercredi 8 juillet matin (délai limite pour le dépôt des amendements de commission : lundi 6 juillet, à 12 heures) ;

- la conférence des présidents a fixé au lundi 13 juillet, à 12 heures, le délai limite pour le dépôt des amendements de séance.

La commission des lois se réunira pour examiner les amendements de séance le mercredi 15 juillet matin.)

6°) Suite de la nouvelle lecture du projet de loi relatif à la transition énergétique pour la croissance verte

Jeudi 16 juillet 2015

À 10 heures 30 :

1°) Sous réserve de sa transmission, projet de loi autorisant l'approbation de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique relatif à la coopération transfrontalière en matière policière et douanière (Procédure accélérée) (A.N., n° 2184)

(Pour ce projet de loi, la conférence des présidents a décidé de recourir à la procédure simplifiée. Selon cette procédure, le projet de loi est directement mis aux voix par le président de séance. Toutefois, un groupe politique peut demander, au plus tard le lundi 13 juillet, à 17 heures, que ce projet de loi soit débattu en séance selon la procédure habituelle.)

2°) Suite de la nouvelle lecture du projet de loi relatif à la transition énergétique pour la croissance verte

À 15 heures :

3°) Questions d'actualité au Gouvernement (Diffusion en direct sur France 3 et Public Sénat)

(L'inscription des auteurs de questions devra être effectuée à la division des questions et du contrôle en séance avant 11 heures.)

À 16 heures 15 et le soir :

4°) Suite de l'ordre du jour du matin

Vendredi 17 juillet 2015

À 9 heures 30, à 14 heures 30, le soir et, éventuellement, la nuit :

- Suite de la nouvelle lecture du projet de loi relatif à la transition énergétique pour la croissance verte

Lundi 20 juillet 2015

À 16 heures et le soir :

- Conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi relatif au dialogue social et à l'emploi ou nouvelle lecture

(La conférence des présidents a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire avant le vendredi 17 juillet, à 17 heures.)

En cas de nouvelle lecture :

- la commission des affaires sociales se réunira pour le rapport le mercredi 15 juillet matin (délai limite pour le dépôt des amendements de commission : lundi 13 juillet ; à 12 heures) ;

- la conférence des présidents a fixé au vendredi 17 juillet, à 14 heures, le délai limite pour le dépôt des amendements de séance.

La commission des affaires sociales se réunira pour examiner les amendements de séance le lundi 20 juillet, en début d'après-midi.)

Mardi 21 juillet 2015

À 9 heures 30 :

1°) Questions orales

L'ordre d'appel des questions sera fixé ultérieurement.

- n° 1105 de M. Jean-Claude Lenoir à Mme la ministre du logement, de l'égalité des territoires et de la ruralité

(Pré-enseignes dérogatoires)

- n° 1126 de Mme Catherine Procaccia à la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie

(Usine d'incinération d'Ivry-sur-Seine Paris XIII)

- n° 1133 de Mme Françoise Gatel à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

(Situation de la recherche clinique et des biotechnologies en France)

- n° 1139 de M. Dominique Bailly transmise à M. le ministre des finances et des comptes publics

(Frais bancaires de règlement de successions)

- n° 1146 de M. Yannick Vaugrenard à M. le ministre des finances et des comptes publics

(Application d'une taxe foncière sur le Grand port maritime de Nantes-Saint-Nazaire)

- n° 1147 de Mme Corinne Imbert à M. le secrétaire d'État chargé du budget

(Réduction des coûts de fonctionnement des agences de l'État)

- n° 1148 de M. Vincent Delahaye à Mme la ministre de la décentralisation et de la fonction publique

(Modalités d'application de la nouvelle bonification indiciaire ville avec la nouvelle carte des quartiers prioritaires)

- n° 1149 de M. Michel Fontaine à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie

(Plans de prévention des risques naturels à La Réunion)

- n° 1151 de M. Michel Amiel à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie

(Chasse traditionnelle à la glu)

- n° 1152 de M. Jacques Genest à M. le ministre des finances et des comptes publics

(Projet de fermeture de la trésorerie de Largentière)

- n° 1158 de M. Michel Berson à Mme la ministre du logement, de l'égalité des territoires et de la ruralité

(Fonctionnement de l'établissement public de Paris-Saclay)

- n° 1164 de Mme Joëlle Garriaud-Maylam à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

(Attractivité internationale du système de santé français)

- n° 1165 de M. Jean-Yves Roux à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

(Désertification médicale en zone rurale et zone de montagne)

- n° 1170 de M. Roland Courteau à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

(Risques de fermeture du site des urgences de l'hôpital de Castelnaudary)

- n° 1171 de M. Jean-Yves Leconte à M. le ministre de l'intérieur

(Nationalité française par mariage et moment d'appréciation de la nationalité du conjoint du déclarant)

- n° 1172 de M. Jean-Marie Bockel à Mme la ministre de la décentralisation et de la fonction publique

(Retraite des maires des petites communes)

- n° 1173 de Mme Laurence Cohen à Mme la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

(Santé des étudiants en France)

- n° 1175 de M. André Trillard à Mme la secrétaire d'État chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie

(Nécessaire développement des maisons d'assistants maternels)

- n° 1176 de Mme Michelle Meunier à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

(Gynécologie médicale)

- n° 1177 de M. Jean-Vincent Placé à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie

(Projet de centre de stockage de déchets ultimes à Saint-Escobille et Mérobert dans l'Essonne)

À 14 heures 30 :

2°) Éventuellement, suite de la nouvelle lecture du projet de loi relatif au dialogue social et à l'emploi

Le soir :

3°) Conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2014 ou nouvelle lecture

(La conférence des présidents a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire avant le lundi 20 juillet, à 17 heures.)

En cas de nouvelle lecture :

- la commission des finances se réunira pour le rapport le mardi 21 juillet matin ;

- la conférence des présidents a fixé à l'ouverture de la discussion générale, le délai limite pour le dépôt des amendements de séance.

La commission des finances se réunira pour examiner les amendements de séance à l'issue de la discussion générale.)

Mercredi 22 juillet 2015

À 14 heures 30, le soir et, éventuellement, la nuit :

1°) Sous réserve de sa transmission, proposition de loi relative au deuxième dividende numérique et à la poursuite de la modernisation de la télévision numérique terrestre (Procédure accélérée) (A.N., n° 2822)

(La commission de la culture se réunira pour le rapport le mercredi 8 juillet matin (délai limite pour le dépôt des amendements de commission : lundi 6 juillet, à 12 heures.)

La conférence des présidents a fixé :

- à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire avant le mardi 21 juillet, à 17 heures ;

- au lundi 20 juillet, à 12 heures, le délai limite pour le dépôt des amendements de séance.

La commission de la culture se réunira pour examiner les amendements de séance le mercredi 22 juillet matin.)

2°) Conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi portant nouvelle organisation territoriale de la République ou nouvelle lecture

(La conférence des présidents a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire avant le mardi 21 juillet, à 17 heures.)

En cas de nouvelle lecture :

- la conférence des présidents a fixé au lundi 20 juillet, à 12 heures, le délai limite pour le dépôt des amendements de séance.

- la commission des lois se réunira pour examiner les amendements de séance le mercredi 22 juillet matin.)

Jeudi 23 juillet 2015

À 10 heures 30, à 14 heures 30 et le soir :

- Suite de l'ordre du jour de la veille

Éventuellement, vendredi 24 juillet 2015

À 9 heures 30, à 14 heures 30, le soir et la nuit :

- Suite de l'ordre du jour de la veille

Je consulte le Sénat sur les propositions de la conférence des présidents relatives à la tenue des séances et à l'ordre du jour autre que celui résultant des inscriptions prioritaires du Gouvernement.

Y a-t-il des observations?...

Ces propositions sont adoptées.

13

MALADES ET PERSONNES EN FIN DE VIE

Suite de la discussion d'une proposition de loi dans le texte de la commission

M. le président. Nous reprenons la discussion de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Dans la discussion des articles, nous poursuivons l'examen des amendements déposés à l'article 8.

Article 8 (suite)

M. le président. L'amendement n° 38 rectifié *bis*, présenté par Mme D. Gillot, MM. Labazée, Godefroy et Bérit-Débat, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, MM. Daudigny et Durain, Mmes Emery-Dumas et Génisson, M. Jeansannetas, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet, MM. Frécon, Gorce et Kaltenbach, Mme D. Michel, MM. Madec, Courteau, Botrel et Rome, Mme Lepage, M. Manable, Mme Perol-Dumont, M. Antiste et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« L'accès aux directives anticipées est facilité, avec le consentement du patient, par une mention inscrite sur la carte Vitale et dans le dossier médical.

La parole est à Mme Dominique Gillot.

Mme Dominique Gillot. L'article 8 concerne les directives anticipées, qui constituent l'une des avancées de la proposition de loi.

Il s'agit de permettre au patient ou au futur patient d'édicter ses volontés concernant sa fin de vie sous forme de directives anticipées, les conditions devant en être précisées dans un texte réglementaire. Le Gouvernement a prévu de conserver ces directives dans un registre national.

Pour que cette disposition soit opérante et crée une obligation morale s'imposant au médecin traitant, sans pour autant instaurer un droit opposable – j'ai bien entendu les arguments qui ont été échangés à cet égard –, il convient de s'assurer que les directives soient connues rapidement, afin de faire face à d'éventuelles situations d'urgence.

Je propose donc que l'accès aux directives anticipées soit facilité, avec le consentement du patient, par une mention inscrite sur sa carte Vitale et dans son dossier médical. Ainsi, dans une situation d'urgence, l'équipe médicale pourra prendre connaissance très rapidement de l'existence de ces directives anticipées, conservées dans un registre national, et s'y référer le plus vite possible, avant d'engager toute investigation qui aurait pu être refusée par le patient.

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

M. Gérard Dériot, *corapporteur de la commission des affaires sociales.* Cet amendement tend à prévoir que l'existence de directives anticipées peut être mentionnée, si le patient en est d'accord, sur la carte Vitale et dans le dossier médical du patient.

Cette solution, qui est intéressante, ne paraît cependant pas très opportune du point de vue technique, dans la mesure où la carte Vitale a pour vocation de contenir des informations administratives relatives à l'assurance maladie.

Compte tenu de l'objectif visé, la facilité d'accès, une telle mesure relèverait davantage du dossier médical partagé. En outre, comme vous l'avez rappelé, ma chère collègue, l'Assemblée nationale a prévu, sur l'initiative du Gouvernement, que les directives anticipées puissent être inscrites dans un registre national dont la mise en œuvre sera contrôlée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés, la CNIL.

Je le répète, la proposition est intéressante, mais je ne suis pas persuadé qu'elle soit réalisable techniquement pour l'instant, même si c'est une idée à retenir pour l'avenir.

Je demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.* Je comprends la démarche des auteurs de cet amendement.

Si nous avons proposé à l'Assemblée nationale la mise en place d'un registre national, c'est parce que cette mesure permettra de satisfaire à la fois à l'exigence d'une consultation rapide et simple de la part d'un professionnel de santé et à celle de confidentialité des données. Dès lors qu'il existera un fichier, nous devons être attentifs aux recommandations de la CNIL.

Aujourd'hui, la carte Vitale peut aussi être celle des ayants droit, comme les enfants ou le conjoint. Elle peut donc être utilisée directement par une personne ayant ainsi accès à des informations que le titulaire ne souhaiterait pas nécessairement faire connaître.

Je ne dis pas que la carte Vitale ne sera jamais le support des directives anticipées. Mais nous ne disposons pas aujourd'hui des éléments permettant de considérer que c'est la bonne réponse.

Nous avons besoin d'un registre. D'ailleurs, la carte Vitale pourrait s'inscrire dans ce cadre : cela pourrait être la déclinaison de ce registre. Pour autant, nous ne disposons pas encore du dispositif technique adéquat. Nous allons donc lancer des études qui permettront, *via* le décret, d'aller de l'avant. Sur cette base, nous verrons quel le dispositif est le plus fiable, le plus accessible, le mieux sécurisé et le plus facile à gérer.

Je sollicite donc le retrait de cet amendement.

M. le président. Madame Gillot, l'amendement n° 38 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Dominique Gillot. Non, monsieur le président ; je vais donner satisfaction à Mme la ministre en retirant mon amendement.

Je ne pense pas qu'il faille sacraliser les directives anticipées. Le mieux est de parler en famille et de s'exprimer très librement, avec ses enfants ou la personne que l'on aura choisie comme interlocuteur de confiance, sur ses choix concernant sa fin de vie. La recommandation de confidentialité me semble donc quelque peu excessive.

En effet – mais peut-être suis-je la seule à penser ainsi ? –, si l'on veut faire évoluer les mœurs et les habitudes, il faut que ces directives anticipées deviennent une pratique naturelle. À cet égard, je me souviens des difficultés que nous avons rencontrées voilà quelques années pour constituer les banques de greffons, du fait des très fortes réticences qui existaient lorsqu'il s'agissait de donner des autorisations. Nous avons beaucoup progressé aujourd'hui, mais il reste du chemin à parcourir.

Nous devons populariser et socialiser l'établissement des directives anticipées. L'objectif n'est pas de les rendre accessibles le plus rapidement possible. Il s'agit de faire en sorte que l'équipe soignante chargée de prendre en charge en urgence un malade ou une personne blessée lors d'un accident de la route ou d'un accident domestique puisse consulter immédiatement ce document et prendre connaissance d'éventuelles directives.

J'avais même proposé que le nom de la personne de confiance figure dans ce document, afin que l'on ne perde pas de temps et que l'on n'effectue pas de gestes médicaux destinés à soigner des personnes qui ne le souhaiteraient pas.

Je comprends que ma position puisse surprendre. Mais imaginons une personne gravement malade, atteinte de la maladie de Charcot ou d'une sclérose amyotrophique, par exemple, et qui sait qu'elle est condamnée à plus ou moins brève échéance. Elle a un accident de voiture et elle a établi des directives anticipées aux termes desquelles, dans pareille situation, elle ne veut pas faire l'objet d'un acharnement thérapeutique. Si l'équipe du service des urgences qui prend en charge cette personne n'a pas rapidement connais-

sance de ce choix, elle risque d'engager des procédures médicales qui ne respecteront pas sa volonté et de se le voir reprocher par la suite.

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Debré.

Mme Isabelle Debré. Ce sujet me tient particulièrement à cœur.

Lors de l'audition de Sophie Caillat-Zucman, candidate pressentie pour le poste de président du conseil d'administration de l'Agence de biomédecine, j'ai posé une question à propos du don d'organe. Je sais que ce n'est pas l'objet du débat qui nous occupe, mais le problème est, au fond, exactement le même : quel meilleur moyen d'avoir accès facilement à la volonté des patients que de la faire figurer sur la carte Vitale ou sur le dossier médical personnel ?

