

MERCREDI 17 JUIN 2015

Malades en fin de vie (*Suite*)

Conférence des présidents

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| COMMISSION (Candidature) | 1 |
| DÉLÉGATION (Candidature) | 1 |
| CMP (Candidatures) | 1 |
| DÉPÔT DE DOCUMENTS | 1 |
| MALADES EN FIN DE VIE (Suite) | 1 |
| <i>Mise au point au sujet d'un vote</i> | 1 |
| <i>Discussion des articles (Suite)</i> | 1 |
| ARTICLES ADDITIONNELS APRÈS L'ARTICLE 2 (Suite) | 1 |
| ARTICLE 3 | 1 |
| M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales | 1 |
| M. Gilbert Barbier | 2 |
| Mme Dominique Gillot | 2 |
| M. René Danesi | 3 |
| M. Philippe Bas | 3 |
| M. Gérard Roche | 3 |
| M. Gaëtan Gorce | 3 |
| M. Michel Amiel, co-rapporteur de la commission des affaires sociales | 3 |
| M. Jean-Pierre Leleux | 4 |
| M. Daniel Chasseing | 4 |
| Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé | 4 |
| ARTICLE 4 | 14 |
| ARTICLE 4 BIS (Supprimé) | 15 |
| ARTICLE 5 | 15 |
| ARTICLE 8 | 16 |
| NOMINATIONS À UNE ÉVENTUELLE CMP | 18 |
| DÉPÔT DE DOCUMENTS | 19 |
| DÉLÉGATIONS (Nominations) | 19 |
| CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS | 19 |
| MALADES EN FIN DE VIE (Suite) | 21 |
| <i>Discussion des articles (Suite)</i> | 21 |
| ARTICLE 8 (Suite) | 21 |
| ARTICLE ADDITIONNEL | 24 |
| ARTICLE 9 | 24 |
| ARTICLE 10 | 26 |
| ARTICLE 11 | 27 |
| ARTICLE ADDITIONNEL | 27 |
| ORDRE DU JOUR DU JEUDI 18 JUIN 2015 | 29 |
| ANALYSE DES SCRUTINS PUBLICS | 30 |

SÉANCE du mercredi 17 juin 2015

118^e séance de la session ordinaire 2014-2015

PRÉSIDENCE DE MME ISABELLE DEBRÉ,
VICE-PRÉSIDENTE

SECRÉTAIRES :

M. CHRISTIAN CAMBON, MME FRÉDÉRIQUE ESPAGNAC.

La séance est ouverte à 14 h 30.

Le procès-verbal de la précédente séance, constitué par le compte rendu analytique, est adopté sous les réserves d'usage.

Commission (Candidature)

Mme la présidente. – Le groupe Les Républicains a fait connaître à la présidence le nom du candidat qu'il propose pour siéger à la commission des lois en remplacement de M. Jean-Patrick Courtois, démissionnaire d'office de son mandat de sénateur. Cette candidature a été publiée et la nomination aura lieu conformément à l'article 8 du Règlement.

Délégation (Candidature)

Mme la présidente. – 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.

CMP (Candidatures)

Mme la présidente. – La commission des lois a désigné ses 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.

Dépôt de documents

Mme la présidente. – M. le président du Sénat a reçu de M. 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. Les deux premiers ont été transmis aux commissions des finances et du développement durable et le troisième à la commission des affaires économiques.

Malades en fin de vie (Suite)

Mme la présidente. – L'ordre du jour appelle la suite de 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 en sommes parvenus à l'amendement n°36 rectifié *ter* tendant à insérer un article additionnel après l'article 2.

Mise au point au sujet d'un vote

M. Georges Labazée. – Lors du scrutin public n°204 d'hier, M. Didier Guillaume souhaitait voter pour.

Mme la présidente. – Acte est donné de cette mise au point.

Discussion des articles (Suite)

ARTICLES ADDITIONNELS APRÈS L'ARTICLE 2 (Suite)

Mme la présidente. – Il semble que les amendements n°36 rectifié *ter* et 88 rectifié *bis* n'aient plus d'objet, compte tenu des amendements votés hier soir. Leurs auteurs acceptent-ils de les retirer ?

Mme Annie David. – Oui, le nôtre était la suite logique de ceux qui ont été rejetés hier soir, à la suite d'un débat très intense.

M. Hervé Maurey. – Pareil pour le nôtre.

L'amendement n°88 rectifié bis est retiré, ainsi que l'amendement n°36 rectifié ter.

ARTICLE 3

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. – Nous abordons un point central de ce texte. L'autorisation de la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

Qu'il n'y ait pas de malentendu. Le président Retailleau a demandé s'il s'agissait du droit de dormir jusqu'à la mort, comme le dit le CCNE, ou d'une euthanasie qui n'ose pas dire son nom. Le texte de l'Assemblée nationale était ambigu, l'adverbe « inutilement » malvenu. De même, en cas de remise en cause du pronostic vital par l'arrêt des traitements, la sédation profonde et continue paraissait automatique.

La commission des affaires sociales a levé ces ambiguïtés. Elle a supprimé « inutilement » et conditionné la sédation profonde et continue à une souffrance réfractaire à tout autre traitement. Tout doit avoir été tenté pour apaiser la souffrance. Si aucun traitement n'est efficace, il reste une dernière solution proposée par les soins palliatifs, la sédation profonde et continue. Peu de cas sont concernés. Il s'agit de personnes dont le pronostic vital est engagé à très court terme.

M. Emmanuel Hirsch écrivait ce matin dans le *Huffington Post* que pour les sénateurs, il est hors de question de légaliser le suicide assisté ou l'euthanasie. Il poursuit « seules les situations extrêmes justifient des avancées législatives dans un cadre strict, autrement dit la sédation profonde et continue ».

Si l'on a tout tenté en matière de soins palliatifs, que subsistent des souffrances réfractaires, la sédation profonde et continue peut être proposée au patient si celui-ci le souhaite. S'il est hors d'état d'exprimer sa volonté, les directives anticipées priment ; si les médecins considèrent qu'il y aurait à défaut acharnement thérapeutique, la loi Leonetti s'applique.

La sédation profonde et continue est une pratique ancienne, ce n'est aucunement l'euthanasie. Faire subir une sédation profonde et continue à une personne en bonne santé serait un homicide. Là, il s'agit de gens pour qui il n'est aucune autre solution, à la toute fin de vie, et qui en font le choix.

Le principe d'accès aux soins palliatifs garantit que les équipes soignantes mettent tout en œuvre. Le consensus trouvé hier sur l'hydratation est une garantie importante ; un amendement de la commission des lois apporte des précisions utiles.

Nous aurons un débat technique sur la sédation profonde et continue, un début de principes sur la façon de finir sa vie. Mais, pour la commission des affaires sociales, les sédations profondes et continues correspondent déjà à une pratique bien définie. Pourquoi alors cette disposition législative ? Pour étendre à tout le territoire les meilleures pratiques de soins palliatifs, pour une catégorie de patients bien définie. Nous sommes tous attachés à l'égalité face à la mort. Cette loi n'est pas une révolution, les rapporteurs ne sont pas des révolutionnaires, mais c'est déjà beaucoup. En revanche, si l'on n'offrait pas de solution réelle à ces personnes, on ouvrirait la voie à l'euthanasie (*Applaudissements au centre et sur plusieurs bancs à droite*)

M. Gilbert Barbier. – Le président Milon fait preuve d'un acharnement thérapeutique à défendre l'indéfendable. Hier, vous avez tous dit l'importance des soins palliatifs. Mais des divergences profondes se sont exprimées entre les partisans d'une autonomie totale de l'individu, et ceux qui considèrent que légaliser le faire-mourir est contraire à notre conception de la société.

Le texte initial de MM. Claeys et Leonetti parlait d'un traitement sédatif provoquant une altération de la vigilance jusqu'au décès. Il n'était pas question de sédation profonde et continue. Et puis, l'amendement n°76 déposé en séance par des députés socialistes a bouleversé la donne, et rendu cette proposition de loi inacceptable. Une sédation profonde et continue se situe aux niveaux cinq et six de l'échelle de Ramsay : elle exige une assistance respiratoire. Dans ces conditions, ce n'est plus une pratique médicale visant à soulager le patient mais à provoquer la mort.

Les auteurs de l'amendement n°76 ne se cachent pas d'être favorables à l'euthanasie ; ils ont cherché par un artifice de vocabulaire à contourner le refus de celle-ci. Une sédation profonde et continue sans assistance respiratoire provoque la mort dans un très bref délai. Au contraire, une sédation bien dosée est un acte médical. Vouloir imposer des doses aux médecins est inacceptable.

Revenons au souhait de l'immense majorité des français.

Mme la présidente. – Veuillez conclure.

M. Gilbert Barbier. – La sédation profonde et continue confond soin médical et moyen technique de faire mourir. Si l'on veut l'imposer aux soignants, je dis non.

Mme Dominique Gillot. – Chaque nouvelle loi de santé publique précise les droits des malades et leurs relations avec les médecins. La loi de 2002 a prohibé l'acharnement thérapeutique, celle de 2005 l'obstination déraisonnable. En 2002, on s'occupait des malades, aujourd'hui seulement de ceux en fin de vie. Est-ce vraiment un progrès ?

La rédaction de l'Assemblée nationale était plus précise, et donnait le pouvoir de décision au malade, non au médecin. Jean-Claude Ameisen observait que la loi Leonetti définissait plus les devoirs des médecins que les droits des malades. J'espère un rééquilibrage.

Au fil des années, la médecine a accepté de partager son savoir et son pouvoir. Mais elle n'est pas prête à cet équipement de l'agonie que réclament certains, pour finir leur vie calmement, subrepticement.

Il est des patients qui souhaitent mourir, mais dont le corps n'est pas prêt à trépasser. Des patients, des familles refusent cette indignité, surtout lorsque le patient résiste aux analgésiques et hypnotiques, ce qui n'est pas rare.

La loi ouvre la voie à l'arrêt de l'alimentation et de la respiration.

Mme la présidente. – Concluez.

Mme Dominique Gillot. – La pratique de l'alimentation artificielle non voulue est inconcevable socialement ; logique techniquement, elle est incompréhensible culturellement.

M. René Danesi. – Nous voici au cœur de cette proposition de loi. Pourquoi changer une loi votée à l'unanimité il y a dix ans, insuffisamment connue, alors que les unités de soins palliatifs manquent dramatiquement ? Il eût été trop simple d'en augmenter le nombre et il fallait respecter la promesse présidentielle ! (*Protestations à gauche*)

Pour certains, la sédation profonde et continue est un cheval de Troie des partisans de l'euthanasie. Des amendements défendus cette nuit, malgré des leurres sémantiques, visaient à instaurer une assistance médicalisée provoquant la mort active. Euthanasie au cas par cas demain, euthanasie généralisée après-demain.

Je refuse cette dérive. Je voterai contre l'article et l'ensemble du texte, malgré les clarifications apportées par le Sénat.

M. Philippe Bas. – Les travaux de cette nuit ont permis d'avancer. Avec cet article 3, il s'agit de déterminer les conditions de mise en œuvre de la sédation profonde et continue. Dans tous les cas, la souffrance devra être réfractaire à tout traitement. Cela signifie que la sédation profonde et continue fait partie des soins palliatifs, en est pour ainsi dire le stade ultime, et ne saurait être autorisée sans que tous les autres traitements aient été mobilisés. C'est essentiel. Opposer soins palliatifs et sédation profonde et continue, c'est faire fausse route.

Les personnes entrées en agonie et conscientes pourront demander une sédation profonde et continue. Celles qui ne sont pas à l'agonie, qui pourraient vivre de nombreuses années mais sont inconscientes et ne sont maintenues en vie que grâce à un traitement, relèvent d'un autre cas, difficile. Comment s'assurer de leur consentement libre et éclairé ? Comment fermer la porte à l'euthanasie ? La loi ne doit pas imposer la combinaison de l'arrêt des traitements et de la mise en œuvre de la sédation profonde et continue : ce serait provoquer la mort et faire entrer notre société dans l'inconnu.

Aussi soutiendrai-je l'amendement que M. Pillet présentera au nom de la commission des lois. (*Applaudissements sur certains bancs à droite*)

M. Gérard Roche. – Méfions-nous des grands principes. Ceux qui refusent aujourd'hui la sédation profonde et continue seront les premiers à la demander s'ils souffrent un jour atrocement. Faisons confiance aux équipes médicales et paramédicales : elles ont du cœur et le sens du devoir. Servir et aider, y compris pour mourir, c'est l'esprit du serment d'Hippocrate.

Entre partisans et opposants de l'euthanasie – je fais partie de ces derniers – il faudra trancher. La sédation profonde et continue n'est pas une euthanasie, c'est un acte de charité. On n'est pas obligé de souffrir pour mourir. (*Applaudissements au centre sur les bancs du groupe socialiste et républicain et sur certains bancs à droite*)

La langue dit beaucoup avec une expression comme « mourir de soif ». En refusant de considérer l'hydratation comme un traitement, nous avons empêché toute dérive vers l'euthanasie. Ce que nous voulons ne relève pas de l'euthanasie mais de l'humanisme, de la charité. Bien sûr, il y a des cas limites, comme la maladie de Charcot. Mais nous sommes là pour rendre service aux patients, la sédation profonde et continue ne concernera que ceux dont la souffrance est réfractaire à toute autre médecine. Faisons confiance aux médecins et protégeons-les. (*Applaudissements sur les mêmes bancs*)

M. Gaëtan Gorce. – Depuis 1999, notre droit est fondé sur le droit des malades. Ancien président de la commission spéciale qui a examiné la proposition de loi Leonetti, je sais ce que le législateur de 2005 voulait. Opposer partisans et opposants de l'euthanasie, faire mourir et laisser mourir, c'est se payer de mots. Dans la réalité, les choses ne se passent pas comme cela.

Quand un patient demande l'arrêt des traitements, sa volonté s'impose aux médecins qui doivent tout faire pour alléger ses souffrances. La voie était ouverte à la sédation.

La mort est-elle provoquée par la maladie, l'arrêt des traitements, la sédation ? Qui peut le dire ?

L'important, c'est d'alléger la souffrance injuste et inutile. Ne nourrissons pas les fantasmes, deux camps ne s'opposent pas. Ce dont il est question, c'est de se donner les moyens d'appliquer jusqu'au bout les principes de 2005. On ne franchit pas une barrière morale. On se donne les moyens de répondre à une demande, comme c'est notre obligation morale. J'entends parler de dérive. Non : ce texte apporte des solutions concrètes.

Supprimer la sédation profonde et continue systématique en cas d'arrêts des traitements, ce serait un recul (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et républicain*)

M. Michel Amiel, co-rapporteur de la commission des affaires sociales. – Cette loi est faite pour ceux qui vont mourir, non ceux qui le veulent. La sédation profonde et continue fait partie des soins palliatifs, j'en veux pour preuve le texte de la recommandation de la société française de soins palliatifs, qui précise que la sédation profonde est réservée aux patients dont la mort est attendue dans les prochaines heures ou les prochains jours ; le traitement a été labellisé par la Haute Autorité de santé.

Après du lit d'un malade en fin de vie, sujet à des souffrances réfractaires, il doit être possible d'alléger celles-ci : non pour accueillir la mort, mais pour que l'on ne soit pas obligé d'assister au « drame tragique de sa propre mort », comme dit le professeur Aubry.

Trouvons l'équilibre entre les droits des patients et le pouvoir, ou savoir, médical. Les médecins, eux aussi, doivent être protégés. En fin de vie, le corps médical est obligé d'employer des substances à certaines doses, pour alléger la douleur physique, mais aussi la souffrance morale.

Le rapporteur pour avis de la commission des lois propose un amendement décisif, qui dissocie l'arrêt des traitements de la sédation profonde et continue. Le patient doit décider de la fin de sa vie.

Nous avons supprimé l'expression « prolonger inutilement la vie », pour ne pas laisser entendre qu'il y a des vies inutiles. C'est bien sûr à la prolongation que se rapportait le terme dans l'esprit des auteurs.

Ce texte est équilibré. Ne pas souffrir ni assister à sa mort, c'est un droit fondamental. Les médecins sont là pour accompagner cette fin de vie, en recourant aux soins palliatifs, mais aussi, rarement, à la sédation profonde et continue. Il s'agit d'une pratique thérapeutique, non euthanasique.