Il est important de faire en sorte que les médecins aient un accès très facile à l'information, quitte à ce que les proches soient au courant, madame la ministre. Pour ma part, je souhaite que ma fille sache que je refuse l'acharnement thérapeutique ou que je suis prête à donner mes organes.

Il n'est qu'à prendre l'exemple des accidents de la route, qui peuvent impliquer des mineurs ou des adultes susceptibles de faire don de leurs organes. Certes, nous n'allons pas entamer le débat ce soir, il en sera question lors de l'examen du projet de modernisation de notre système de santé, mais l'expression même de don d'organe suppose un acte exprimant une volonté, et il faut bien que cette volonté soit mentionnée quelque part. La carte Vitale me paraît le support approprié, car tout le monde ou presque l'a sur soi.

Je ne sais pas si j'aurais voté l'amendement de Mme Gillot, mais il m'apparaît comme un appel extrêmement important pour la suite, et j'ai bien entendu, madame la ministre, que vous réfléchissiez à cette question. À l'heure des nouvelles technologies, il doit être possible d'inscrire ces directives anticipées sur la carte Vitale.

M. le président. L'amendement n° 38 rectifié *bis* est retiré.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 77, présenté par M. Barbier, est ainsi libellé :

Alinéa 7

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Le médecin traitant informe ses patients, à leur demande, des conditions de rédaction de directives anticipées.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Tel qu'il est rédigé, l'alinéa 7 de l'article 8 pose problème. En effet, revient-il au médecin, lorsqu'il est face à un patient présentant une infection susceptible d'avoir des conséquences fatales, de prendre l'initiative de l'informer de la possibilité de rédiger des directives anticipées ? Il me semble préférable que le médecin attende d'être sollicité par le patient pour lui donner les informations nécessaires.

M. le président. L'amendement n° 42 rectifié *bis*, présenté par Mme D. Gillot, MM. Labazée, Godefroy et Bérít-Débat, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, MM. Daudigny et Durain, Mmes Emery-Dumas et Génisson, M. Jeansannetas, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet,

MM. Frécon, Gorce et Kaltenbach, Mme D. Michel, MM. Madec, Courteau, Botrel et Rome, Mme Lepage, M. Manable, Mme Perol-Dumont, M. Antiste et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 7

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Les mineurs sont sensibilisés à la possibilité de rédiger des directives anticipées, à partir de leur majorité, à l'occasion de la journée défense et citoyenneté mentionnée à l'article L. 114-3 du code du service national.

La parole est à Mme Dominique Gillot.

Mme Dominique Gillot. Pour populariser la pratique de la rédaction de directives anticipées, il me semble opportun de profiter de la Journée défense et citoyenneté. Cette journée est en effet l'occasion de rassembler une même tranche d'âge dans un même lieu et représente, dans la vie de chaque individu, un moment important d'information et de sensibilisation à ce qu'est la citoyenneté.

Au cours de cette journée, des informations sont délivrées sur l'éducation à la santé, la prévention, les droits en matière de santé publique, mais aussi sur l'intérêt du don du sang, d'organe, de moelle osseuse. Dans la même veine, on pourrait sensibiliser ces jeunes adultes à la possibilité pour eux de rédiger des directives anticipées.

J'ai bien conscience que de telles informations peuvent paraître incongrues à des jeunes gens qui sont à un âge où l'on se sent invincible. Pour autant, cette information peut finir par germer et se traduire plus tard par ce geste de responsabilité personnelle qu'est la rédaction de directives anticipées.

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

M. Gérard Dériot, corapporteur. Je ferai d'abord observer que ces deux amendements ont des objets complètement différents : ils ne sont en discussion commune que parce qu'ils visent tous deux à modifier la rédaction de l'alinéa 7 de l'article 8.

La commission émet un avis favorable sur l'amendement n° 77, qui tend à prévoir qu'une information sur les conditions de rédaction des directives anticipées n'est délivrée par le médecin que si le patient en fait la demande.

L'amendement n° 42 rectifié *bis* vise à sensibiliser les jeunes gens, lors de la Journée défense et citoyenneté, sur la possibilité de rédiger des directives anticipées. Certes, ce moment peut en être l'occasion, mais, à force d'alourdir le programme de cette journée, je ne suis pas certain que beaucoup se souviendront de cette information, qui ne leur paraîtra pas très agréable. (*Mme Dominique Gillot s'exclame.*)

Convenez, ma chère collègue, que pour ces jeunes la Journée défense et citoyenneté est longue et fastidieuse, car un grand nombre d'informations leur sont délivrées. Je profite d'ailleurs de l'examen de cet amendement pour mettre en garde contre la fâcheuse tendance qui consiste à faire de cette journée le moyen de résoudre un certain nombre de difficultés pour lesquelles aucune autre réponse n'a été trouvée.

Certes, dans la mesure où le projet de loi de modernisation de notre système de santé prévoit la réalisation d'un test systématique de dépistage de la surdité au cours de la

Journée défense et citoyenneté, les jeunes pourront entendre toutes les informations qu'on leur donnera ! (*Sourires.*)

Pour autant, je n'ai pas le sentiment que les jeunes seront très réceptifs à ce genre d'informations ce jour-là. Il faudrait trouver une autre idée. C'est la raison pour laquelle la commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur l'amendement n° 77, même si l'on comprend bien la démarche de M. Barbier. Je ne vois pas l'utilité d'enserrer dans un cadre contraignant, dans un sens ou dans un autre, la relation entre le patient et son médecin au moment où la question de la fin de vie se pose. Après tout, la rédaction de directives anticipées peut aussi être l'occasion de préciser que l'on veut vivre jusqu'au bout sans qu'il soit mis fin à sa vie de façon prématurée.

Mme Annie David. Oui !

Mme Marisol Touraine, ministre. Ces cas de figure peuvent aussi exister, ne l'oublions pas ! Certains patients peuvent exprimer le désir d'être soulagés mais, pour des raisons diverses, souhaiter attendre simplement le terme de leur vie.

En outre, la procédure prévue par cet amendement pose la question du contrôle et de la vérification.

En revanche, j'émet un avis favorable sur l'amendement n° 42 rectifié *bis*, même si je suis assez sensible aux observations formulées par le corapporteur. La Journée défense et citoyenneté finit en effet par devenir le moment où il faut tout dire, tout expliquer, tout faire. Reste que cette journée comprend d'ores et déjà une sensibilisation au don d'organe et de sang. Par conséquent, pourquoi ne pas y ajouter une sensibilisation à la rédaction de directives anticipées ?

M. Daniel Raoul. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Debré, pour explication de vote.

Mme Isabelle Debré. La rédaction adoptée par la commission pour l'alinéa 7 me gêne. En effet, elle prévoit que « le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées ». Or, nous le savons, en droit, l'indicatif présent a une valeur impérative. En l'espèce, cela crée une insécurité juridique pour le médecin, puisque la famille d'un patient pourra toujours soutenir qu'il aurait dû informer celui-ci. Il n'en serait pas de même si le texte prévoyait que le médecin traitant « peut informer ».

Pour autant, la rédaction de l'amendement n° 77 me gêne aussi : prévoir que le médecin traitant informe les patients « à leur demande » est à mon sens très restrictif. Ce sujet a d'ailleurs donné lieu à une discussion nourrie au sein de la commission des affaires sociales.

Pour ma part, j'aurais préféré que soit retenue la rédaction suivante : « Le médecin traitant peut informer ses patients de la possibilité des conditions de rédaction de directives anticipées. » Cette formulation n'est pas injonctive : le médecin peut, à la demande ou non de ses patients, informer ces derniers. Elle me semble même beaucoup plus souple et elle aurait levé l'insécurité juridique, tout en évitant la restriction induite par la nécessité, pour le médecin, d'attendre que son patient le sollicite à ce sujet.

M. le président. La parole est à M. Jean-Baptiste Lemoine, pour explication de vote.

M. Jean-Baptiste Lemoine. Je coiffe ma casquette de rapporteur pour avis de la mission « Anciens combattants, mémoire et liens avec la Nation » pour rappeler que, lors de l'examen du projet de finances pour 2015, nous avons constaté une certaine dérive de la Journée défense et citoyenneté, au cours de laquelle de nombreuses sensibilisations sont programmées. Le souhait a alors été exprimé, tant par le Gouvernement que par plusieurs sénateurs, que l'on en revienne aux préconisations du Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale de 2013, à savoir une sensibilisation à l'esprit de défense. Depuis lors, d'ailleurs, une place plus large a été réservée à la présentation de nombreux enjeux de défense et de sécurité, et il est clair que les problèmes géopolitiques actuels justifient ce recentrage sur la vocation initiale de cette journée.

Je suis de ceux qui seraient favorables à un rendez-vous citoyen et de défense nationale un peu plus long : pour une même classe d'âge, passer huit ou douze semaines est une expérience formatrice. Nous aurions alors tout loisir d'inclure un certain nombre de modules complémentaires, comme la sensibilisation spécifique que vise à introduire l'amendement n° 42 rectifié *bis*.

Au regard du format actuel de la Journée défense et citoyenneté, je suis très réservé sur cette proposition, même si elle part d'une bonne intention. Par conséquent, je voterai contre cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Daniel Raoul, pour explication de vote.

M. Daniel Raoul. Pour ma part, je soutiens l'amendement n° 77, dont la rédaction me convient, et les observations formulées par Isabelle Debré me confortent dans cette position. La rédaction de la commission pose à mon sens problème : comment le médecin traitant informe-t-il le patient qu'on est en train d'organiser sa mort ou sa fin de vie ?

Mme Isabelle Debré. Exactement !

M. Daniel Raoul. Car c'est bien de cela qu'il s'agit, mes chers collègues !

En revanche, si cette information est délivrée à la demande du patient, la qualité de l'échange entre le médecin et le patient qui en découlera sera tout autre.

Par ailleurs, le médecin traitant n'est pas le seul à pouvoir informer le patient des conditions de rédaction de directives anticipées : l'entourage du patient, ses proches, les associations spécialisées dans certaines maladies, comme le cancer, peuvent aussi le faire.

En tout cas, la procédure proposée par M. Barbier me semble la plus à même de créer une relation de confiance entre le patient et le médecin.

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. J'approuve, moi aussi, la rédaction proposée par M. Barbier, qui ne me paraît pas restrictive. En revanche, la formulation « Le médecin traitant peut informer » laisserait celui-ci libre de délivrer ou non l'information, même si le patient l'a demandée.

Par ailleurs, je suis plutôt favorable à l'amendement de Mme Gillot, même si j'ai tendance à penser, comme le corapporteur, que les jeunes qui participent à la Journée

défense et citoyenneté ne retiendront sans doute pas ce qui leur sera dit sur les directives anticipées. On peut toutefois leur donner une information à ce sujet.

M. le président. La parole est à Mme Françoise Gatel.

Mme Françoise Gatel. En vérité, je ne vois pas à quel moment, au cours d'une consultation, le médecin pourra glisser à un patient bien portant une information sur la rédaction de directives anticipées. La rédaction de telles directives nécessitant un long cheminement personnel et intellectuel, j'imagine mal un patient le faire sur un coin de table un lundi matin, après une rapide information de son médecin, au détour d'une simple consultation.

Nous avons longuement discuté hier du fait que, actuellement, seuls 2,5 % de nos concitoyens avaient rédigé des directives anticipées, comme le permet pourtant la loi Leonetti. Il est donc essentiel de diffuser largement auprès de nos concitoyens cette information sur la possibilité qui leur est offerte.

Telles sont les raisons pour lesquelles j'approuve la formulation suggérée par Mme Debré : « Le médecin traitant peut informer ses patients ».

M. le président. La parole est à M. Joël Guerriau.

M. Georges Labazée. Mais on ne va jamais en finir !

M. Joël Guerriau. Je serai bref !

Je ne vois pas très bien ce que pourrait apporter l'amendement de M. Barbier. De manière générale, lorsqu'un patient pose une question à son médecin, celui-ci lui répond. Il n'est donc pas nécessaire d'inscrire dans la loi ce qui se fait déjà naturellement en pratique. Je ne vois pas un médecin dire à un patient, avant de répondre à sa question, qu'il lui faut au préalable vérifier si la loi l'autorise à formuler la demande qu'il lui fait !

Il me semble en revanche assez délicat, pour un médecin, de prendre l'initiative d'informer un patient sur les directives anticipées, car cela risque de l'inquiéter et de le conduire à penser qu'on ne lui a pas tout avoué sur son état de santé, qui est probablement plus sérieux que ce qu'on lui en a dit.

Laissons donc les choses se faire naturellement et faisons confiance aux médecins.

M. le président. À cet instant, je tiens à préciser que je n'ai été saisi d'aucun sous-amendement tendant à introduire la formule « peut informer ». Du reste, dans la mesure où les explications de vote ont commencé, il n'est plus possible de déposer un sous-amendement. Seule la rectification d'un amendement par son auteur est possible.

La parole est à Mme Dominique Gillot, pour explication de vote.

Mme Dominique Gillot. Je l'ai dit, selon moi, la rédaction de directives anticipées doit devenir une pratique habituelle. Or certains l'évoquent comme s'il s'agissait de quelque chose d'effrayant, dont il ne faudrait parler qu'en catimini. Quand on est en bonne santé, penser à la manière dont on veut finir sa vie n'a rien de dramatique ! Cela ne précipite pas la maladie et le malheur.

Je pense, au contraire de certains d'entre vous, que la possibilité de rédiger des directives anticipées n'est pas réservée aux personnes âgées, à des personnes atteintes de maladies incurables ou en fin de vie. Elle est destinée à tous les citoyens.

Je rappelle que, sur l'établissement de directives anticipées, nous partons de très loin. Il va donc nous falloir faire preuve de beaucoup d'imagination et d'une grande ouverture d'esprit pour diffuser cette information.

Le texte prévoit que cette information sera délivrée par le médecin, mais je pense qu'il n'est pas le seul à pouvoir le faire. J'espère que le ministère de la santé aura à cœur de mettre en œuvre des campagnes d'information sur ce sujet, comme il le fait par ailleurs sur diverses questions de santé publique.

C'est dans cet esprit que je propose qu'une information sur les directives anticipées soit diffusée lors de la Journée défense et citoyenneté, au cours de laquelle toute une génération de jeunes prend connaissance d'un certain nombre de droits et de devoirs. Il s'agit non pas d'organiser une conférence, mais simplement de remettre à ces jeunes un dépliant sur la question, qu'ils pourront consulter par la suite.