M. Jean-Pierre Leleux. – Chacun réfléchit au fond de sa conscience. Mais un point me trouble. La sédation est déjà pratiquée, en vertu du droit des patients à être soulagés, sous une forme intermittente et avec éventuellement des effets secondaires. C'est le « double effet ». Mais avec la sédation profonde et continue, la mort devient une conséquence inévitable. Du double effet, on passe à la double intention : soulager la douleur et accélérer la mort.

M. Daniel Chasseing. – L'excellente loi Leonetti interdit l'obstination déraisonnable et définit les soins palliatifs comme des soins actifs et continus, destinés à soulager la douleur et à sauvegarder la dignité. Ils comprennent des traitements sédatifs. Si ceux-ci ont des effets secondaires, il faut l'indiquer au malade ou à sa famille. On peut arriver à la sédation moyenne sans trouble respiratoire. C'est cet objectif qu'il faut inscrire dans la loi.

M. Michel Amiel, co-rapporteur. – La mort n'est pas un effet secondaire, monsieur Leleux. Il n'y a pas non plus de double intention. L'intention de la sédation profonde et continue, c'est de soulager la souffrance. La temporalité consiste à accompagner jusqu'au bout, pas à provoquer la mort. La sédation peut d'ailleurs, par la diminution du stress qu'elle provoque, améliorer l'état de santé du malade et ainsi prolonger sa vie.

Ne jouons pas sur les mots, ne jouons pas non plus sur les doses dont les effets varient selon les patients. Le dosage, c'est le cœur du problème !

La sédation profonde et continue reste un acte thérapeutique, il faut le répéter, même s'il peut dans

certain cas entraîner la mort. Ce n'est en aucun cas un acte euthanasique.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. – Ce débat a été fort et nuancé, et montre bien les interrogations de certains. Je ne peux répondre à tous, je me bornerai à préciser l'esprit de la loi, à dire ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas.

Un patient en fin de vie peut déjà, depuis 2002, demander l'arrêt des traitements. Si cet arrêt provoque des souffrances, il peut demander que celles-ci soient apaisées, notamment par une sédation. C'est ce que font déjà les équipes de soins palliatifs : aider les patients à lâcher prise, pour que leur fin de vie ne soit pas insupportable.

Qu'apporte le présent texte, dans ce contexte ? Il n'introduit aucune rupture dans notre droit. Si le décès peut subvenir après la sédation, il n'en est pas l'objectif. Cette nuance est fondamentale, et demeure avec ce texte, dont les nouveautés sont ailleurs. D'une part, il harmonise les pratiques palliatives sur le territoire national ; d'autre part, le patient pourra bénéficier d'une sédation, dont la décision appartient aujourd'hui aux seuls médecins. Ce texte se place du point de vue du patient, voilà la nouveauté. Ce texte ne fait aucun pas vers l'euthanasie.

Certains trouveront que le texte ne va pas assez loin ; mais il ne s'y trouve aucun germe d'euthanasie ni de suicide assisté. (*Applaudissements sur le banc socialiste et républicain*)

L'amendement n°114 n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°6, présenté par M. Revet.

Alinéa 2

Rédiger ainsi cet alinéa :

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

M. Charles Revet. – Je souhaite supprimer l'adjectif « profonde » du texte de cet amendement. Des propos tenus par M. Leonetti avant l'examen du texte à l'Assemblée nationale, j'avais compris qu'il s'agissait de soulager les patients. Depuis, j'ai entendu qu'une sédation profonde et continue pouvait asphyxier un patient. Je n'ignore pas qu'il n'en serait question qu'en fin de vie, en dernière extrémité. Mais pourquoi prendre le risque d'aggraver les souffrances des patients ? Et puis, des dérives sont à craindre.

Mme la présidente. – Il s'agit donc de l'amendement n°6 rectifié.

L'amendement n°115 n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°73 rectifié, présenté par MM. Barbier et Collin.

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

M. Gilbert Barbier. – J'ai écouté Mme la ministre ; nous sommes tous d'accord sur la sédation, à une dose garantissant que le malade demeure inconscient. Mais Mme la ministre n'a jamais prononcé le mot « profonde »... Elle s'en tient, comme les auteurs de la proposition de loi, au mot « sédation ». Je la rejoins sur ce point ; aux médecins de décider de la qualité de celle-ci.

Dans les protocoles d'utilisation des sédatifs dont nous parlons, médicaments délicats à manier, la sédation profonde est décrite comme un état d'inconscience ; il y est indiqué aussi la nécessité d'une ventilation respiratoire...

Mme la présidente. – Amendement n°79, présenté par M. Barbier.

Alinéas 2 et 6

Supprimer les mots :
profonde et

M. Gilbert Barbier. – Amendement de repli.

Mme la présidente. – Amendement n°59 rectifié, 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, Charon, Husson, Houel et Gournac, Mmes Debré et Lamure et MM. Kern, Cardoux, Gremillet et Guerriau.

Alinéa 2

Supprimer les mots :
et continue jusqu'au décès

M. Dominique de Legge. – On nous explique que le texte ne change rien. Pourquoi dès lors une nouvelle loi ? Mme la ministre nous dit que l'on crée un nouveau droit : celui de demander... Était-ce interdit auparavant ? Mais à bien y regarder, disposer qu'une sédation « est mise en œuvre », c'est une obligation faite au médecin, pas un droit offert au patient. Laissons de la souplesse aux patients et aux équipes soignantes. Leur permettre de pratiquer une sédation, profonde ou non, continue ou non, jusqu'au décès ou

non : soit ; mais leur en faire obligation, c'est dangereux et créer un précédent.

L'amendement n°116 n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°13, présenté par M. Pillet, au nom de la commission des lois.

Alinéa 2

Après les mots :
analgésie et
insérer les mots :

, sauf si le patient s'y oppose,

M. François Pillet, *rapporteur pour avis de la commission des lois.* – Les inquiétudes que suscite la sédation profonde et continue reposent sur le risque qu'elle soit dévoyée. La commission des affaires sociales a déjà apporté des garanties importantes ; cet amendement en ajoute un autre : la dissociation de l'arrêt des traitements et de la sédation profonde et continue. On donne au patient le droit à voir ses souffrances apaisées... à la condition qu'il consente à l'arrêt des traitements. Tout ou rien, en quelque sorte... Certains traitements, alimentation, hydratation, assistance respiratoire, peuvent avoir une dimension symbolique forte. Il serait paradoxal de chercher à apaiser la détresse du patient en lui refusant la certitude qu'il ne mourra pas de faim ou de soif... Lier arrêt des traitements et sédation, c'est rendre floue la frontière entre un décès causé par la maladie et un décès causé par autre chose. Or c'est cette distinction qui écarte tout risque de dérive. Nous redonnons de la force à la volonté du patient. *(Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe Les Républicains)*

Mme la présidente. – Amendement n°4 rectifié, présenté par MM. Gilles, Vasselle, Grand, Dufaut, de Legge et Saugey, Mmes Cayeux, Gruny, Deroche et Mélot et M. Houel.

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.

M. Bruno Gilles. – L'objectif de la proposition de loi est de supprimer toute souffrance, physique ou

morale, du patient afin de lui garantir, autant que possible, une mort apaisée et digne.

Il est donc utile de lever l'ambiguïté entre traitements « de maintien en vie » et traitements thérapeutiques. Les premiers contredisent l'objectif du texte car l'arrêt d'une aide respiratoire ou de l'hydratation et de la nutrition artificielles, dont le but est de soulager le patient, lui vaudrait des souffrances supplémentaires. L'on ne peut donc considérer qu'ils correspondent à « une obstination déraisonnable ».

Mme la présidente. – Amendement n°5 rectifié, présenté par MM. Gilles, Vasselle, Grand, Dufaut, de Legge et Saugey, Mmes Cayeux, Gruny, Deroche et Mélot et M. Houel.

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

M. Bruno Gilles. – Amendement de repli.

Mme la présidente. – Amendement n°49 rectifié, présenté par M. Chasseing, Mme Lamure et MM. Vogel, Barbier, Commeinhes, Chaize et César.