Il ne faut pas faire une montagne de cette histoire et craindre d'effrayer les gens au motif qu'ils pourraient croire qu'on prépare leur fin de vie alors qu'ils sont en bonne santé.

M. le président. La parole est à M. Jean-Noël Cardoux, pour explication de vote.

M. Jean-Noël Cardoux. Sur un sujet aussi sensible, nous devons bien envisager les conséquences de nos votes.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Je ne manquerai pas de vous le rappeler, cher collègue !

M. Jean-Noël Cardoux. Je rappelle que, même si nous n'avons pas atteint la situation des États-Unis, où les avocats savent faire de l'argent sur le dos de leurs clients, nous vivons aujourd'hui dans un monde procédurier. Imaginons donc ce qu'il se passera si nous conservons dans le texte la formulation : « Le médecin traitant informe ses patients », laquelle signifie que le médecin a obligation de le faire. Sachant comment procèdent aujourd'hui, à juste titre d'ailleurs, les médecins face aux charges et aux responsabilités de plus en plus grandes qui leur sont imposées, il est clair qu'ils feront signer à leurs patients, si ceux-ci sont en état d'exprimer leur volonté, ou, à défaut, à leurs familles, un document attestant qu'ils leur ont bien délivré l'information sur les directives anticipées.

Songez à l'effet que produira la démarche du médecin, contraint d'informer son patient de son obligation de lui faire signer une attestation afin de mettre sa responsabilité hors de cause et de se protéger contre toute procédure !

L'amendement de Gilbert Barbier tend, en quelque sorte, à inverser la charge de la preuve puisque c'est à la demande du malade que le médecin délivrera l'information. Toutefois, même si la formulation que propose notre collègue a le mérite d'éliminer une éventuelle mise en cause de la responsabilité du médecin, elle ne permet pas d'écarter les procédures que pourraient tenter les familles pour vérifier que le patient a bien demandé à son médecin à être informé.

La sagesse consisterait donc à adopter la rédaction qu'a évoquée Mme Debré, mais cela soulève le problème de procédure que vous avez mentionné, monsieur le président.

Je le répète : il ne faut pas oublier que nous vivons dans un monde procédurier, de même qu'il faut se rendre compte des conséquences psychologiques de la décision que nous nous apprêtons à prendre.

M. Dominique de Legge. Très bien !

M. le président. Madame Gillot, j'attire votre attention sur le fait que, si l'amendement n° 77 était adopté, l'amendement n° 42 rectifié *bis* n'aurait alors plus d'objet. Peut-être devriez-vous donc rectifier votre amendement de sorte qu'il tende à insérer un nouvel alinéa après l'alinéa 7 ?

Mme Dominique Gillot. Je vous remercie de cette suggestion, monsieur le président, et je rectifie par conséquent mon amendement en ce sens.

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 42 rectifié *ter*, présenté par Mme D. Gillot, MM. Labazée, Godefroy et Bérít-Débat, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Champion et Claireaux, MM. Daudigny et Durain, Mmes Emery-Dumas et Génisson, M. Jeansannetas, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet, MM. Frécon, Gorce et Kaltenbach, Mme D. Michel, MM. Madec, Courteau, Botrel et Rome, Mme Lepage, M. Manable, Mme Perol-Dumont, M. Antiste et les membres du groupe socialiste et républicain, et qui est ainsi libellé :

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

Les mineurs sont sensibilisés à la possibilité de rédiger des directives anticipées, à partir de leur majorité, à l'occasion de la Journée défense et citoyenneté mentionnée à l'article L. 114-3 du code du service national.

Quel est l'avis de la commission sur cet amendement ?

M. Gérard Dériot, corapporteur. Il me semble que Mme Gillot aurait pu tout aussi bien redéposer son amendement en deuxième lecture...

Cela étant dit, l'avis de la commission reste défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis favorable.

M. le président. La parole est à M. Dominique de Legge, pour explication de vote. (*Vives protestations sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. Dominique de Legge. J'ai tout de même le droit d'expliquer mon vote !

Soyons sérieux et raisonnables, mes chers collègues : alors que, au cours de la Journée défense et citoyenneté, on sensibilise déjà les jeunes à la situation internationale, aux valeurs de la République et à différents problèmes de santé, vous souhaitez ajouter une information sur la rédaction de directives anticipées. Le risque est grand, à force d'alourdir le programme de cette journée, d'en remettre en cause l'utilité et la vocation.

Pour ma part, je ne voterai pas l'amendement de Mme Gillot.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 77.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 42 rectifié *ter*.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de six amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 10 rectifié *ter*, présenté par MM. Mouiller et Bouchet, Mme Morhet-Richaud, MM. Savary, Morisset et Longeot, Mmes Mélot et Gruny et MM. Leleux, Husson, Pellevat, Houel et Lemoyne, est ainsi libellé :

Alinéa 8

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. Philippe Mouiller.

M. Philippe Mouiller. Cet amendement vise à permettre aux personnes handicapées de bénéficier, s'agissant de la rédaction de directives anticipées, des mêmes droits que les personnes qui ne le sont pas.

Cela étant dit, je retire cet amendement, monsieur le président, et me rallie à l'amendement n° 18 de la commission des lois, qui sera présenté dans quelques instants.

M. le président. L'amendement n° 10 rectifié *ter* est retiré.

L'amendement n° 31 n'est pas soutenu.

L'amendement n° 97 rectifié, présenté par Mme Garriaud-Maylam et M. Guerriau, est ainsi libellé :

Alinéa 8, première phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

Lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée, la personne en faisant l'objet peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué un certificat médical attestant des capacités du majeur protégé à prendre une telle décision.

La parole est à M. Joël Guerriau.

M. Joël Guerriau. Cet amendement tend, d'une part, à limiter aux seules personnes sous tutelle la possibilité de rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille. Sur cette question, il s'agit d'un simple ajustement. En effet, les autres mesures de protection juridique sont couvertes par le chapitre II du titre XI du livre I^{er} du code civil, la sauvegarde de justice à la section 3, la curatelle et la tutelle à la section 4 et le mandat de protection future à la section 5. Ces mesures n'interdisent pas à la personne de rédiger de telles directives dans les conditions du droit commun, c'est-à-dire sans autorisation particulière.

D'autre part, en contrepoint, cet amendement vise à imposer que cette autorisation soit donnée sur le fondement d'un certificat médical attestant des capacités du majeur protégé à prendre une telle décision. Ce deuxième point relève du bon sens et tend à établir un équilibre entre protection de la personne et garantie de la liberté individuelle.

M. le président. L'amendement n° 18, présenté par M. Pillet, au nom de la commission des lois, est ainsi libellé :

Alinéa 8

1° Première phrase :

Remplacer les mots :

protection juridique

par le mot :

tutelle

2° Seconde phrase :

Rédiger ainsi cette phrase :

Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. François Pillet, *rapporteur pour avis de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale*. Toutes les mesures de protection juridique ne sont pas de même degré. La protection la plus haute est assurée par la tutelle ; viennent ensuite la curatelle puis la sauvegarde de justice.

Les personnes qui bénéficient d'une mesure de curatelle ou de sauvegarde de justice ont la possibilité de rédiger seules, et tout à fait valablement, des directives anticipées.

Afin de garantir la cohérence de notre système juridique, il est proposé ici de remplacer la notion de protection juridique par celle de tutelle et, pour ce qui est d'une personne sous tutelle, de prévoir que celle-ci peut établir des directives anticipées sans l'assistance de son tuteur.

Dans l'amendement n° 97 rectifié, monsieur Guerriau, vous soumettez l'autorisation du juge à l'existence d'un certificat médical. Cette précision me semble superflue, car le juge peut lui-même forger sa décision avec tous les éléments qu'il désire réunir. Il peut même la forger tout seul, après un entretien avec la personne sous tutelle ou décider que celle-ci rédigera ses directives anticipées après avoir consulté un médecin. Laissons donc le juge des tutelles, qui a l'habitude de régler ce genre de problème, procéder comme il l'entend.

M. le président. L'amendement n° 53 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Barbier et Commeinhes, Mme Lamure et MM. Vogel, Mézard, Requier et Gremillet, est ainsi libellé :

Alinéa 8, seconde phrase

Remplacer le mot :

peut

par le mot :

doit

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. Il est prévu qu'une personne faisant l'objet d'une mesure de protection juridique peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille.

La rédaction de cet alinéa laisse entendre que, lors de la rédaction des directives anticipées, l'assistance de la personne chargée de sa protection est facultative. Or je pense que cet accompagnement est absolument indispensable et devrait être obligatoire, afin de garantir que la personne concernée écrit ses directives conformément à sa pensée, car il peut être difficile pour elle d'écrire seule.

M. le président. L'amendement n° 78 rectifié, présenté par MM. Barbier, Bertrand, Collin, Collombat et Fortassin, Mmes Laborde et Malherbe et MM. Mézard et Requier, est ainsi libellé :

Alinéa 8, seconde phrase

Remplacer les mots :

peut prévoir

par le mot :

prévoit

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Ayant été convaincu par les explications de M. Pillet, je retire cet amendement au profit de l'amendement n° 18.

M. le président. L'amendement n° 78 rectifié est retiré.

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

M. Gérard Dériot, *corapporteur*. Je tiens à souligner que les amendements n° 97 rectifié et 18 témoignent de l'indéniable difficulté que pose l'alinéa 8 de l'article 8 dans sa rédaction actuelle.

Tout d'abord, cet alinéa traite de manière identique toutes les personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique, quelle qu'elle soit, et soumet la rédaction éventuelle de leurs directives anticipées à une autorisation spéciale du juge, alors que le code civil autorise les personnes sous curatelle, sous sauvegarde de justice ou sous mandat de protection future à rédiger des directives anticipées dans les conditions du droit commun.

De plus, l'alinéa 8 prévoit la possibilité, pour une personne sous tutelle, de se faire représenter ou assister par son tuteur afin de rédiger ses directives anticipées. Cette disposition remet en cause le caractère éminemment personnel que revêt l'acte d'écrire ses directives anticipées.

L'alinéa 8 ne peut donc rester en l'état.

C'est la raison pour laquelle l'amendement n° 18 de la commission des lois procède à plusieurs ajustements permettant de garantir le droit des personnes protégées quant à la possibilité de rédiger des directives anticipées. La commission des lois propose en effet d'écarter le régime spécial d'autorisation prévu par l'alinéa 8 pour les personnes faisant l'objet d'une mesure de curatelle, de sauvegarde de justice ou d'un mandat de protection future.

S'agissant des personnes sous tutelle, il est précisé par la commission des lois que, compte tenu du caractère très personnel que revêt l'acte d'écrire ses directives anticipées, le tuteur ne peut ni l'assister ni le représenter à cette occasion. Cette précision n'empêchera pas le juge, dont la mission est d'assurer la protection de la personne sous tutelle, de prévoir que le médecin traitant de la personne protégée l'assiste dans cette rédaction.

Pour ces raisons, la commission est favorable à l'amendement n° 18 et sollicite le retrait à son profit de l'amendement n° 97 rectifié.

La commission demande également le retrait de l'amendement n° 53 rectifié, qui tend à obliger le juge ou le conseil de famille à prévoir qu'une personne faisant l'objet d'une mesure de protection juridique bénéficie, lorsqu'elle rédige ses directives anticipées, de l'assistance de la personne chargée d'assurer sa protection. À défaut de ce retrait, la commission émettra un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Je comprends très bien la préoccupation qui est exprimée par M. François Pillet ainsi que par les auteurs des différents amendements.

Le Gouvernement émet néanmoins un avis défavorable sur ces amendements. En effet, la Chancellerie considère que l'équilibre d'ensemble des textes juridiques conduit à préserver le rôle du juge dans le cas de personnes placées sous curatelle, et non pas seulement dans celui de personnes placées sous tutelle.

L'enjeu est de permettre que puisse s'exprimer la volonté d'une personne qui peut connaître des états assez variables dans le temps et être plus ou moins lucide selon les moments. Par conséquent, il paraît préférable de garantir que le contrôle du juge pourra continuer de s'exercer.

M. le président. Monsieur Guerriau, l'amendement n° 97 rectifié est-il maintenu ?

M. Joël Guerriau. Non, je le retire, monsieur le président. En effet, d'une part, l'un des objectifs essentiels de notre amendement, concernant la tutelle, est satisfait par l'amendement n° 18. D'autre part, le juge a toujours la possibilité de faire établir un certificat médical s'il en voit la nécessité.

M. le président. L'amendement n° 97 rectifié est retiré.

Monsieur Chasseing, l'amendement n° 53 rectifié est-il maintenu ?

M. Daniel Chasseing. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 53 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 18.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 8, modifié.

(L'article 8 est adopté.)

Article additionnel après l'article 8

M. le président. L'amendement n° 43 rectifié *bis*, présenté par Mme D. Gillot, MM. Labazée, Godefroy et Bérít-Débat, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Champion et Claireaux, MM. Daudigny et Durain, Mmes Emery-Dumas et Génisson, M. Jeansannetas, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet, MM. Frécon, Gorce et Kaltenbach, Mme D. Michel, MM. Madec, Courteau, Botrel et Rome, Mme Lepage, M. Manable, Mme Perol-Dumont, M. Antiste et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 8

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le deuxième alinéa de l'article L. 114-3 du code du service national est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il est également délivré une information générale sur la législation en vigueur relative aux directives anticipées prévues à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique. »

La parole est à Mme Dominique Gillot.

Mme Dominique Gillot. Il me semble que cet amendement n'a pas lieu d'être maintenu dès lors que mon amendement n° 42 rectifié *ter* n'a pas été adopté. Par conséquent, je retire l'amendement n° 43 rectifié *bis*.

Je prendrai de meilleurs conseils juridiques pour la rédaction de ces amendements en deuxième lecture ! *(Sourires.)*

M. le président. L'amendement n° 43 rectifié *bis* est retiré.

Article 9

- ① I. – L'article L. 1111-6 du même code est ainsi rédigé :

② « Art. L. 1111-6. – Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit et signée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

③ « Si le patient le souhaite, la personne de confiance qu'il a désignée l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

④ « Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

⑤ « Lorsque le patient qui a désigné une personne de confiance est hors d'état d'exprimer sa volonté, cette personne rend compte de la volonté du patient. L'expression de cette volonté prévaut sur tout autre élément permettant d'établir la volonté du patient à l'exclusion des directives anticipées.

⑥ « Le présent article ne s'applique pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci. »

⑦ II. – *(Supprimé)*

M. le président. La parole est à M. Daniel Raoul, sur l'article.

M. Daniel Raoul. Mes chers collègues, après avoir relu le résultat de vos travaux de cet après-midi, je me demande où est la cohérence du texte que le Sénat est en train de bâtir.