Alinéa 2

Après les mots :

maintien en vie

insérer les mots :

, sauf hydratation

M. Daniel Chasseing. – La sédation profonde et continue doit être mise en œuvre à très court terme, pour quelques heures, voire quelques jours. L'arrêt de l'hydratation peut entraîner des souffrances importantes.

Mme la présidente. – Amendement n°102 rectifié, présenté par Mme D. Gillot, M. Antiste et Mmes Lepage et Perol-Dumont.

Alinéa 2

Après le mot :

vie

insérer les mots :

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

Mme Dominique Gillot. – Une sédation profonde et continue jusqu'au décès associée à l'arrêt des traitements n'accélère pas la survenue de la mort et présente un caractère humainement et socialement difficilement acceptable, si l'agonie dure trop longtemps. Il faut donc que l'arrêt des traitements ne crée pas plus de douleurs que l'acharnement thérapeutique déraisonnable.

Cet amendement assure par tous les moyens la sérénité des derniers jours de la vie du patient, y compris à l'aide de traitement pouvant accélérer la survenue de la mort, si le patient ou sa personne de confiance le demandent expressément ou encore si les directives anticipées ne l'interdisent pas, ou si l'équipe médicale le juge utile dans l'intérêt du patient.

Mme la présidente. – Amendement n°60 rectifié, 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, 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, Vaspart, 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.

Alinéa 2

Remplacer le mot :

est

par les mots :

peut être

M. Dominique de Legge. – Au droit à demander ouvert au patient, madame la ministre, la réponse ne doit pas être systématiquement positive... L'harmonisation des pratiques ne saurait être une obligation mais un objectif. Nous allons dans votre sens...

Mme la présidente. – Amendement n°50 rectifié, présenté par M. Chasseing, Mme Lamure, MM. Vogel, Barbier, Commeinhes et de Legge, Mme Imbert et M. Gremillet.

Alinéa 3

1° Après les mots :

engagé à

insérer le mot :

très

2° Remplacer les mots :

autre traitement

par les mots :

traitement adapté

M. Daniel Chasseing. – Pour mettre en œuvre une sédation profonde et continue, le pronostic vital doit être engagé à très court terme, c'est-à-dire en heures ou en jours, et le patient doit présenter une souffrance réfractaire au traitement « adapté ».

Mme la présidente. – Amendement n°61 rectifié, 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, 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.

Alinéa 3

Après les mots :

engagé à

insérer le mot :

très

M. Dominique de Legge. – « Court terme », c'est vague. On pourrait certes en débattre longtemps... Mais je crois qu'une telle précision peut faire consensus.

Mme la présidente. – Amendement n°74 rectifié, présenté par MM. Barbier, Bertrand, Collin et Fortassin, Mmes Laborde et Malherbe et MM. Mézard et Requier.

Alinéa 3

Remplacer le mot :

souffrance

par le mot :

douleur

M. Gilbert Barbier. – La souffrance renvoie à un concept psychique et psychologique, fonction de l'état du patient mais aussi de son environnement affectif, alors que la douleur ou la sédation est liée à l'état physique du patient. La sédation n'est ni un analgésique, ni un somnifère, ni un euthanasique.

L'amendement n°122 n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°25 rectifié, présenté par Mme Duranton, M. Laufoaulu, Mme Deromedi, M. Kennel, Mmes Mélot, Morhet-Richaud et Deroche et MM. Husson, G. Bailly et Houel.

Alinéa 3

Après le mot :

souffrance

insérer le mot :

physique

Mme Nicole Duranton. – Les personnels soignants constatent régulièrement qu'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. C'est donc bien la seule souffrance physique réfractaire qui doit pouvoir entraîner l'application des dispositions du présent article.

L'amendement n°117 n'est pas défendu, non plus que l'amendement n°118.

Mme la présidente. – Amendement n°51 rectifié bis, présenté par M. Chasseing, Mme Lamure, MM. Vogel, Barbier et Commeinhes, Mme Imbert et M. Gremillet.

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.

M. Daniel Chasseing. – Nous rappelons à cet alinéa les conditions de l'application de la sédation profonde et continue à un patient ne pouvant exprimer sa volonté.

Mme la présidente. – Amendement n°62 rectifié bis, présenté par MM. de Legge, Sido, Reichardt, 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 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.

Alinéa 4

Après les mots :

le patient

insérer les mots :

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

M. Dominique de Legge. – Amendement de précision, toujours dans l'esprit de rechercher le consensus...

Mme la présidente. – Amendement n°37 rectifié, présenté par Mme D. Gillot, MM. Antiste et Botrel, Mmes Champion, Lepage et Perol-Dumont et M. Rome.

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.

Mme Dominique Gillot. – Défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°83 rectifié, présenté par Mme David, M. Abate, Mmes Assassi et Beauvils, 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 .

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.

Mme Annie David. – La procédure collégiale est lancée à l'initiative du seul médecin, j'y vois un risque de blocage. Si l'initiative n'est pas prise, la sédation profonde et continue ne sera pas mise en œuvre alors que les conditions sont remplies pour que le patient en bénéficie. La culture médicale, aujourd'hui plus curative que palliative, évolue certes, mais il faudra du temps pour que cette évolution se diffuse.

Mme la présidente. – Amendement n°63 rectifié, 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, Raison, 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.

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. »

M. Dominique de Legge. – Les hospitalisations à domicile ne couvrant pas l'ensemble du territoire, nous affirmons la possibilité d'un accompagnement du patient à domicile. Nous ne parlons ici que de sédation profonde.

Mme la présidente. – Amendement n°68 rectifié, 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, Raison 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.

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.

M. Dominique de Legge. – Amendement de repli.

Mme la présidente. – Amendement n°23 rectifié, présenté par Mme Duranton, M. Laufoaulu, Mmes Deromedi, Mélot et Deroche et MM. Chasseing et Husson.

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,

Mme Nicole Duranton. – L'accès aux soins palliatifs est un droit fondamental de tout patient. Avant d'accéder à la demande du patient qui 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.

L'amendement n°121 n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°52 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Barbier et Commeinhes, Mmes Lamure et Mélot et MM. Vogel, Requier et Mézard.

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.

M. Daniel Chasseing. – Le médecin traitant d'un patient à domicile ou en Ehpad doit pouvoir demander aux services de soins palliatifs des conseils sur la situation de leur patient ou d'effectuer la sédation profonde et continue. Il est également important de renforcer leurs moyens.

Mme la présidente. – Amendement n°7, présenté par M. Revet.

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.

M. Charles Revet. – Le médecin doit pouvoir refuser de mettre en œuvre une sédation profonde et continue et confier le dossier à un confrère.

Mme la présidente. – Amendement n°64 rectifié, présenté par MM. de Legge, Sido, Reichardt, 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, Gilles et Buffet, Mme Cayeux, MM. Trillard, Raison 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, Vaspert, 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.

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. »

M. Dominique de Legge. – Une telle décision engage la conscience de celui qui la prend. Une clause de conscience s'impose.

L'amendement n°119 n'est pas défendu, non plus que l'amendement n°120.

M. Michel Amiel, co-rapporteur. – Avis défavorable à l'amendement n°6 rectifié, nous avons déjà longuement débattu de la notion de sédation profonde et continue et du fait qu'elle s'impose au médecin si elle est demandée dans les conditions prévues par le texte.

Avis défavorable aux amendements n°s 73 rectifiés et 79, qui ne sont pas dans l'esprit du texte. La sédation profonde et continue est un acte exceptionnel que les médecins des services de soins palliatifs maîtrisent. Même avis à l'amendement n°59 rectifié.

Avis favorable à l'amendement n°13 de la commission des lois.

Avis défavorable à l'amendement n°4 rectifié, de même qu'à l'amendement n°5 rectifié.

Retrait de l'amendement n°49 rectifié ? Nous avons isolé l'hydratation artificielle cette nuit.

L'amendement n°102 rectifié glisse vers un traitement accélérant la mort : avis défavorable.

Remplacer « est » par « peut être » dénature le texte : avis défavorable à l'amendement n°60 rectifié. La volonté du patient est impérative.

L'amendement n°50 rectifié fait lui aussi dans la sémantique. Le médecin expert ou le juge apprécieront le délai. Défavorable. De même à l'amendement n°61 rectifié.