Tout d'abord, je relève que l'amendement n° 59 rectifié *bis*, qui a été adopté, est en contradiction avec le droit actuel.

En outre, ce même amendement remet totalement en cause ce qui a été voté aux articles 1^{er} et 2, en particulier sur la sédation.

D'une manière générale, je m'inquiète de la qualité du texte qui sortira finalement de nos débats et aussi du jugement que pourront porter nos collègues députés devant un tel brouillon – je pourrais même parler de complète incohérence !

Aussi, je m'adresse à vous, monsieur le président de la commission des lois, messieurs les rapporteurs, et à vous aussi, madame la ministre : y a-t-il une solution pour donner à ce texte la cohérence qui lui manque et respecter le droit existant ?

Même la loi Leonetti n'est pas respectée par l'amendement n° 59 rectifié *bis* ! C'est un comble, quand il semblait exister un certain consensus, à l'Assemblée nationale et au Sénat, y compris en commission, pour voir dans cette loi un progrès !

En tout cas, un texte de cette nature n'est pas à la gloire du Sénat ! *(Marques d'approbation sur le banc des commissions.)*

M. le président. L'amendement n° 40 rectifié, présenté par Mme D. Gillot, MM. Antiste et Godefroy, Mmes Lepage et Perol-Dumont et M. Rome, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Si le patient le souhaite et si la personne désignée l'accepte, elle peut devenir mandataire de santé du patient. Elle cosigne alors avec le patient un document qui lui confère notamment la possibilité d'avoir accès au dossier médical, de se faire assister par un expert médical, de donner un consentement à un traitement ou d'exprimer un refus de soins, de donner son consentement à une prise en charge en établissement de santé.

La parole est à Mme Dominique Gillot.

Mme Dominique Gillot. Cet amendement tend à proposer une adaptation limitée du mandat de protection future à la protection des conditions de vie.

Le mandat de santé est distinct du mandat de protection future, qui permet au mandataire de gérer tous les biens de la personne. Il s'agit d'un mandat permettant d'accompagner le patient dans toutes ses démarches de santé et ses décisions pour préparer correctement sa fin de vie.

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

M. Gérard Dériot, corapporteur. Cet amendement crée un statut de mandataire de santé pour la personne de confiance sur le modèle du mandat de protection future, créé en 2007.

Celui-ci permet à toute personne de désigner à l'avance une personne qu'elle souhaite voir chargée de veiller sur elle ou sur tout ou partie de son patrimoine pour le jour où elle ne serait plus en état physique ou mental de le faire seule.

L'amendement soulève ainsi la question importante du statut de la personne de confiance, qui n'est aujourd'hui ni un simple témoin parmi d'autres ni un mandataire de la personne qui l'a désignée.

Le dispositif proposé dans l'amendement appelle cependant plusieurs réserves. En effet, l'adopter conduirait à modifier substantiellement les choix sur lesquels repose la proposition de loi, par lesquels on a entendu renforcer la place de la personne de confiance sans réformer la nature de son statut juridique.

Il aurait surtout pour inconvénient de faire coexister deux statuts de la personne de confiance selon qu'elle est ou non mandataire de santé, avec des pouvoirs très différents dans un cas et dans l'autre.

Les conséquences juridiques d'un tel changement mériteraient certainement une analyse approfondie.

Compte tenu de ces réserves, la commission des affaires sociales a jugé utile de solliciter l'avis du Gouvernement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je vous demanderai de bien vouloir retirer votre amendement, madame Gillot. À défaut, l'avis du Gouvernement sera défavorable.

En vérité, je suis convaincue que nous arriverons à ce que vous préconisez, mais je ne suis pas capable de vous dire quand.

Aujourd'hui, nous sommes en train de mettre en place la personne de confiance, de définir les modalités d'intervention d'une telle personne auprès d'un patient en fin de vie. Mais, pour l'heure, tout cela reste très flou et de nombreux problèmes d'articulation restent en suspens.

Dans ce contexte, l'amendement que vous proposez risque plus d'inquiéter ou de semer le doute que de rassurer.

Un travail plus approfondi me semble donc nécessaire sur les notions de protection juridique et de personne de confiance, qui ne répondent pas aux mêmes objectifs.

Quant au statut de mandataire de santé, il reste entièrement à construire et ne s'articule pas bien avec les autres notions.

Pour résumer : nous savons que nous allons devoir construire un puzzle, nous avons toutes les pièces en main, mais nous ne voyons pas encore très bien comment elles vont pouvoir s'emboîter.

M. le président. La parole est à Mme Dominique Gillot, pour explication de vote.

Mme Dominique Gillot. Je comprends que vous puissiez être déroutés par mes amendements. Je rappelle que je ne siége pas à la commission des affaires sociales, ce qui explique aussi que la rédaction de ces amendements ait été pour moi un peu plus compliquée. Toutefois, soyez rassurés, je n'ai pas travaillé seule dans mon bureau ! Cet amendement-ci a été inspiré par les travaux du collectif interassociatif sur la santé.

Une concertation avec les éminentes personnalités qui composent ce collectif permettrait sans doute de clarifier les différents statuts que vous venez d'évoquer, madame la ministre, et d'établir une gradation entre les différentes personnes de confiance que vous êtes en train de définir.

J'accepte donc de retirer cet amendement, mais je souhaite vraiment qu'un travail de concertation ait lieu avec les instances qui ont déjà réfléchi à ces questions de droits des patients.

M. le président. L'amendement n° 40 rectifié est retiré.

L'amendement n° 85 rectifié, présenté par Mme David, M. Abate, Mmes Assassi et Beaufils, MM. Billout, Bocquet et Bosino, Mmes Cohen et Cukierman, MM. Favier et Foucaud, Mme Gonthier-Maurin, MM. P. Laurent et Le Scouarnec, Mme Prunaud et M. Watrin, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La personne de confiance peut demander les informations du dossier médical nécessaires pour vérifier si la situation médicale de la personne concernée correspond aux conditions exprimées dans les directives anticipées.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Je reviens sur ma proposition, présentée tout à l'heure dans une rédaction maladroite, consistant à placer la personne de confiance dans une situation où elle serait davantage en mesure de prendre des décisions en toute connaissance de cause.

Le présent amendement a pour objet de rétablir un alinéa supprimé par la commission des affaires sociales du Sénat. Il s'agissait de prévoir que la personne de confiance a partiellement accès au dossier médical du patient, afin de pouvoir vérifier si la situation médicale de ce dernier correspond bien à la volonté exprimée par les directives anticipées.

Cet alinéa était issu d'un amendement adopté en séance publique à l'Assemblée nationale, proposé par la députée écologiste Véronique Massonneau.

La disposition ainsi adoptée était raisonnable : comme l'a préconisé le Conseil national de l'ordre des médecins, l'accès au dossier complet n'est pas prévu, car des informations

confidentielles et qui n'auraient aucune conséquence sur la situation médicale présente du patient n'ont pas à être révélées.

Pour cette raison, nous ne comprenons pas la position de la commission des affaires sociales, d'autant que la suppression de l'alinéa en question nuit fortement à la cohérence du texte : comment prétendre rendre le patient maître de sa fin de vie, y compris par l'intermédiaire de ses proches, et supprimer la possibilité pour ces derniers d'être informés ?

D'un côté, le texte permet à la personne de confiance de participer à la procédure collégiale et lui reconnaît un rôle important, puisque son témoignage « prime sur tout autre élément ». De l'autre, cette personne de confiance ne peut pas avoir accès à la partie du dossier médical qui concerne la situation médicale en discussion. Ainsi, elle est invitée à statuer, mais sans avoir tous les éléments en main, ce qui rend sa participation à la procédure collégiale presque « superficielle ».

Finalement, en « assouplissant » le caractère contraignant des directives anticipées et en fragilisant le rôle de la personne de confiance, la commission des affaires sociales a affaibli la portée de ce texte.

Pour cette raison et parce que les attentes de nos concitoyennes et de nos concitoyens sont très grandes sur ce sujet si important, nous proposons de redonner du contenu au texte et de réintroduire cet alinéa.

Mme Corinne Bouchoux. Très bien !

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

M. Gérard Dériot, rapporteur. Cet amendement tend à donner à la personne de confiance la possibilité de demander des informations figurant dans le dossier médical de la personne qui l'a désignée pour « vérifier si la situation médicale de la personne concernée correspond aux conditions exprimées dans les directives anticipées ».

La commission des affaires sociales n'a pas jugé opportun de maintenir ces dispositions, qui ne figuraient d'ailleurs pas dans le texte d'origine. En effet, si la personne de confiance ne souscrit pas *a priori* à l'analyse du médecin, en quoi le fait de recevoir de ce même médecin des informations sur le contenu du dossier médical pourrait-il la convaincre ?

La concordance de ces dispositions avec les règles d'accessibilité et de confidentialité des informations médicales pose en outre question.

C'est la raison pour laquelle la commission a jugé préférable que la personne de confiance soit associée à la procédure collégiale mise en œuvre à l'initiative du médecin pour prendre en compte les directives anticipées. Elle recevra alors des informations médicales récentes, qui lui permettront de participer à la prise de décision dans des conditions, nous semble-t-il, plus adaptées et offrant de meilleures garanties de confidentialité.

L'avis est donc défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement est également défavorable à cet amendement, madame David, d'autant que, à l'Assemblée nationale, il s'était prononcé contre l'adoption de l'amendement qui a introduit l'alinéa considéré.

Aujourd'hui, indépendamment de la fin de vie, il n'existe aucun droit d'accès au dossier médical pour la personne de confiance, ce dossier restant strictement individuel et confidentiel. Un tel accès poserait problème au regard du statut et des responsabilités de la personne de confiance.

M. le président. La parole est à Mme Corinne Bouchoux, pour explication de vote.

Mme Corinne Bouchoux. Je remercie vivement Annie David d'avoir redéposé cet amendement, présenté initialement à l'Assemblée nationale par notre collègue Véronique Massonneau.

J'entends toutefois les réserves que vous avez émises, madame la ministre.

À titre amical, je voterai cet amendement. Toutefois, en tant que membre actif de la Commission d'accès aux documents administratifs, la CADA, je reconnais que cette proposition n'est pas en tout point conforme à la législation en vigueur sur la consultation de ces documents. C'est d'ailleurs aussi la raison pour laquelle nous n'avons pas nous-mêmes redéposé cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. Je me réjouis des paroles d'amitié de Mme Bouchoux, mais j'entends aussi les arguments de Mme la ministre et de M. le corapporteur.

Juridiquement parlant, cet amendement ne me semble pas suffisamment abouti, et je vais donc le retirer.

Le droit au secret médical est important. Toutefois, si l'on veut que les directives anticipées soient véritablement respectées, la personne de confiance doit obtenir ce fameux statut, qui n'existe pas pour l'heure.

Le combat risque d'être long, mais, à l'avenir, j'espère que la personne de confiance pourra obtenir l'ensemble des informations lui permettant de parler au nom de la personne qui, en s'en remettant à elle pour dire éventuellement s'il faut mettre fin à sa vie, lui a tout de même témoigné une confiance extraordinaire.

La personne de confiance est donc très importante et nous devons sérieusement réfléchir à son statut. (*Applaudissements sur certaines travées du groupe CRC. – Mmes Corinne Bouchoux et Dominique Gillot applaudissent également.*)

M. le président. L'amendement n° 85 rectifié est retiré.

L'amendement n° 19, présenté par M. Pillet, au nom de la commission des lois, est ainsi libellé :

Alinéa 5, seconde phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

Son témoignage prévaut sur tout autre.

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. François Pillet, rapporteur pour avis. La question du poids de la parole de la personne de confiance est effectivement importante.

La commission des affaires sociales a renforcé le poids de cette parole en décidant qu'elle prévaudrait « sur tout autre élément permettant d'établir la volonté du patient à l'exclusion des directives anticipées ». Or, s'il existe des éléments permettant d'établir la volonté du patient, il peut sembler contestable de les écarter par principe.

Cet amendement précise que le témoignage de la personne de confiance prévaut sur tout autre, et non sur tout élément. On peut en effet retrouver un courrier, un écrit ou un message vocal laissé par le patient.

De plus, il convient de ne pas perdre de vue le fait que la personne de confiance n'est pas censée « exprimer » la volonté de la personne malade en prétendant savoir ce que cette dernière aurait souhaité : la personne de confiance se contente de porter la parole ou les écrits de la personne malade, de « transmettre » ce que celle-ci a dit être sa volonté. Si l'on en fait le témoin de ce que pourrait être la volonté du patient, cela signifie que l'on insère dans le dispositif une personne qui s'arrogerait le droit d'analyser les volontés du patient, une sorte de juge supplémentaire.

Or, depuis hier, nous affirmons qu'il faut avant tout protéger la volonté du patient. Je le dis au passage, puisque le problème a été réglé, je ne vois donc pas pourquoi la personne de confiance aurait accès au dossier médical. Cela n'apporterait rien à la mission qui lui est dévolue.

La personne de confiance a déjà une position très forte dans la hiérarchie, avant la famille et les proches. Nous devons veiller à laisser cette personne de confiance dans son rôle de transmetteur de la parole.

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

M. Gérard Dériot, corapporteur. Cet amendement vise à préciser que le témoignage de la personne de confiance prévaut sur tout autre témoignage. La commission des affaires sociales avait jugé préférable de ne pas parler de « témoignage » pour qualifier la contribution de la personne de confiance et de réserver cette expression aux procédures judiciaires. La commission des lois souhaite revenir à la formulation initiale du texte. Celle-ci nous paraît moins précise dans la mesure où elle n'écarte pas explicitement les directives anticipées.

Cette réserve étant faite, nous nous en remettons à la sagesse du Sénat.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. L'avis est plutôt défavorable.

Les amendements précédents ont montré que nous nous posions des questions sur la place respective des différents acteurs, notamment celle de la personne de confiance, et il est vrai qu'une hiérarchie est proposée.

Une personne, en fin de vie ou non, peut désigner une personne de confiance dont le rôle auprès d'elle est plus important et plus direct que celui de sa famille. Cela peut arriver, et il n'appartient à personne de porter un jugement sur un choix qui aboutit à placer effectivement la personne de confiance au-dessus de la famille.

La rédaction que vous proposez est extrêmement brutale : « Son témoignage prévaut sur tout autre. » Cette hiérarchie s'imposerait dans toutes les situations. Il faut préserver le libre choix de la personne qui pourra porter la parole du patient.

M. le président. La parole est à M. Georges Labazée, pour explication de vote.

M. Georges Labazée. Notre groupe s'abstiendra sur cet amendement.

Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement recourt, lui aussi, à la notion de personne de confiance, s'agissant de l'admission dans des établissements

publics tels que les EHPAD. Cette notion est en train de devenir un élément important de la législation française. Il convient d'en définir les contours. Nous avons encore besoin d'y réfléchir.

M. le président. La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Notre groupe s'abstiendra également.

Comme je viens de le souligner, la personne de confiance joue un rôle majeur, central, dans le processus que l'on est en train de se mettre en place.

J'ai bien entendu les propos du rapporteur pour avis sur la nécessité de faire attention à la hiérarchie des acteurs et au rôle de chacun, mais celui de la personne de confiance désignée par le patient doit avoir un poids particulier. Cette personne doit être au-dessus de la famille, car, si le patient a choisi une personne de confiance en dehors de sa famille, c'est sans doute qu'il a ses raisons. Certains cas récents, malheureusement un peu trop médiatisés, montrent que la personne de confiance n'appartient pas forcément à la famille du patient.

Madame la ministre, je pense que, dans les mois ou les années à venir, il faudra travailler sur le statut de la personne de confiance. Or je crains que le texte qui résultera des travaux en commission et en séance plénière n'amoindrisse son rôle. Je le regrette.

Peut-être la personne de confiance ne doit-elle pas avoir accès au dossier médical, mais il faut s'assurer que sa parole sera entendue tant par les équipes médicales que par la famille.

Si l'équipe médicale envisage, malgré des directives anticipées écrites noir sur blanc, de refuser de mettre en œuvre la sédation profonde et continue jusqu'au décès parce qu'elle estime que la situation médicale du patient a évolué, la personne de confiance doit avoir son mot à dire ; la décision finale ne doit pas être laissée uniquement à l'équipe médicale.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je souhaite ajouter que, si cet amendement était adopté, on pourrait se trouver face à des conflits quasiment de légitimité, en tout cas de valeur de la parole. Une personne de confiance pourrait exprimer une position différente de la position exprimée antérieurement par le patient. Il y aurait alors deux sources de légitimité, deux fondements pour la décision. Néanmoins, l'expression du patient l'emporterait de toute façon, indépendamment des conditions et de la date de sa formulation. Comment articuler un témoignage filmé vieux de dix ans avec la parole de la personne de confiance au moment de la décision ?

Je tenais à apporter cette précision pour montrer que, même si cet amendement vise à traiter une difficulté que certains peuvent percevoir, son adoption poserait beaucoup de problèmes d'articulation et introduirait du flou en remettant en cause la hiérarchie des personnes habilitées à s'exprimer au nom du patient.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission des lois.

M. Philippe Bas, président de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale. Madame la ministre, l'amendement du rapporteur pour avis ne vise qu'à rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale, qui est identique au texte initial de

la proposition de loi : « [La personne de confiance] témoigne de l'expression de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. »

Le compte rendu des débats de l'Assemblée nationale atteste que le Gouvernement n'éprouvait pas le moindre doute sur ce texte. Je comprends que, à la lumière de nos débats, il fasse évoluer ses positions et ne souhaite pas approuver au Sénat le texte qu'il a approuvé à l'Assemblée nationale : je ne critique pas cette évolution du Gouvernement, lequel a parfaitement le droit de remettre l'ouvrage sur le métier au fur et à mesure de l'avancée des travaux parlementaires. J'en suis toutefois étonné compte tenu de l'importance du sujet.

À travers l'amendement n° 19, il s'agit simplement de faire progresser un débat entre la commission des affaires sociales et la commission des lois. Le texte adopté par la commission des affaires sociales prévoit que l'expression de la volonté du patient par la personne de confiance prévaudra « sur tout autre élément permettant d'établir la volonté du patient à l'exclusion des directives anticipées ». Il a semblé à la commission des lois qu'il était plus clair de considérer que, à partir du moment où le patient avait pris la responsabilité – et elle est très lourde ! – de désigner une personne de confiance chargée d'exprimer sa volonté, le témoignage de cette personne de confiance devait prévaloir sur celui de tout autre proche, y compris parmi les membres de la famille, mais pas forcément sur tout autre élément, y compris, bien sûr, les directives anticipées.

Malgré le changement de pied du Gouvernement, je crois qu'il faut s'en tenir à la version de l'Assemblée nationale, que le rapporteur pour avis propose de rétablir.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 19.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les trois premiers sont identiques.

L'amendement n° 11 rectifié *ter* est présenté par MM. Mouiller et Bouchet, Mme Morhet-Richaud, MM. Savary, Morisset et Longeot, Mmes Mélot et Gruny, MM. Leleux et Husson, Mme Joissains et MM. G. Bailly, Mayet, Pellevat, Houel et Lemoyne.

L'amendement n° 32 est présenté par M. Delahaye.

L'amendement n° 86 rectifié est présenté par Mme David, M. Abate, Mmes Assassi et Beaufrils, MM. Billout, Bocquet et Bosino, Mmes Cohen et Cukierman, MM. Favier et Foucaud, Mme Gonthier-Maurin, MM. P. Laurent et Le Scouarnec, Mme Prunaud et M. Watrin.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 6

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Le présent article s'applique lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Le juge des tutelles ne peut révoquer ou refuser la désignation par le majeur protégé en tutelle d'une personne de confiance que par une décision spécialement motivée. »

La parole est à M. Philippe Mouiller, pour présenter l'amendement n° 11 rectifié *ter*.

M. Philippe Mouiller. J'interviens à nouveau en faveur des personnes handicapées.

Nous souhaitons que le juge des tutelles ne puisse révoquer ou refuser la désignation par le majeur sous tutelle d'une personne de confiance que par une décision spécialement motivée.

La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs a posé le principe selon lequel il devait être systématiquement tenu compte de l'avis de la personne protégée, même si elle fait l'objet d'une mesure de tutelle. Ainsi, la loi reconnaît pleinement les droits civiques des personnes handicapées faisant l'objet d'une mesure de tutelle en maintenant par principe leur droit de vote. Le retrait de ce droit doit être expressément motivé par le juge des tutelles.

L'article 12 de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées réaffirme le droit de celles-ci « à la reconnaissance de leur personnalité juridique » et précise que les personnes handicapées « jouissent de la capacité juridique dans tous les domaines, sur la base de l'égalité avec les autres ».

Dès lors, il paraît indispensable de permettre à la personne protégée, même si elle fait l'objet d'une mesure de tutelle, de désigner une personne de confiance, sauf décision spécialement motivée du juge des tutelles.

La commission des lois a, pour sa part, déposé un amendement n° 20, aux termes duquel il est proposé que le juge autorise la personne mise sous tutelle à désigner une personne de confiance. Nous estimons quant à nous que le juge ne doit pas pouvoir refuser une telle désignation, sauf par une décision motivée. Cette nuance me semble importante du point de vue des droits des personnes handicapées.

M. le président. L'amendement n° 32 n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Annie David, pour présenter l'amendement n° 86 rectifié.

Mme Annie David. Je m'associe à l'argumentation présentée par M. Mouiller.

M. le président. L'amendement n° 20, présenté par M. Pillet, au nom de la commission des lois, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer. »

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. François Pillet, rapporteur pour avis. Je m'en remettrais entièrement à l'avis de la commission des affaires sociales, car mon amendement procède du même esprit que les précédents. J'inverse seulement la chronologie. Les deux rédactions – c'est suffisamment rare pour le souligner – me semblent ne souffrir aucune critique sur le plan juridique.

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

M. Gérard Dériot, corapporteur. L'amendement n° 20 vise à préciser les conditions de désignation d'une personne de confiance par une personne placée sous tutelle. Les amendements n° 11 rectifié *ter* et 86 rectifié ont le même objet. La commission demande leur retrait au profit de l'amendement n° 20, dont la rédaction lui semble plus précise.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement émet un avis de sagesse sur l'amendement n° 20 et demande le retrait des amendements n°s 11 rectifié *ter* et 86 rectifié ; à défaut, son avis sur ces derniers sera défavorable.

M. le président. Monsieur Mouiller, l'amendement n° 11 rectifié *ter* est-il maintenu ?

M. Philippe Mouiller. Les deux rédactions étant très proches, je ne vais pas me battre. Ayez tout de même en tête que l'esprit du droit est de prévoir le même traitement pour les personnes handicapées. Notre rédaction correspond beaucoup mieux à cet esprit. Néanmoins, j'accepte de retirer mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 11 rectifié *ter* est retiré.

Madame David, l'amendement n° 86 rectifié est-il maintenu ?

Mme Annie David. Nous avons le sentiment, comme M. Mouiller, que les dispositifs proposés ne sont pas vraiment équivalents. Néanmoins, je fais confiance à M. le rapporteur pour avis, qui nous affirme que son amendement répond à l'objectif que nous poursuivons. Je retire donc notre amendement.

Monsieur Pillet, je m'assurerai auprès des personnes qui nous ont aidés à le mettre au point que je n'ai pas eu tort de vous écouter et, le cas échéant, nous le présenterons de nouveau en deuxième lecture ! (*Sourires.*)

M. le président. L'amendement n° 86 rectifié est retiré.

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. François Pillet, rapporteur pour avis. Je répète qu'il n'y a pas lieu de faire un trop grand cas de ces divergences de rédaction. Madame David, considérez que nous avons rédigé l'amendement ensemble ! (*Rires.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 20.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 39 rectifié *bis*, présenté par Mme D. Gillot, MM. Labazée, Godefroy et Bérít-Débat, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, MM. Daudigny et Durain, Mmes Emery-Dumas et Génisson, M. Jeansannetas, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet, MM. Frécon, Gorce et Kaltenbach, Mme D. Michel, MM. Madec, Courteau, Botrel et Rome, Mme Lepage, M. Manable, Mme Perol-Dumont, M. Antiste et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État définit les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des informations relatives à la personne de confiance. Leur accès est facilité par une mention inscrite sur la carte Vitale et dans le dossier médical.

La parole est à Mme Dominique Gillot.

Mme Dominique Gillot. Il s'agit d'un amendement visant à assurer la conservation des informations relatives à la personne de confiance sur des supports identifiés et identifiables, afin que, là encore, elles soient accessibles le plus facilement et le plus rapidement possible. Compte tenu de l'insécurité juridique qui a été soulignée et des précisions

qui doivent être apportées sur ce sujet, j'imagine qu'on va me demander de le retirer... Je le retire donc tout de suite, et nous le remettons sur le métier ! (*Rires.*)

M. le président. L'amendement n° 39 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix l'article 9, modifié.

(*L'article 9 est adopté.*)

Article 10

① L'article L. 1111-12 du même code est ainsi rédigé :

② « *Art. L. 1111-12.* – Pour prendre les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, le médecin a l'obligation de rechercher la volonté de la personne hors d'état de l'exprimer. En l'absence de directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11, la personne de confiance lui rend compte de cette volonté. À défaut, il recueille tout élément permettant d'établir la volonté du patient auprès de la famille ou des proches. »

M. le président. L'amendement n° 41 rectifié, présenté par Mme D. Gillot, M. Antiste, Mmes Lepage et Perol-Dumont et M. Rome, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Si cette procédure ne permet pas de dégager un consensus, une procédure collégiale telle que définie à l'article L. 1110-5-1 est engagée.

La parole est à Mme Dominique Gillot.

Mme Dominique Gillot. Cet amendement tend à prévoir, dans le cas où la procédure engagée à la suite d'un désaccord n'aurait pas débouché sur un consensus, l'application d'une procédure collégiale telle que définie à l'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique.

En effet, lorsque le patient atteint d'une maladie grave et incurable est dans l'incapacité d'exprimer sa volonté et qu'il n'a pas rédigé de directives anticipées ni désigné de personne de confiance, il convient de rechercher l'expression de sa volonté par un témoignage ou *via* une procédure de décision collective associant les proches du patient désireux d'y participer et les professionnels. Il me paraît important de nous assurer qu'une telle procédure sera bien mise en œuvre en pareil cas.

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

M. Gérard Dériot, corapporteur. La rédaction du texte présenté pour l'article L. 1111-12 du code de la santé publique clarifie telle qu'elle est proposée par la commission clarifie la hiérarchie des modes d'expression de la volonté d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable. Ainsi, en l'absence de directives anticipées, le médecin devra consulter la personne de confiance ; à défaut de personne de confiance, il devra recueillir « tout élément permettant d'établir la volonté du patient auprès de la famille ou des proches ».

L'amendement n° 41 rectifié, qui tend à compléter cet article pour prévoir la mise en œuvre d'une procédure collégiale en l'absence de consensus, soulève trois difficultés. D'abord, le médecin n'a pas pour objectif de rechercher un consensus sur la volonté présumée du patient, mais de savoir ce qu'est cette volonté. Ensuite, on ne voit pas ce que la

procédure envisagée, qui associerait, comme Mme Gillot vient de l'expliquer, les proches du patient désireux d'y participer et les professionnels, pourrait apporter de plus que la consultation de ces personnes telle qu'elle est déjà prévue à l'article L. 1111-12. Enfin, l'amendement ne précise ni l'objectif ni les suites de cette procédure collégiale.

Pour ces raisons, madame Gillot, j'émet un avis défavorable sur votre amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

Mme Dominique Gillot. Je retire cet amendement, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 41 rectifié est retiré.

L'amendement n° 87 rectifié, présenté par Mme David, M. Abate, Mmes Assassi et Beaufile, MM. Billout, Bocquet et Bosino, Mmes Cohen et Cukierman, MM. Favier et Foucaud, Mme Gonthier-Maurin, MM. P. Laurent et Le Scouarnec, Mme Prunaud et M. Watrin, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans l'hypothèse où la volonté du patient demeure notoirement inconnue, elle ne peut être présumée comme consistant en un refus du patient d'être maintenu en vie dans les conditions présentes. »

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Cet amendement a trait à la poursuite du traitement.

Si les directives anticipées assurent la libre expression de la volonté d'une personne en ce qui concerne sa fin de vie, elles peuvent porter aussi bien sur la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus des traitements. Nous estimons que la volonté de voir le traitement poursuivi doit non seulement pouvoir être exprimée, mais être présumée lorsqu'il s'avérera impossible de rendre compte de la volonté de la personne. Ce principe est spécialement important dans le cas des personnes les plus vulnérables, notamment celles qui sont polyhandicapées, qu'il convient de protéger d'éventuelles dérives.