Avis défavorable à l'amendement n°74 rectifié : le mot « souffrance » englobe la douleur physique et d'autres formes de souffrance. Certaines souffrances physiques, par exemple en cas d'insuffisance cardiaque terminale, ne peuvent pas être atténuées par des antalgiques. Même avis à l'amendement n°25 rectifié.

Par définition, tout traitement est adapté : avis défavorable à l'amendement n°51 bis rectifié.

Avis défavorable à l'amendement n°62 rectifié.

La procédure collégiale s'assure de la volonté du patient mais vérifie aussi l'ensemble des conditions médicales prévues par le texte ; elle sera obligatoire : avis défavorable à l'amendement n°37 rectifié à défaut d'un retrait. De même pour l'amendement n°83 rectifié.

Avis défavorable à l'amendement n°63 rectifié : chacun s'accorde à vouloir renforcer l'accompagnement de fin de vie à domicile. Il va de soi que le médecin traitant peut demander le concours

d'équipes spécialisées. Que pense le Gouvernement de l'amendement n°68 rectifié ?

L'amendement n°23 rectifié oppose les soins palliatifs et la sédation profonde et continue, alors que les premiers incluent la seconde : avis défavorable.

L'amendement n°52 rectifié instaure une possibilité qui va de soi. On sait que les substances utilisées ne sont pas en accès libre pour le médecin traitant : avis défavorable.

L'article 47 du code de déontologie satisfait l'amendement n°7 : retrait ? De même pour l'amendement n°64 rectifié.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. – J'ai beaucoup apprécié les prises de parole sur cet article, notamment celles des présidents Bas et Retailleau.

Je demande la priorité pour l'amendement n°13 du rapporteur pour avis de la commission des lois. (*Mme la ministre donne son accord*)

La priorité est de droit.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Avis défavorable à tous les amendements sauf l'amendement n°83 rectifié qui revient à la rédaction de l'Assemblée nationale : le Gouvernement tient au caractère systématique de la procédure collégiale.

Un mot sur le caractère profond de la sédation. Le débat n'est pas celui que vous craignez, monsieur Barbier. Je n'ai aucune difficulté à parler de sédation profonde, d'ailleurs ; il y a plusieurs degrés de sédation, tout dépend des besoins du patient. Cet article définit les cas dans lesquels le droit à bénéficier d'une sédation profonde est ouvert et rendu opposable aux médecins. Il ne vise que certains cas bien définis. Ne revenons pas à la situation antérieure.

L'ordre des médecins est défavorable à l'introduction d'une clause de conscience dans ce texte, qui laisserait penser que la sédation profonde et continue s'apparente à l'euthanasie, ce qui n'est pas le cas. La clause du code de déontologie pourra évidemment être invoquée.

M. Bruno Retailleau. – Rappel au Règlement. Quelles seraient les conséquences du vote de l'amendement n°13 sur la suite de la discussion ?

Mme la présidente. – Son adoption ne ferait tomber que l'amendement n°6 rectifié.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. – Je le confirme. Je souhaite, si l'amendement n°13 était adopté, que le texte, devenu celui de la commission des affaires sociales et de la commission des lois, ne soit plus modifié...

M. Charles Revet. – Je retire mon amendement n°6 rectifié même si j'aurais préféré le faire au profit de l'amendement n°13.

L'amendement n°6 rectifié est retiré.

M. René-Paul Savary. – Au fil des discussions, on constate que la loi Leonetti réglait de nombreux problèmes. La définition des termes n'est pas toujours claire. Hier nous avons exclu l'hydratation artificielle des traitements, la considérant comme un soin. Or l'exposé des motifs de l'amendement n°13 considère que l'hydratation est un traitement. Le terrain est glissant et sujet à bien des confusions. (*« Très bien ! » et applaudissements sur plusieurs bancs au centre et à droite*)

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. – Vous vous êtes référé à l'objet de l'amendement n°13 qui avait été rédigé avant notre débat d'hier.

M. Bruno Retailleau. – Comme l'exposé des motifs a été rédigé avant notre débat de cette nuit, il ne saurait donc venir à l'appui d'une interprétation du texte qui considérerait l'hydratation comme un traitement.

L'amendement n°13 est adopté.

L'amendement n°73 rectifié n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°79.

M. Dominique de Legge. – Je salue l'esprit d'ouverture du rapporteur. Aucun avis favorable, sauf pour l'amendement n°13... Si je peux comprendre votre position sur l'amendement n°59 rectifié, je crois que vous avez tort de refuser l'autre amendement qui prévoit que le médecin a la possibilité, non l'obligation, de recourir à la sédation profonde et continue. Vous refusez la clause de conscience pour les médecins. C'est clair. La porte est ouverte à l'euthanasie.

(Applaudissements sur plusieurs bancs à droite ; M. Yves Pozzo di Borgo applaudit aussi ; protestations sur plusieurs bancs à gauche)

M. Michel Amiel, co-rapporteur. – Puisque la sédation profonde et continue est reconnue comme un acte de soins palliatifs, il n'y a pas de raison de ne pas la pratiquer si le patient la demande. Nous n'instaurons pas de clause de conscience spécifique justement, parce que ce texte n'autorise pas l'euthanasie, ni le suicide assisté.

Enfin, il est déplaisant d'entendre mettre en cause nos intentions.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. – L'Ordre des médecins, lui-même, est opposé à l'inscription d'une clause de conscience spécifique. Le code de déontologie contient une clause à caractère général.

Ce texte ne vise que les patients dont le pronostic vital est engagé à court terme et atteints d'une souffrance réfractaire à tout traitement. Attention enfin à ne pas interdire tout accord en CMP, faute de quoi, la rédaction de l'Assemblée nationale prévaut.

Mme Françoise Gatel. – Je suis opposée à l'euthanasie. Mais nous discutons des personnes en fin de vie, qui vont mourir à très brève échéance. Ce

texte est d'une sobriété remarquable. Il est le produit d'un débat riche en commission des affaires sociales. Il ne s'agit que d'accomplir un devoir de fraternité, reconnu par certains représentants de l'Église catholique elle-même : faire en sorte que les personnes ne partent pas seules.

Avec le temps et l'expérience, les craintes du corps médical s'estomperont.

Je soutiens le texte de la commission des affaires sociales qui a réalisé un travail remarquable. Nous devons respecter le droit aux malades de vivre leurs derniers instants de manière apaisée. La procédure collégiale est un garde-fou contre les dérives. *(Applaudissements au centre et sur quelques bancs du groupe socialiste et républicain)*

M. Philippe Bas. – La procédure accélérée n'ayant pas été demandée, nous n'avons pas, fort heureusement, au stade où nous en sommes, à anticiper les critiques des députés. Il est heureux que les Parlementaires puissent s'exprimer à l'abri de toute pression sur un tel texte.

Celui-ci concerne des patients qui subissent déjà des traitements très lourds, qui altèrent parfois leur conscience ou leurs capacités d'expression.

Toutefois, pour que le droit à la sédation profonde et continue puisse s'exercer avec un consentement libre et éclairé, il faut au préalable que les médecins révèlent aux patients qu'ils vont mourir, que cette sédation ne s'interrompra pas. C'est pourquoi il faut voter cet amendement qui permettra à la sédation profonde d'être mise en œuvre quand les conditions seront vraiment réunies. Le patient n'a peut-être pas envie de s'entendre dire qu'il va mourir. *(Applaudissements à droite ; M. Yves Pozzo di Borgo applaudit aussi)*

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

M. Jean-Louis Tourenne. – Je suis abasourdi. Quels sophismes ! *(M. Jean-Jacques Hyst proteste)* Que de subtilités rhétoriques ! Que d'hypocrisie ! *(M. Alain Gournac proteste)* C'est à la demande du patient que le médecin devra lui révéler s'il a droit à la sédation profonde et continue. Évitions, je vous prie, de tels arguments byzantins.

M. Alain Gournac. – Donneur de leçons !

M. Gilbert Barbier. – Si la sédation profonde et continue doit obligatoirement être mise en œuvre à la demande du patient, n'est-ce pas une forme de suicide assisté ? *(Vives dénégations à gauche)* L'Ordre des médecins, qu'évoquait M. le président Milon, s'est d'ailleurs prononcé sur le texte initial, non sur celui qui nous est aujourd'hui soumis.