À l'appui de cet amendement, je me permets de vous rapporter un propos tenu par M. Sauvé, vice-président du Conseil d'État, au cours d'une conférence de presse organisée le 24 juin 2014 : le Conseil d'État a « affirmé qu'une attention toute particulière doit être accordée à la volonté du patient » ; « si celle-ci est inconnue, en aucun cas le patient ne peut être présumé refuser la poursuite d'un traitement ».

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

M. Gérard Dériot, corapporteur. Le présent amendement a pour objet d'énoncer le principe selon lequel la volonté du patient, lorsqu'elle n'a pas été établie, ne peut être présumée favorable à l'arrêt des traitements artificiels de maintien en vie. Il soulève plusieurs difficultés, sur les plans de la cohérence, de la compréhension et de la rédaction.

D'abord, il semble qu'il vise plutôt les dispositions du nouvel article L. 1110-5-1, que la proposition de loi insère dans le code de la santé publique, dispositions avec lesquelles son articulation est incertaine. Cet article prévoit que, lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, une décision prise à l'issue d'une procédure collégiale à laquelle la famille ou les proches du patient sont associés peut conduire à suspendre ou à ne pas entreprendre des traitements qui « apparaissent inutiles, disproportionnés » ou qui « n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». Ces

dispositions se fondent sur la notion d'obstination déraisonnable, énoncée par la loi du 22 avril 2005. À quoi donc servirait la procédure collégiale si la volonté de voir les traitements poursuivis était présumée ? À la vérité, une telle présomption s'harmonise mal avec les dispositions relatives à l'obstination déraisonnable.

Ensuite, l'amendement pose un problème rédactionnel en ce qu'il fait référence aux « conditions présentes » du maintien en vie. Or l'article L. 1111-12 du code de la santé publique ne traite pas directement des conditions de maintien en vie ou d'arrêt des traitements d'une personne malade en fin de vie ; son objet est de clarifier les modes d'expression de la volonté de la personne relativement à toutes les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement qui la concernent.

Enfin, qu'est-ce qu'une volonté « notoirement inconnue » par rapport à une volonté inconnue ? L'amendement ne le précise pas.

Dans ces conditions, la commission des affaires sociales a émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame David, votre amendement me semble fondé sur un principe incontestable : dans le doute, on ne peut pas supposer qu'une personne en fin de vie souhaite qu'il soit mis fin aux traitements qui lui sont prodigués, voire qu'une sédation lui soit administrée.

En fait, toute la logique qui sous-tend la proposition de loi repose sur le respect de la volonté de la personne. Dès lors, il est évident que cette volonté ne saurait être présumée et la précision que vous souhaitez inscrire dans la proposition de loi me paraît quelque peu superfétatoire. Pis, elle risquerait de susciter des questions : si la précision est nécessaire, que signifient les autres dispositions de la proposition de loi et quelles conséquences emportent-elles ?

Compte tenu de ces explications, je vous demande, madame David, de bien vouloir retirer votre amendement, étant entendu qu'il n'y a absolument aucun doute sur le principe que vous avez énoncé : en aucun cas, dans aucune circonstance, on ne peut présumer qu'une personne souhaite voir ses traitements arrêtés. Rien ne justifie que l'on ne recherche pas la volonté de la personne ; mais faut-il l'écrire dans la proposition de loi, ainsi que vous le proposez ? Je ne le crois pas, car il en résulterait pour le reste de la proposition de loi un *a contrario* un peu effrayant.

M. Daniel Raoul. Très bien !

M. le président. Madame David, l'amendement n° 87 rectifié est-il maintenu ?

Mme Annie David. Je souscris à votre analyse, madame la ministre, et c'est celle que j'ai développée devant les représentants des personnes polyhandicapées que j'ai rencontrées. Seulement, ceux-ci avaient le sentiment que la précision était nécessaire.

Compte tenu des explications qui viennent d'être données, par M. le corapporteur et par vous-même, je pense que toute ambiguïté est dissipée, de sorte que l'amendement est devenu superfétatoire.

Je suis entièrement d'accord avec ce qui a été dit : toute la procédure doit reposer sur la volonté de la personne, lorsqu'elle a été exprimée. Je retire donc mon amendement, en me félicitant qu'il ait permis de procéder à cette clarification.

M. le président. L'amendement n° 87 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 10.

(L'article 10 est adopté.)

Article 11

- ① I. – *(Non modifié)* L'article L. 1111-13 du même code est abrogé.
- ② II. – *(Supprimé)*
- ③ III. – *(Non modifié)* Le 8° du II de l'article L. 1541-3 du même code est abrogé.

M. le président. L'amendement n° 154, présenté par MM. Dériot et Amiel, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Rétablir le II dans la rédaction suivante :

II. – Le 2° du II de l'article L. 1541-3 du même code est abrogé.

La parole est à M. Gérard Dériot, corapporteur.

M. Gérard Dériot, corapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 154.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 11, modifié.

(L'article 11 est adopté.)

Article additionnel après l'article 11

M. le président. L'amendement n° 92 rectifié, présenté par MM. Labazée, Godefroy et Bérit-Débat, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, MM. Daudigny et Durain, Mmes Emery-Dumas et Génisson, M. Jeansannetas, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet, MM. Frécon et Gorce, Mme D. Gillot, M. Kaltenbach, Mme D. Michel, MM. Madec, Courteau et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 11

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le 31 décembre 2015, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'opportunité d'étendre le versement de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie, créée par l'article L. 168-1 du code de la sécurité sociale, aux personnes qui accompagnent, dans un établissement de santé, une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable.

La parole est à M. Georges Labazée.

M. Georges Labazée. Dans la discussion générale, plusieurs orateurs ont souligné qu'une personne en fin de vie pouvait se trouver à domicile ou dans un EHPAD, mais aussi dans un établissement de santé. De fait, selon l'INSEE, 57,2 % des décès enregistrés en 2013 se sont produits dans des établissements de santé, qu'il s'agisse d'hôpitaux publics, d'hôpitaux privés ou de cliniques privées.

Les auteurs de cet amendement entendent soulever la question du soutien financier accordé à la personne qui accompagne une personne en fin de vie prise en charge dans un établissement de santé.

Afin de ne pas nous heurter aux rigueurs de l'article 40 de la Constitution, nous nous contentons de demander au Gouvernement d'étudier la possibilité d'élargir le bénéfice de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie aux accompagnateurs d'une personne se trouvant dans un établissement de santé. Il importe en particulier de savoir ce que serait le coût de cette mesure, avant de l'inscrire, par exemple, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

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

M. Gérard Dériot, corapporteur. Cet amendement vise à demander au Gouvernement de remettre au Parlement, avant la fin de l'année, un rapport touchant à l'opportunité d'étendre le bénéfice de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie, créée en 2010, aux personnes qui accompagnent un malade dans un établissement de santé. Jusqu'ici, en effet, cette aide est réservée aux accompagnateurs d'une personne qui se trouve à domicile ou dans un EHPAD. La commission des affaires sociales a émis un avis de sagesse sur cet amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je suis favorable à votre amendement, monsieur Labazée, même si je dois faire observer que le délai qu'il prévoit est extrêmement contraignant. Car l'analyse de la question ne va pas de soi ; elle est beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît. Il ne s'agit pas simplement de multiplier des montants d'aide par un nombre de jours et par un nombre de personnes malades ! Il faut aussi s'interroger sur la logique même de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie.

En effet, lorsque cette prestation a été instaurée, elle visait à compenser la perte de revenu résultant pour la personne accompagnatrice de l'interruption éventuelle de son activité professionnelle.

En effet, à domicile, la personne malade est seule, sans encadrement médical. Elle a donc particulièrement besoin d'un proche.

En EHPAD, la situation est quelque peu différente, même si le proche peut chercher à suppléer les accompagnants, dans la mesure où ceux-ci ne sont pas toujours des professionnels de santé. Cependant, par définition l'accompagnement sanitaire est au rendez-vous dans ces établissements. Le conjoint, enfant ou parent n'étant pas dans une situation d'isolement ou sans encadrement, l'engagement du proche ne se justifie donc pas nécessairement, même si sa présence est parfaitement explicable, voire souhaitable, sur un plan psychologique.

Par conséquent, nous avons besoin d'une analyse qui ne soit pas simplement juridique, mais porte aussi sur l'objectif visé et sur la nature de la prestation qui peut être apportée. De ce fait, la rédaction d'un rapport se justifie.

Le Gouvernement émet donc un avis favorable sur cet amendement, tout en répétant que les délais accordés me semblent extrêmement courts et contraints.

M. Georges Labazée. Nous ferons preuve de mansuétude, madame la ministre ! *(Sourires.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 92 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans la proposition de loi, après l'article 11.

Article 12 *(Non modifié)*

- ① L'article L. 1412-1-1 du même code est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ③ « L'avis des commissions compétentes et de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et techniques inclut une appréciation sur l'opportunité, pour le Gouvernement, de mobiliser, dans les conditions prévues à l'article L. 121-10 du code de l'environnement, le concours de la Commission nationale du débat public. » ;
- ④ 2° Le deuxième alinéa est complété par les mots : « , en faisant ressortir les éléments scientifiques indispensables à la bonne compréhension des enjeux de la réforme envisagée ». – *(Adopté.)*

Article additionnel après l'article 12

M. le président. L'amendement n° 80 rectifié, présenté par MM. Barbier, Bertrand, Collin, Collombat, Fortassin et Hue, Mme Laborde et MM. Mézard et Requier, est ainsi libellé :

Après l'article 12

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La présente loi n'est pas applicable aux personnes mineures.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Il s'agit d'un amendement d'appel, dont je conçois toute l'insuffisance, voire la brutalité.

Cependant, comme l'a souvent rappelé M. Amiel lors des débats que nous avons eus en commission, en matière de fin de vie, les mineurs posent un problème tout à fait particulier, en particulier en chirurgie néonatale. Dans ce domaine, il me semble nécessaire d'approfondir les difficultés liées aux directives anticipées, qui sont rédigées non pas par l'intéressé, mais par la famille ou l'entourage, et aux relations avec l'équipe médicale.

Je suis prêt à entendre que mon amendement ne peut être adopté en ces termes, mais je souhaiterais, madame la ministre, qu'un travail soit mené en ce domaine. En effet – je parle d'expérience, puisque j'ai exercé en chirurgie néonatale –, c'est un domaine où nous sommes confrontés à des situations et à des décisions souvent difficiles sur le plan psychologique. Du reste, je sais que M. le corapporteur y est particulièrement sensible.

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

M. Gérard Dériot, corapporteur. Monsieur Barbier, cet amendement vise à préciser que la présente loi n'est pas applicable aux personnes mineures. Néanmoins, je vous

rappelle que les règles en vigueur sur l'autorité parentale s'appliquent et que, de ce fait, ce sont les parents qui décident pour leur enfant.

La commission a donc émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement émet le même avis que la commission, pour les mêmes raisons.

M. Gilbert Barbier. Je retire mon amendement, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 80 rectifié est retiré.

Article 13 *(Non modifié)*

La présente loi est applicable en Nouvelle-Calédonie. – *(Adopté.)*

Articles additionnels après l'article 13

M. le président. Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 22 rectifié, présenté par Mme Duranton, M. Laufoaulu, Mme Deromedi et MM. G. Bailly, Houel et Lemoyne, est ainsi libellé :

Après l'article 13

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'Observatoire national de la fin de vie rédige un rapport annuel sur la mise en œuvre des conditions d'application de la présente loi, ainsi que sur la politique de développement des soins palliatifs. Ce rapport est transmis au Parlement dans le cadre de son travail d'évaluation des politiques publiques.

II. – L'article 15 de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie est abrogé.

La parole est à M. Jean-Baptiste Lemoyne.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. Au travers de cet amendement, proposé par notre collègue Nicole Duranton et dont je suis cosignataire, il est proposé que l'Observatoire national de la fin de vie, l'ONFV, rédige un rapport annuel sur la mise en œuvre des conditions d'application de la présente loi, ainsi que, et j'insiste sur ce point, sur la politique de développement des soins palliatifs. Ce rapport devrait être transmis au Parlement dans le cadre de son travail d'évaluation des politiques publiques.

Même si cet office transmet déjà de façon annuelle un rapport au Gouvernement, les documents prévus par la loi Leonetti n'ont jamais été remis au Parlement, comme l'a relevé la Cour des comptes. En effet, dans son rapport annuel de 2015, cette instance suggérait un certain nombre de pistes d'amélioration pour les soins palliatifs, et ce point méthodologique y figurait.

Nous souhaitons réaffirmer la nécessité d'avoir accès, au travers de ce rapport, à un certain nombre d'éléments. Je ne sais quelle sera la position de la commission et celle du Gouvernement, mais il nous paraît, dans tous les cas, très important de mettre l'accent sur la nécessaire politique de développement des soins palliatifs. Mme Duranton a d'ailleurs défendu quelques amendements hier à ce sujet.

Comme vous le savez, les soins palliatifs demeurent très hospitalo-centrés. De nombreux progrès doivent encore être réalisés dans les EHPAD et en ce qui concerne le développement des unités mobiles. De ce point de vue, les chiffres font parfois froid dans le dos : l'étude de 2011 de l'ONFV précise que quelque 59 % des personnes décédées en EHPAD auraient justifié une prise en charge au titre des soins palliatifs.

De ce fait, l'objet de cet amendement, qui vise à demander un rapport – un de plus, me direz-vous peut-être – est d'insister encore une fois sur la nécessité de disposer d'indicateurs pour pouvoir évaluer le développement des soins palliatifs, étant entendu que, pour la mise en œuvre de la loi, nous sommes nous-mêmes dotés, en tant que Parlement, d'un certain nombre d'outils.

Il s'agit donc d'un amendement d'appel, et peut être que des propositions seront formulées par le Gouvernement ou la commission, afin que des documents qui répondent à nos souhaits soient mis à disposition du Parlement.

M. le président. L'amendement n° 125 rectifié n'est pas soutenu.

L'amendement n° 89 rectifié, présenté par Mme David, M. Abate, Mmes Assassi et Beaufile, MM. Billout, Bocquet et Bosino, Mmes Cohen et Cukierman, MM. Favier et Foucaud, Mme Gonthier-Maurin, MM. P. Laurent et Le Scouarnec, Mme Prunaud et M. Watrin, est ainsi libellé :

Après l'article 13

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet chaque année au Parlement un rapport évaluant la politique de développement des soins palliatifs.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Les dispositions de cet amendement vont dans le même sens que celles de l'amendement défendu par M. Lemoine, du moins en ce qui concerne le développement des soins palliatifs.

En effet, il s'agit de rétablir partiellement une disposition supprimée par la commission des affaires sociales du Sénat, à savoir l'obligation pour le Gouvernement de remettre chaque année au Parlement un rapport sur le développement des soins palliatifs et sur l'application de la loi sur la fin de vie.

Cette disposition a été supprimée au motif que l'article 15 de la loi de 2005 prévoyait déjà la remise d'un bilan de la politique de développement des soins palliatifs en annexe du projet de loi de finances, et que l'ONFV a déjà pour mission d'analyser l'application des lois sur la fin de vie.

Si nous partageons l'avis de la commission au regard du rôle de l'ONFV, il nous semble important de rétablir la demande de rapport concernant les soins palliatifs.

En effet, que le bilan sur la politique de soins palliatifs n'ait jamais été effectué par le Gouvernement ne justifie pas qu'il ne soit pas à nouveau demandé, bien au contraire.

En outre, demander un rapport dédié, plutôt qu'un bilan en annexe du projet de loi de finances, a du sens, d'autant que l'enjeu est de taille : le développement des soins palliatifs doit devenir une priorité du Gouvernement. Comme nous l'avons déjà souligné, seulement 20 % des personnes qui auraient dû en bénéficier ont eu accès à un accompagnement adapté en soins palliatifs. De plus, l'offre de lits palliatifs est

très inégale sur le territoire et reste, pour l'essentiel, limitée à l'hôpital. Alors qu'une grande majorité de citoyens et citoyennes aimerait mourir chez eux, entourés de leurs proches, quelque 60 % des décès ont lieu à l'hôpital.

Pour l'ensemble de ces raisons, il semble primordial que la question du développement des soins palliatifs soit régulièrement mise à l'ordre du jour des discussions entre le Parlement et le Gouvernement.

La remise d'un rapport constitue à ce titre un moment annuel privilégié, à même de ranimer et de faire perdurer les débats, pour qu'enfin des mesures soient prises et des moyens alloués à la médecine palliative.

Cet amendement est complémentaire de celui que nous avons adopté il y a un instant et qui vise à demander une évaluation des soins palliatifs dans chacune des régions par les Agences régionales de santé, les ARS. En effet, ce rapport remis au Parlement par le Gouvernement s'appuierait, bien entendu, sur ces travaux des ARS. Il serait présenté chaque année en séance publique, ce qui permettrait de raviver le débat sur les soins palliatifs.

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

M. Gérard Dériot, corapporteur. Ces deux amendements ont le même objet, puisqu'ils visent tous deux la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement sur le développement des soins palliatifs.

Madame la ministre, depuis hier nous parlons beaucoup de ce problème et de la nécessité d'avoir des chiffres qui nous permettent d'évaluer où en est notre pays, que ce soit pour appuyer ou développer les soins palliatifs sur l'ensemble du territoire, comme l'ont souligné plusieurs de nos collègues. De ce fait, la rédaction d'un rapport peut être un outil non négligeable.

Les dispositions de l'amendement n° 89 rectifié me semblent plus complètes et plus faciles à mettre en œuvre. Aussi, la commission émet un avis de sagesse sur cet amendement et sollicite à son profit le retrait de l'amendement n° 22 rectifié.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement n'est jamais très enthousiaste à l'idée de multiplier les rapports ! (Sourires.)

Tout à l'heure, sur l'initiative de Mme Bouchoux, nous avons rétabli la production d'analyses et de rapports au niveau des ARS. Celles-ci auront donc la charge d'évaluer l'offre de soins palliatifs sur le territoire. Il me semble que cela répond très largement à la demande formulée à présent.

Même je suis consciente qu'il sera nécessaire de faire la synthèse de ces rapports locaux, ils existeront et permettront de donner une base de travail, que l'on retrouvera ensuite dans d'autres documents, notamment lors de l'évaluation du plan triennal des soins palliatifs. En effet, comme je l'ai indiqué hier, ce plan triennal devra faire l'objet d'une évaluation régulière de façon à ce que sa mise en œuvre puisse être suivie.

Je ne suis donc pas certaine qu'un rapport vienne ajouter quoi que ce soit, d'une part, à la démarche territoriale engagée par les ARS, et, d'autre part, à l'évaluation nécessaire et quasiment continue qui s'inscrit dans le cadre du plan triennal.

Même s'il comprend les intentions des auteurs de ces deux amendements, le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Barbier, l'amendement n° 22 rectifié est-il maintenu ?

M. Gilbert Barbier. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 22 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 89 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans la proposition de loi, après l'article 13.

Article 14 *(Supprimé)*

M. le président. Mes chers collègues, nous avons achevé l'examen de la proposition de loi relative aux nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Je vous rappelle que les explications de vote sur l'ensemble auront lieu mardi 23 juin, à quatorze heures trente.

Le vote par scrutin public de la proposition de loi relative aux nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie aura lieu le même jour, de quinze heures quinze à quinze heures quarante-cinq, en salle des conférences.

La parole à M. Amiel, corapporteur.

M. Michel Amiel, corapporteur. Au terme de l'examen de cette proposition de loi, j'éprouve non pas de l'amertume, mais une certaine déception.

Nous sommes tous d'accord pour déplorer le manque de moyens dans le domaine des soins palliatifs. Toutefois, ce dont nous manquons encore davantage, c'est d'une culture palliative, qui est peut-être encore plus importante.

De quoi parlons-nous véritablement ? Imaginer que la sédation profonde et continue – j'insiste une dernière fois sur ce terme – ne fasse pas partie de cette culture me paraît être une profonde erreur.

Nous avons longuement débattu pour nous accorder finalement sur la suppression du mot « continu » dans l'expression « sédation profonde et continue ». Cette décision ne changera pas la face du monde des soins palliatifs, mais elle rendra peut-être les choses un peu plus difficiles pour les médecins, qui, se sentant plus vulnérables sur le plan juridique, hésiteront à mettre en place une sédation profonde, sachant qu'elle ne doit pas être continue.

Je rappelle que la sédation profonde et continue ne devait être mise en œuvre que dans le cas très particulier de la fin de vie, voire de l'extrême fin de vie.

Les directives anticipées ne sont pas, quant à elles, une notion nouvelle, mais la suppression de leur opposabilité a vidé de sa substance l'article 8 et tout ce qui en découlait.

Au terme de l'examen de ce texte, nous avons quelque peu l'impression que ce n'est pas l'intérêt du patient qui a prévalu, mais plutôt des considérations d'ordre philosophique, et que, finalement, c'est un courant timoré, conservateur (*Exclamations.*) – je revendique l'emploi de ces deux qualificatifs, qui ne sont pas des vulgaires –, qui a pris le pas.

M. Georges Labazée. Un courant « tradi » !

M. Michel Amiel, corapporteur. C'est sans doute dommage pour les patients, car, je le répète, cette proposition de loi n'est pas un texte destiné aux médecins, même s'ils doivent être juridiquement protégés, mais un texte à visée humaniste dont le but était d'abord et avant tout de permettre l'accompagnement de la personne – je n'emploie pas, à dessein, le mot « patient » – jusqu'au terme de sa vie. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain, du groupe CRC et du groupe écologiste, ainsi que sur certaines travées de l'UDI-UC.*)

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Je ne reviendrai pas sur ce que vient de dire Michel Amiel. Je considérais, peut-être à tort, que nos trois rapporteurs avaient fait un travail excellent, qu'ils étaient parvenus à un texte équilibré et qui nous mettait à l'abri d'une possible évolution vers l'euthanasie.

Les importantes modifications qui lui ont été apportées susciteront très probablement une réaction de l'Assemblée nationale, et il y a fort à parier que nos collègues députés rétabliront dans sa rédaction initiale cette proposition de loi, qui, dans cette version première, autorisait potentiellement l'euthanasie.

Mes chers collègues, le texte voté par notre assemblée comporte tout de même quelques incohérences ! En voici quelques exemples.

À l'article 1^{er}, nous avons adopté plusieurs amendements de M. de Legge et de M. Gilles visant au développement du nombre de lits de soins palliatifs dans les services hospitaliers et des unités mobiles partout sur le territoire. Or, je l'ai dit hier, les dispositions de ces amendements me posent problème, car il semblerait – pour prendre un terme modéré – qu'elles ne coûtent rien, la commission des finances les ayant jugées recevables au titre de l'article 40 de la Constitution.

À l'article 2, nous avons adopté un amendement permettant d'arrêter les traitements « inefficaces ». J'ose espérer que c'était déjà le cas ; à défaut, les médecins qui, jusqu'à présent, ont toujours ajusté le traitement de leurs patients étaient dans l'illégalité.

À l'article 3, nous avons inséré un alinéa disposant qu'une « procédure collégiale telle que celle mentionnée à l'article L. 1110-5-1 vérifie avec l'équipe soignante que les conditions d'application prévues aux 1^o et 2^o du présent article sont remplies ». Je crains que ce ne soit pas tout à fait ce qu'aurait écrit le poète Malherbe...

À l'article 8, comme l'a rappelé Michel Amiel, nous avons supprimé le principe de l'opposabilité des directives anticipées. Pourquoi pas ? Toutefois, nous avons maintenu toutes les exceptions à ce principe ! Cela facilitera très certainement le travail de l'Assemblée nationale...

Voilà, mes chers collègues, ce que je tenais à vous dire. J'ai vraiment le sentiment que les deux corapporteurs de la commission des affaires sociales et le rapporteur pour avis de la commission des lois avaient produit un excellent travail. Puisque celui-ci a été détricoté, je vous le dis très honnêtement, mardi, je ne voterai pas ce texte. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe CRC, ainsi que sur certaines travées de l'UDI-UC.*)

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Nous sommes donc parvenus au terme d'un débat important, difficile et sensible.

Je regrette que le texte qui sera soumis au vote du Sénat mardi prochain, au-delà des incohérences qu'il comporte et qui ont été très bien mises en évidence à l'instant, n'ouvre aucune perspective nouvelle à nos concitoyens, qui attendaient du législateur qu'il apportât des réponses sensibles à des situations difficiles et ô combien humaines, pour apaiser des situations de souffrance.

L'adoption de deux amendements en particulier – je ne parle pas du reste – a purement et simplement vidé de son sens ce texte. De fait, pour en arriver à pareille rédaction, il n'était pas nécessaire de soumettre à examen un nouveau texte de loi; le droit en vigueur permettait déjà d'apporter des réponses à nos concitoyens, qui attendaient autre chose.

C'est le choix de votre assemblée, et nous verrons ce qu'il en sera mardi prochain lors du vote sur l'ensemble. En tout cas, je tiens à vous faire part de ma déception au terme de ce débat. Je ne suis pas déçue pour moi ou pour le Gouvernement; je suis déçue pour les malades et pour leurs proches, qui attendaient d'autres réponses, plus éclairantes.

Néanmoins, je remercie l'ensemble de ceux qui ont pris part à ce débat, la présidence et les services du Sénat. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe CRC, ainsi que sur certaines travées de l'UDI-UC.*)

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la séance du mardi 23 juin.

14

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, jeudi 18 juin 2015 :

De neuf heures trente à treize heures trente :

Proposition de loi visant à réformer la gouvernance de la Caisse des Français de l'étranger (n° 205, 2014-2015) ;

Rapport de M. Éric Jeansannetas, fait au nom de la commission des affaires sociales (n° 503, 2014-2015) ;

Résultat des travaux de la commission des affaires sociales (n° 504, 2014-2015).

Proposition de loi visant à lutter contre la discrimination à raison de la précarité sociale (n° 378, 2014-2015) ;

Rapport de M. Philippe Kaltenbach, fait au nom de la commission des lois (n° 507, 2014-2015) ;

Texte de la commission des lois (n° 508, 2014-2015).

À quinze heures : questions d'actualité au Gouvernement.

De seize heures quinze à vingt heures quinze :

Proposition de loi organique visant à supprimer les alinéas 8 à 10 de l'article 8 de la loi organique n° 2009-403 du 15 avril 2009 relative à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution pour tenir compte de la décision du Conseil constitutionnel du 1^{er} juillet 2014 (n° 776, 2014-2015) ;

Rapport de M. Hugues Portelli, fait au nom de la commission des lois (n° 509, 2014-2015) ;

Texte de la commission des lois (n° 510, 2014-2015).

Débat sur le thème : « Comment donner à la justice administrative les moyens de statuer dans des délais plus rapides ? »

À vingt heures quinze :

Conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi modifiant la loi n° 2004-639 du 2 juillet 2004 relative à l'octroi de mer ;

Rapport de M. Éric Doligé, rapporteur pour le Sénat (n° 515, 2014-2015) ;

Texte de la commission (n° 516, 2014-2015).

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(*La séance est levée à vingt-trois heures vingt.*)

Le Directeur du Compte rendu intégral

FRANÇOISE WIART

QUESTION(S) ORALE(S) REMISE(S) À LA PRÉSIDENTE DU SÉNAT

Application des conventions collectives au sein des entreprises d'insertion

N° 1179 – Le 18 juin 2015 – **M. Martial Bourquin** attire l'attention de **M. le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social** sur l'application des conventions collectives dans les entreprises d'insertion et sur les difficultés liées à cette application.

Les responsables de ces entreprises d'insertion souhaitent, en effet, qu'une distinction soit effectuée entre les salariés permanents, auxquels s'appliquerait la convention collective, et les salariés en insertion. Ces derniers sont soumis à un contrat de travail particulier d'une durée maximale de deux ans : le contrat à durée déterminée d'insertion. L'État reconnaît d'ailleurs cette spécificité puisque Pôle emploi donne un agrément aux demandeurs d'emploi concernés, une sorte d'attestation de leurs difficultés d'insertion. Cette spécificité doit être reconnue dans son intégralité et donc, y compris lors de l'application des conventions collectives. Il rappelle que ces entreprises d'insertion ont une finalité première qui est sociale. Il s'agit de la réinsertion des personnes éloignées de l'emploi et ce, pour plusieurs raisons. On ne peut donc demander les mêmes obligations à des entreprises d'insertion qu'aux autres entreprises puisque une obligation fondamentale qui fait leur raison d'être prévaut : permettre le retour à l'emploi.

Il souligne que l'application d'une convention collective peut être un frein à l'insertion et au retour à l'emploi, puisque certains salariés en insertion hésitent face à une proposition d'une entreprise classique qui propose une convention collective différente ou moins avantageuse, voire sans convention collective.

Aussi lui demande-t-il de bien vouloir étudier la possibilité d'adapter la législation de l'application des conventions collectives aux salariés en insertion.