Parlons donc de suicide assisté, ce serait plus simple. *(Applaudissements à droite, protestations sur les bancs du groupe socialiste et républicain)*

M. Bruno Retailleau. – Le débat depuis hier est serein. Il n'est pas acceptable de qualifier les

arguments des autres d'hypocrites, de byzantins, de sophismes, chacun doit respecter les convictions des autres ! *(Marques d'approbation à droite)*

Face à cette « monstruosité solitaire », « inclassable » qu'est la mort selon Jankélévitch, nous devons veiller en tant que législateurs, à travailler avec rigueur, pour ne pas créer d'engrenages fâcheux.

Je pensais, comme beaucoup, que la loi Leonetti, avait réglé le problème. Or nous nous apercevons que ce texte, loin de la prolonger, comme il a été soutenu, marque une véritable rupture, non une continuité. *(Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains)*

Jean Leonetti, en avril 2013, expliquait d'ailleurs que la sédation en phase terminale devait viser uniquement à soulager le malade et non à le faire mourir. Autrement, le dispositif est ambigu.

Les propos de la ministre sont éclairants : nous connaissons la dynamique des droits opposables. Ce texte ne doit pas être le cheval de Troie de l'euthanasie.

Mme Dominique Gillot. – Nous régressons, ces amendements retirent des mains du patient le droit de décider de leur fin de vie pour le rendre aux médecins.

Mme Corinne Bouchoux. – Cette discussion vire à un débat entre commission des lois et commission des affaires sociales. Certains ne veulent pas aller plus loin que la loi Leonetti. Même si nous avons souhaité cette nuit aller plus loin que la commission des affaires sociales, nous soutiendrons son texte à présent, car nous ne voulons pas revenir sur ses acquis.

M. Gaëtan Gorce. – J'appelle chacun à la sérénité. Il y a pire critique que d'évoquer, non sans raison du reste, une argumentation byzantine ou un sophisme... Ne tournons pas le texte pour lui faire dire ce qu'il ne dit pas. Comme la loi Leonetti et dans son prolongement, il ne vise qu'à offrir une solution aux malades incurables en fin de vie, dont les souffrances sont réfractaires aux traitements. On est loin de l'introduction subreptice de l'euthanasie. Il s'agit juste de soulager les souffrances des patients.

M. Marc Daunis. – Ce débat mérite de la tenue. Ne cédon pas à la caricature. Jean Leonetti lui-même m'a avoué être conscient des limites de sa loi, qu'il a souhaité réviser par ce nouveau texte. J'imagine mal des médecins réveiller des patients pour leur demander s'ils veulent une sédation profonde et continue...

M. Gérard Roche. – J'entends que l'on soit contre l'euthanasie et je respecte les sensibilités de chacun. Mais revenons aux réalités vécues par les médecins. Il est difficile d'annoncer à un patient qu'il va mourir. Dans la plupart des cas, ceux qui sont visés par ce texte, on n'arrive pas, sans étapes, à un stade irréversible. Il y a déjà eu, auparavant, le diagnostic d'une maladie chronique, un cancer le plus souvent, puis une prise en charge thérapeutique, qui a pu

entraîner une amélioration, suivie des rechutes, enfin un long parcours de soins, avec, le plus souvent, une hospitalisation, et ce n'est qu'à son terme que la question de la sédation profonde et continue se pose. Les médecins ont l'expérience de ces situations, que ne reflète pas la description donnée par M. Bas. Faisons donc confiance aux équipes médicales ! *(Applaudissements à gauche et au centre)*

Mme Annie David. – Je ne saurais mieux dire... Je regrette l'orientation prise par les débats. Au-delà de nos désaccords, nous pourrions nous retrouver pour donner de nouveaux droits aux patients. Évitions les invectives. Mais peut-être certains n'ont-ils pas envie de voter ce texte et à minuit et demi nous devons ajourner le vote.

Si le groupe CRC a plutôt tendance, par nature, à privilégier le combat, il cherche ici un compromis. *(Applaudissements à gauche et au centre)*

M. Jean-Jacques Hyest. – Il n'est pas illégitime d'échanger des arguments. Les propos du président de la commission des lois sont juridiquement fondés. Tout « droit opposable », pour reprendre l'expression de Mme la ministre, qui a provoqué ce débat, soulève des risques, que nous connaissons. Voulons-nous judiciariser la fin de vie ? Pourquoi légiférer à nouveau ? Est-ce parce que nous n'avons pas su développer les soins palliatifs ? Pour protéger les médecins ? Disons-le alors !

M. Gérard Dériot, co-rapporteur. – Je l'ai dit !

M. Jean-Jacques Hyest. – La fin de vie, comme la vie même, n'est pas un processus continu. Il y a des hauts et des bas. Chacun doit chercher à vivre, sinon il s'agit d'un suicide, autant le dire aussi. *(Protestations sur plusieurs bancs à gauche)* Tout droit suppose des conditions d'exercice précises. Je crois à la responsabilité des équipes médicales. Je crois aux soins palliatifs, mais crains que la sédation profonde et continue ne s'y substitue. *(Applaudissements à droite)*

M. Michel Amiel, co-rapporteur. – La loi, en effet, doit penser aux médecins, dans une société de plus en plus judiciarisée, comme aux patients, et à la société dans son ensemble. Un acte comme la sédation profonde et continue doit être encadré. Je le rappelle, ce texte vise les patients en fin de vie, c'est-à-dire qui vont mourir dans les heures ou les jours qui suivent. Tous les médecins en ont l'expérience. Envisagez-vous vraiment de réveiller un patient sous sédation pour lui demander son avis ? Cette nuit, je disais que l'on change d'avis à l'approche de la mort. Pour autant, est-il opportun de réveiller un patient pour prolonger une sédation profonde et continue ?

M. Philippe Bas. – Ce n'est absolument pas ce que je préconise !

M. Michel Amiel, co-rapporteur. – C'est pourtant ce qui se passera si l'on enlève le mot « continue », comme le propose l'amendement de M. de Legge, ce qui aboutira, en toute logique, à une sédation « discontinue »... *(M. Philippe Bas proteste derechef)*

Les médecins ont besoin d'un texte, de sécurité juridique, pour encadrer des pratiques qui existent déjà. C'est pourquoi une nouvelle loi est nécessaire. Il ne serait pas conforme à l'éthique médicale, ni tout simplement humain, de supprimer l'adjectif « continue ». À mon tour d'appeler à la sérénité. On a parlé aujourd'hui d'arguments « byzantins », mais hier on traitait les miens d'arguties...

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. – Tout ce qui a été dit est juste. Les propos de M. Roche sont le produit de l'expérience : tous les médecins côtoient la mort.

La loi de 2002 a autorisé les patients à réclamer l'arrêt d'un traitement. Cela suppose des soins pour soulager la douleur. La loi Leonetti a reconnu le double effet, que nous avons évoqué en commission, mais peu mentionné en séance, reconnaissant que les soins palliatifs visaient à accompagner le patient jusqu'à la fin de la vie.

Si la sédation devait être non continue, cela supposerait que le patient se réveille périodiquement. Comment fera-t-on dans ce cas pour soulager le patient ?

M. Daniel Chasseing. – Oui, faisons confiance aux médecins, à leur pratique, et à ce que permet la loi Leonetti, un très bon texte, tout à fait suffisant, dans la plupart des cas. Elle autorise déjà le médecin à pratiquer la sédation, en augmentant les doses de morphine et de valium des patients en fin de vie, pour soulager leurs souffrances, qui peut entraîner des effets secondaires, qui sont bien connus. Aucun médecin ne réduira les doses pour réveiller le patient, donc le faire souffrir davantage... *(Applaudissements à droite)*

Mme Evelynne Yonnet. – J'ai le sentiment que l'on oublie la finalité de ce texte, dont le titre est pourtant explicite : proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Il ne s'agit pas de droit opposable à proprement parler, mais de droits « en faveur » des patients. Si la sédation n'était pas continue, ceux-ci souffriraient et je crois qu'à cet égard, les meilleurs médecins sont les patients eux-mêmes !