Accords conclus entre les grandes et moyennes surfaces

N° 1180 – Le 18 juin 2015 – **M. Gérard Bailly** attire l'attention de **Mme la secrétaire d'État, auprès du ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique, chargée du commerce, de l'artisanat, de la consommation et de**

l'économie sociale et solidaire sur les accords conclus entre les grandes et moyennes surfaces (GMS) Auchan et Système U, d'une part, et Casino et Intermarché, d'autre part, quatre centrales d'achats qui totalisent l'achat de plus de 90 % des productions alimentaires de notre pays. Ces accords semblent ne pas être refusés par l'Autorité de la concurrence.

Pourtant, dans le même temps, l'Autorité de la concurrence inflige une amende de 15,2 millions d'euros à vingt-et-un abatteurs de volailles pour entente. La question se pose donc de savoir s'il n'y a pas « deux poids et deux mesures ». D'autant que cette condamnation fait suite à deux autres : une dans le secteur laitier, en mars 2015, avec des fabricants de yaourts condamnés à 195 millions d'euros d'amende ; et, en 2012, la condamnation du secteur de la meunerie à une amende de 242 millions d'euros.

Il s'inquiète de savoir si on peut persister dans une telle voie, laquelle conduit indubitablement les entreprises de transformation de l'agro-alimentaire à fermer leurs portes, alors même qu'elles ont déjà perdu 44 000 emplois en dix ans car ce sont les très fortes pressions exercées par les GMS, lors des négociations commerciales sur les prix, sur les entreprises de transformation, lesquelles redoutent de se voir déréférencées, qui entraînent une perte de volumes et de grosses difficultés pour les entreprises de transformation. Or, avec seulement quatre centrales d'achats, ce phénomène va s'accroître. Cette très forte pression à la baisse des prix est d'autant plus inquiétante qu'elle a des répercussions en cascade sur toute la chaîne de production alimentaire, puisque, faisant suite à une telle pression sur leurs prix, les transformateurs font, à leur tour, pression sur les producteurs. Il en résulte un fort malaise dans tous les maillons des élevages qui sont déjà en confrontés à d'importantes difficultés.

C'est pourquoi, il souhaite connaître l'avis des pouvoirs publics sur les regroupements d'Auchan et Système U et de Casino et Intermarché. Plus précisément, il veut savoir si ces accords ont fait l'objet de contestations ou de refus, et à défaut, il aimerait comprendre pourquoi l'Autorité de la concurrence fait preuve de tant de sévérité envers les secteurs de transformation agroalimentaire, comme ceux de la volaille, du lait, de la meunerie, et de si peu envers le regroupement des GMS, alors même que les volumes en cause dans les ententes entre les transformateurs sont infiniment moindres que ceux des GMS regroupées.

De plus, il lui demande de lui faire connaître les mesures que le Gouvernement entend prendre contre cette course aux prix bas, laquelle fragilise les entreprises et les producteurs, avec des conséquences graves pour l'emploi et la sécurité alimentaire de notre pays.

Brevets industriels Carbone Savoie

N° 1181 – Le 18 juin 2015 – **M. Jean-Pierre Vial** attire l'attention de **M. le ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique** sur les brevets industriels et, notamment, sur la situation de l'usine Carbone Savoie.

Carbone Savoie, dont l'activité est répartie entre le site de Vénissieux, dans le département du Rhône, et de Notre-Dame-de-Briançon, dans le département de la Savoie, est spécialisée dans la fabrication des cathodes et des matières nécessaires aux fours de production d'aluminium.

Aujourd'hui propriété de Rio Tinto Alcan, cette entreprise représente environ cinq cents salariés, répartis sur les sites de Vénissieux et de Notre-Dame-de-Briançon.

Le groupe Rio Tinto Alcan, qui a cédé, en 2013, l'usine d'aluminium de Saint-Jean-de-Maurienne à l'entreprise allemande Trimet, vient d'engager une revue stratégique dont l'objet est d'aboutir, le plus rapidement possible et dans le meilleur cas, à la cession des sites de Carbone Savoie, sans écarter le risque qui pourrait résulter d'un défaut d'accord si les conditions de reprise n'étaient pas trouvées, le groupe Rio Tinto Alcan ayant manifesté clairement son intention de ne plus être engagé dans cette activité.

Or, il se trouve que la spécificité de Carbone Savoie est de créer des produits de très haute qualité et ayant bénéficié, ces dernières années, de programmes importants en matière de recherche et développement, pour aboutir à des produits de nouvelle génération répondant aux normes les plus exigeantes en matière environnementale.

Ces produits « propres », respectueux de l'environnement, ont bénéficié des aides d'État au titre du crédit impôt recherche (CIR).

Il est à craindre que le groupe Rio Tinto Alcan ne profite des circonstances de la mise en œuvre du plan stratégique, pour détourner la propriété industrielle de ces nouveaux produits qui sont la spécificité des produits de Carbone Savoie.

Le détournement de tout ou partie de ces brevets et savoir-faire au profit d'autres entités du groupe Rio Tinto constituerait une dépréciation et une atteinte à la valeur industrielle de cette usine spécialisée dans la fabrication des cathodes en carbone et en graphite.

Compte tenu des aides d'État mobilisées au profit de ce groupe industriel qui bénéficie, par ailleurs, d'un soutien historique au titre du coût de l'énergie, il lui demande quelles mesures il entend prendre pour rassurer les salariés de Carbone Savoie, tant à Notre-Dame-de-Briançon qu'à Vénissieux, à propos de la conservation des droits, brevets et savoir-faire de cette industrie.

ANNEXES AU PROCES VERBAL

de la séance du

mercredi 17 juin 2015

SCRUTIN N° 205

sur l'article 3 de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Nombre de votants	336
Suffrages exprimés	333
Pour	187
Contre	146

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :

Pour : 141

N'ont pas pris part au vote : 3 M. Gérard Larcher - Président du Sénat et Mme Isabelle Debré - qui présidait la séance, M. René Danesi

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

Contre : 110

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (41) :

Pour : 40

N'a pas pris part au vote : 1 M. Yves Pozzo di Borgo

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

Contre : 16

Abstention : 3 Mmes Michelle Demessine, Évelyne Didier, M. Paul Vergès

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (13) :

Pour : 1 M. Gilbert Barbier

Contre : 10

N'ont pas pris part au vote : 2 MM. Guillaume Arnell, Joseph Castelli

GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :

Contre : 10

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (9) :

Pour : 5

N'ont pas pris part au vote : 4 MM. Jean-Noël Guérini, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier

Ont voté pour :

<p>Philippe Adnot Pascal Allizard Michel Amiel Gérard Bailly Gilbert Barbier François Baroin Philippe Bas Christophe Béchu Jérôme Bignon Annick Billon Jean Bizet Jean-Marie Bockel François Bonhomme Philippe Bonnecarrère Natacha Bouchart Gilbert Bouchet Michel Bouvard François-Noël Buffet Olivier Cadic François Calvet Christian Cambon Agnès Canayer Michel Canevet Jean-Pierre Cantegrit Vincent Capocanellas Jean-Noël Cardoux Jean-Claude Carle Caroline Cayeux Gérard César Patrick Chaize Pierre Charon Daniel Chasseing Alain Chatillon Olivier Cigolotti François Commeinhes Gérard Cornu Philippe Dallier Mathieu Darnaud Serge Dassault Robert del Picchia Vincent Delahaye Francis Delattre Gérard Dériot Catherine Deroche Jacky Deromedi Marie-Hélène Des Esgaulx Chantal Deseyne Yves Détraigne Catherine Di Folco Élisabeth Doineau Éric Doligé Philippe Dominati Daniel Dubois Marie-Annick Duchêne</p>	<p>Alain Dufaut Jean-Léonce Dupont Nicole Duranton Louis Duvernois Jean-Paul Emorine Dominique Estrosi Sassone Hubert Falco Françoise Férat Michel Fontaine Michel Forissier Alain Fouché Bernard Fournier Jean-Paul Fournier Christophe-André Frassa Pierre Frogier Jean-Marc Gabouty Joëlle Garriaud-Maylam Françoise Gatel Jean-Claude Gaudin Jacques Gautier Jacques Genest Bruno Gilles Colette Giudicelli Nathalie Goulet Jacqueline Gourault Alain Gournac Sylvie Goy-Chavent Jean-Pierre Grand Daniel Gremlillet François Grosdidier Jacques Groperrin Pascale Gruny Charles Guené Joël Guerriau Loïc Hervé Michel Houel Alain Houpert Christiane Hummel Benoît Huré Jean-François Husson Jean-Jacques Hyst Corinne Imbert Sophie Joissains Chantal Jouanno Mireille Jouve Alain Joyandet Christiane Kammermann Roger Karoutchi Fabienne Keller Guy-Dominique Kennel Claude Kern Marc Laménie</p>	<p>Élisabeth Lamure Jean-Jacques Lasserre Robert Lafoaullu Daniel Laurent Nuihau Laury Antoine Lefèvre Jacques Legendre Dominique de Legge Jean-Pierre Leleux Jean-Baptiste Lemoyne Jean-Claude Lenoir Philippe Leroy Valérie Létard Anne-Catherine Loisier Jean-François Longeot Gérard Longuet Vivette Lopez Jean-Claude Luche Michel Magras Claude Malhuret Didier Mandelli Alain Marc Hervé Marseille Patrick Masclat Jean Louis Masson Hervé Maurey Jean-François Mayet Pierre Médevielle Colette Mélot Marie Mercier Michel Mercier Brigitte Micouleau Alain Milon Albéric de Montgolfier Patricia Morhet-Richaud Catherine Morin-Desailly Jean-Marie Morisset Philippe Mouiller Philippe Nachbar Christian Namy Louis Nègre Louis-Jean de Nicolaj Claude Nougein Jean-Jacques Panunzi Philippe Paul Cyril Pellevat Cédric Perrin Jackie Pierre François Pillet Xavier Pintat Louis Pintot Rémy Pointereau Ladislav Piotrowski Hugues Portelli</p>
---	---	--

Sophie Primas
Catherine Procaccia
Jean-Pierre Raffarin
Henri de Raincourt
Michel Raison
André Reichardt
Bruno Retailleau
Charles Revet
Didier Robert
Gérard Roche

Bernard Saugey
René-Paul Savary
Michel Savin
Bruno Sido
Abdourahmane
Soilihi
Henri Tandonnet
Lana Tetuanui
André Trillard
Catherine Troendlé

Alex Türk
Jean-Marie
Vanlerenberghe
Michel Vaspert
Alain Vasselle
Hilarion Vendegou
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
François Zocchetto

Éric Jeansannetas
Gisèle Jourda
Philippe Kaltenbach
Antoine Karam
Bariza Khiari
Georges Labazée
Joël Labbé
Françoise Laborde
Bernard Lalande
Serge Larcher
Pierre Laurent
Jean-Yves Leconte
Claudine Lepage
Jean-Claude Leroy
Michel Le Scouarnec
Marie-Noëlle
Lienemann
Jeanny Lorgeoux
Jean-Jacques Lozach
Roger Madec
Philippe Madrelle
Jacques-Bernard
Magner

Hermeline Malherbe
Christian Manable
François Marc
Didier Marie
Jean-Pierre Masseret
Rachel Mazuir
Michelle Meunier
Jacques Mézard
Danielle Michel
Gérard Miquel
Thani Mohamed
Soilihi
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Alain Néri
Georges Patient
François Patriat
Daniel Percheron
Marie-Françoise Perol-
Dumont
Jean-Vincent Placé
Hervé Poher
Christine Prunaud

Daniel Raoul
Claude Raynal
Daniel Reiner
Jean-Claude Requier
Alain Richard
Stéphanie Riocreux
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Yves Rome
Jean-Yves Roux
Patricia Schillinger
Jean-Pierre Sueur
Simon Soutour
Catherine Tasca
Nelly Tocqueville
Jean-Louis Tourenne
René Vandierendonck
Yannick Vaugrenard
Michel Vergoz
Maurice Vincent
Dominique Watrin
Evelyne Yonnet
Richard Yung

Ont voté contre :

Patrick Abate
Leila Aïchi
Michèle André
Maurice Antiste
Alain Anziani
Aline Archimbaud
Éliane Assassi
David Assouline
Dominique Bailly
Delphine Bataille
Marie-France Beaufiles
Esther Benbassa
Claude Bérit-Débat
Michel Berson
Alain Bertrand
Jacques Bigot
Michel Billout
Marie-Christine
Blandin
Maryvonne Blondin
Éric Bocquet
Nicole Bonnefoy
Jean-Pierre Bosino
Yannick Botrel
Corinne Bouchoux
Jean-Claude Boulard
Martial Bourquin
Michel Boutant

Nicole Bricq
Henri Cabanel
Jean-Pierre Caffet
Pierre Camani
Claire-Lise Champion
Thierry Carcenac
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Luc Carvounas
Bernard Cazeau
Jacques Chiron
Karine Claireaux
Laurence Cohen
Yvon Collin
Gérard Collomb
Pierre-Yves Collombat
Hélène Conway-
Mouret
Jacques Cornano
Roland Courteau
Cécile Cukierman
Ronan Dantec
Yves Daudigny
Marc Daunis
Annie David
Michel Delebarre
Jean Desessard
Félix Desplan

Jérôme Durain
Alain Duran
Josette Durriou
Vincent Eblé
Anne Emery-Dumas
Philippe Esnol
Frédérique Espagnac
Christian Favier
Corinne Féret
Jean-Jacques Filleul
François Fortassin
Thierry Foucaud
Jean-Claude Frécon
André Gattolin
Catherine Génisson
Samia Ghali
Dominique Gillot
Jacques Gillot
Éliane Giraud
Jean-Pierre Godefroy
Brigitte Gonthier-
Maurin
Gaëtan Gorce
Didier Guillaume
Annie Guillemot
Claude Haut
Odette Herviaux
Robert Hue

Abstentions :

Michelle Demessine, Évelyne Didier, Paul Vergès.

N'ont pas pris part au vote :

Guillaume Arnell
Joseph Castelli
René Danesi

Jean-Noël Guérini
Robert Navarro
Yves Pozzo di Borgo

David Rachline
Stéphane Ravier

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et Mme Isabelle Debré - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
03	Compte rendu..... 6 mois	103,90
33	Questions..... 6 mois	76,95
	DÉBATS DU SÉNAT	
05	Compte rendu..... 6 mois	93,40
35	Questions..... 6 mois	55,85
85	Table compte rendu.....	19,80

En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande

Paiement à réception de facture

En cas de règlement par virement, indiquer obligatoirement le numéro de facture dans le libellé de votre virement.

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(*) Arrêté du 8 décembre 2014 publié au *Journal officiel* du 10 décembre 2014

Direction, rédaction et administration : 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15
Standard : **01-40-58-75-00** – Accueil commercial : **01-40-15-70-10** – Télécopie abonnement : **01-40-15-72-75**

Prix du numéro : 3,90 €