Bref, le débat que nous venons d'avoir est assez difficilement compréhensible. Rappelons que le but est de laisser le patient décider.

L'amendement n°59 rectifié est adopté.

M. Bruno Gilles. – On a souligné hier combien on manquait en France de soins palliatifs. Qui peut vraiment s'autoriser à décider de la fin de vie d'un patient à sa place ?

L'amendement n°4 rectifié n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°5 rectifié.

M. Daniel Chasseing. – Il faut préciser que l'hydratation peut continuer pendant la sédation profonde et continue.

M. Alain Milon, *président de la commission des affaires sociales*. – Nous l'avons précisé hier à l'article premier, inutile de nous répéter.

L'amendement n°49 rectifié est retiré.

Mme Dominique Gillot. – Je maintiens l'amendement n°102 rectifié, qui affirme un droit nouveau des patients. La confiance des Français à l'égard des médecins oblige ces derniers. On sait d'ailleurs que, dans le colloque singulier entre le patient et son médecin, celui-ci accède parfois à cette demande fondamentale.

L'amendement n°102 rectifié n'est pas adopté.

L'amendement n°60 est retiré.

M. Daniel Chasseing. – Puisque la sédation sera continue...

Mme la présidente. – Non, dès lors que le Sénat a adopté l'amendement n°59 rectifié.

M. Daniel Chasseing. – Soit.

*L'amendement n°50 rectifié est retiré,
ainsi que les amendements n°61 rectifié,
74 rectifié et 25 rectifié.*

L'amendement n°51 rectifié bis n'est pas adopté.

M. Dominique de Legge. – Je rectifie à nouveau l'amendement n°62 rectifié *bis* pour enlever le mot « très ».

Mme la présidente. – Ce sera l'amendement n°62 rectifié *ter*.

M. Alain Milon, *président de la commission des affaires sociales*. – La commission demeure défavorable.

Mme Marisol Touraine, *ministre*. – Le Gouvernement aussi.

M. Philippe Bas. – Il s'agit à l'alinéa 4 d'un patient, non à l'agonie, mais en état végétatif. Si cet amendement est adopté, l'alinéa 4 ne se justifie plus. N'introduisons pas de confusion.

M. Dominique de Legge. – Soit.

L'amendement n°62 rectifié ter est retiré.

Mme Dominique Gillot. – Je maintiens l'amendement n°37 rectifié qui réaffirme que la volonté du malade prime celle des médecins.

L'amendement n°37 rectifié n'est pas adopté.

M. Dominique de Legge. – Je voterai l'amendement n°83 rectifié de Mme David.

L'amendement n°83 rectifié est adopté

M. Dominique de Legge. – Le Gouvernement veut-il bien nous apporter des garanties sur le suivi médical en cas de sédation à domicile ?

Mme Marisol Touraine, *ministre*. – Le plan triennal doit répondre aux attentes de ceux qui souhaitent

rester à domicile et ont besoin de soins palliatifs. À domicile et en Ehpad, l'accompagnement de la fin de vie est aujourd'hui très insuffisant. Sans issue thérapeutique possible, pourquoi hospitaliser le patient plutôt que de le maintenir dans un environnement familial et rassurant ? Ce n'est pas pour autant qu'il s'agirait de laisser la personne seule. Nous ne mettons nullement en cause l'accompagnement, nous voulons que la personne puisse rester chez elle à un moment où l'hospitalisation n'apporte plus rien.

*Les amendements n°63 rectifié, 68 rectifié
et 23 rectifié sont retirés*

L'amendement n°52 rectifié n'est pas adopté

M. Charles Revet. – Je maintiens l'amendement n°7 car l'ordre des médecins n'a été consulté que sur le texte initial.

M. Michel Amiel, *co-rapporteur*. – Selon l'article 47 du code de déontologie, hors cas d'urgence et sauf à manquer à ses devoirs d'humanité, un médecin peut refuser des soins.

M. Alain Milon, *président de la commission des affaires sociales*. – Plus besoin de clause, puisque la sédation ne sera pas continue – ce qui ne rassurera pas les médecins.

M. Philippe Bas. – Notre rédaction n'empêche pas que la sédation soit continue, comme ce sera très probablement le cas dans la plupart des situations.

*L'amendement n°7 est retiré
ainsi que l'amendement n°64 rectifié*

M. René-Paul Savary. – Je ne suis pas convaincu. Lors de l'audition de MM. Claeys et Leonetti, le 15 avril dernier, il s'agissait de permettre à un patient, dont le pronostic vital est engagé à court terme et dont la souffrance est réfractaire à tout autre traitement, de dormir jusqu'à sa mort pour ne pas assister à ce « drame tragique ». Cette loi crée un droit opposable à la sédation, mais rien ne changera dans les Ehpad, à domicile, dans les territoires mal dotés, partout où les moyens manquent ! Je doute encore qu'il faille toucher à la loi Leonetti, et m'abstiendrai.

M. Georges Labazée. – Du fait de l'adoption de l'amendement n°59 rectifié, le groupe socialiste et républicain ne votera pas l'article 3.

Mme Annie David. – En effet, cet amendement dénature cet article, nous voterons contre.

Mme Corinne Bouchoux. – J'ai peut-être mal compris mais je ne retrouve pas dans ce texte la notion de droit opposable. L'amendement de M. de Legge constitue un nouveau recul, le groupe écologiste ne pourra voter cet article.

M. Alain Milon, *président de la commission des affaires sociales*. – Hier, nous parlions déjà de la nécessité de généraliser les soins palliatifs. Pour que les amendements votés soient appliqués, il faudra voter le budget des soins de suite et de réadaptation, à l'occasion du PLFSS.

Je demande une suspension de séance avant le vote.

M. Michel Amiel, co-rapporteur. – Il est exagéré de dire que l'article 3 a été dénaturé. Il permet toujours de soulager les patients en fin de vie. Il est dommage que les tenants de l'euthanasie votent contre. Avec les notions de fin de vie, de pronostic engagé à court terme et de souffrance réfractaire, cet article consolide la loi Leonetti. Ouvrir la possibilité de finir ses jours ailleurs qu'à l'hôpital, c'est le meilleur moyen d'inciter le Gouvernement à débloquer les moyens nécessaires.

M. Bruno Retailleau. – Je demande aussi une suspension.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Un droit, par définition, on peut s'en réclamer, madame Bouchoux. Mais le droit des patients n'est pas défini abstraitement, il n'est ouvert que dans des conditions particulières, inscrites dans le texte. Il ne suffit pas d'être malade et d'aller frapper à la porte d'un médecin. Certains auraient voulu que soit possible un tel suicide assisté ou une euthanasie. Mais il ne s'agit pas du tout de cela ici, il s'agit de patients dont le pronostic vital est engagé à court terme, atteints de maladies incurables, dont les souffrances sont réfractaires à tout traitement, et qui en ont exprimé la volonté. On est très loin du suicide assisté.

Oui, ce texte donne un droit aux patients et impose une nouvelle obligation aux médecins, comme l'avait fait la loi de 2002. Cette obligation s'inscrit pleinement dans la prise en charge des malades.

Ce droit nouveau, qui ne constitue pas une rupture, ne doit pas pour autant être sous-estimé.

La séance, suspendue à 18 h 5, reprend à 18 h 15.

À la demande du groupe UDI-UC, l'article 3, modifié, est mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici le résultat du scrutin n°205 :

| | |
|-----------------------------------|-----|
| Nombre de votants..... | 336 |
| Nombre de suffrages exprimés..... | 333 |
| Pour l'adoption..... | 187 |
| Contre..... | 146 |

Le Sénat a adopté.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Quelques mots pour éclairer le sens du vote : il ne permet pas de faire avancer les droits des patients en fin de vie. L'article 3 et la proposition de loi ont été vidés de leurs sens. Que personne, hors de cet hémicycle, ne croie qu'un consensus a été trouvé.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. – Je prends acte de ce vote mais j'insiste pour dire que je le regrette.

(Applaudissements sur les bancs écologistes et du groupe socialiste et républicain)

ARTICLE 4

L'amendement n°75 rectifié est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°30 rectifié, présenté par Mme Gatel et les membres du groupe UDI-UC.

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

Mme Françoise Gatel. – Texte même.

M. Michel Amiel, co-rapporteur. – Chacun est convaincu de la nécessité de développer les soins palliatifs, y compris à domicile. Retrait ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – Avis défavorable.

L'amendement n°30 est retiré.

L'amendement n°123 n'est pas défendu, non plus que l'amendement n°124.

Mme la présidente. – Amendement n°65 rectifié, 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, 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, Hyst, Saugey 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.

Alinéa 4, première phrase

Après le mot :

effet

insérer le mot :

secondaire

M. Dominique de Legge. – Précisons que le traitement a pour objet d'alléger la souffrance, même s'il peut avoir pour effet secondaire d'abrèger la vie.

M. Michel Amiel, co-rapporteur. – Avis très défavorable, la mort n'est pas un effet secondaire.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis.

M. Dominique de Legge. – Quelle différence faites-vous entre « défavorable » et « très défavorable » ? Je retire l'amendement dans un esprit d'apaisement.

M. Alain Milon, *président de la commission des affaires sociales*. – Admettre que la mort est un effet secondaire, c'est condamner le médecin à tuer.

L'amendement n°65 rectifié est retiré.

L'article 4 est adopté.

ARTICLE 4 BIS (Supprimé)

Mme la présidente. – Amendement n°45, présenté par Mmes Bouchoux, Archimbaud, Benbassa et Blandin, MM. Dantec, Desessard, Gattolin, Labbé et Placé et Mme Aïchi.

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. »

Mme Corinne Bouchoux. – Je suis troublée. L'adoption de l'amendement n°59 rectifié marque la victoire politique d'une vision ultraconservatrice. (*Protestations à droite*)

Mme Nicole Bricq. – Eh, à raison !

Mme Corinne Bouchoux. – Mon amendement semble dès lors un peu décalé... L'article 15 de la loi du 22 avril 2005 prévoit un bilan de la politique de développement des soins palliatifs tous les deux ans. Or cette disposition n'a jamais été appliquée, ce que regrette la Cour des comptes dans son rapport de février 2015. Le fait que l'on n'ait jamais réalisé de bilan ne justifie pas qu'on abandonne l'objectif d'en faire un. Les agences régionales de santé jouent un rôle structurant ; pour limiter les inégalités territoriales, confions-leur la réalisation d'un tel bilan, remis à la Conférence régionale de santé.

M. Michel Amiel, *co-rapporteur*. – Nous trouvons le dispositif un peu lourd, aussi que l'observatoire de la fin de vie aurait pu se charger de l'évaluation... Sagesse, cependant.

Mme Marisol Touraine, *ministre*. – D'autres démarches d'évaluation de l'offre de soins palliatifs sont possibles. Mais les Français sont nombreux à attendre les avancées de cette proposition de loi et votre démarche répond à leurs attentes : avis favorable.

Mme Annie David. – Les attentes sont nombreuses, en effet, et risquent d'être déçues par le

texte adopté par le Sénat. Cet amendement crée un outil approprié : nous le voterons.

M. Georges Labazée. – Nous proposons souvent la remise de rapports, c'est vrai, mais certains sont utiles : nous soutiendrons cet amendement.

M. Jean-Claude Requier. – Je ne suis pas partisan de multiplier les rapports. Je voterai néanmoins cet amendement. Ce serait encore mieux si le rapport ne se contentait pas d'une évaluation mais aboutissait à une programmation...

*L'amendement n°45 est adopté ;
l'article 4 bis est rétabli.*

ARTICLE 5

L'amendement n°126 n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°76 rectifié, présenté par MM. Barbier, Bertrand, Collin, Collombat, Fortassin et Hue, Mme Laborde et MM. Mézard et Requier.

Alinéa 3

Après les mots :

Toute personne

insérer le mot :

majeure

M. Gilbert Barbier. – Le droit au refus de traitement ne saurait s'appliquer aux personnes mineures.

M. Michel Amiel, *co-rapporteur*. – Avis défavorable à titre personnel, mais avis favorable de la commission des affaires sociales.

Mme Marisol Touraine, *ministre*. – Les soignants ont les mêmes obligations vis-à-vis de tous leurs patients. Lorsque le malade est mineur, ses parents le représentent mais il doit pouvoir exprimer sa volonté. Avis défavorable.

L'amendement n°76 rectifié n'est pas adopté.

L'amendement n°127 n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°70 rectifié, 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, Hyst, 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.

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,

M. Dominique de Legge. – Je souhaite rectifier cet amendement, pour retirer le terme « psychologique ».

Mme la présidente. – Il devient l'amendement n°70 rectifié bis.

L'amendement n°66 rectifié bis est retiré.

L'amendement n°151 n'est pas défendu.

M. Michel Amiel, co-rapporteur. – Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Avis défavorable.

M. Dominique de Legge. – On a parlé tout à l'heure d'un climat de confiance. Celle-ci ne se décrète pas. Cet amendement apporte une précision utile, qui peut rassurer ; je le maintiens.

M. Michel Amiel, co-rapporteur. – Cet amendement ouvre la boîte de Pandore. On trouvera toujours un moyen de soutenir que le patient n'a pas toutes ses capacités.

Après une épreuve à main levée déclarée douteuse, l'amendement n°70 rectifié, mis aux voix par assis et levé,
n'est pas adopté.

L'amendement n°132 n'est pas défendu.

L'article 5 est adopté.

L'article 6 est adopté.

L'article 7 demeure supprimé.

ARTICLE 8

L'amendement n°128 n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°46, présenté par Mmes Bouchoux, Archimbaud, Benbassa et Blandin et MM. Dantec, Desessard, Gattolin, Labbé et Placé.

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.

Mme Corinne Bouchoux. – Défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°14, présenté par M. Pillét, au nom de la commission des lois.

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.

M. François Pillét. – Il s'agit toujours de s'assurer de la réalité et du contenu de la volonté du patient. Les

directives anticipées peuvent avoir été rédigées longtemps avant leur mise en œuvre. Pour garantir que la volonté du patient soit respectée, les directives anticipées doivent être révocables par tout moyen -verbalement, par vidéo ou message téléphonique oral ou écrit...- et non seulement sous réserve que le parallélisme des formes soit respecté.

Les amendements n°s 129, 130 et 152 ne sont pas défendus.

Mme la présidente. – Amendement n°67 rectifié, présenté par MM. de Legge, Sido, Reichardt, Mouiller, 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, 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 Hiest, 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.

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.

M. Dominique de Legge. – Nous sommes opposés à l'opposabilité des directives anticipées ; le médecin doit les prendre en compte les directives anticipées mais conserver son pouvoir d'appréciation.

Mme la présidente. – Amendement n°8, présenté par M. Revet.

Alinéa 4, première phrase

Remplacer les mots :

s'imposent au

par les mots :

sont une aide pour le

M. Charles Revet. – La situation de la personne qui a rédigé une directive anticipée peut être tout à fait différente lorsque le médecin est susceptible d'en faire l'application. Dès lors, si le patient n'est pas en état de décider, le médecin doit pouvoir consulter la personne de confiance ou la famille.

M. Gérard Dériot, co-rapporteur. – Avis défavorable à l'amendement n°46 : toute directive formulant une demande d'assistance médicalisée à mourir est illégale. Le décret du 6 février 2006, pris en application de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, précise que la révocation des directives anticipées est possible à tout moment sans formalité : avis favorable à son élévation au niveau législatif par l'amendement n°14.

L'amendement n°67 rectifié est contraire à l'esprit de la loi et remet en cause le contenu même de l'article 8. Les directives anticipées sont opposables, sauf exceptions prévues par la loi. Avis défavorable.

Avis défavorable à l'amendement n°8 pour les mêmes raisons.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Avis défavorable à l'amendement n°46 pour des raisons évidentes, le texte a une logique différente.

Sagesse sur l'amendement n°14 ; il va de soi que le patient peut révoquer une directive anticipée à tout moment et par tout moyen, mais je conçois que la proposition puisse rassurer.

Avis défavorable aux amendements n°67 rectifié et 8, qui sont contraires à l'esprit du texte.

L'amendement n°46 n'est pas adopté.

L'amendement n°14 est adopté.

L'amendement n°67 rectifié, mis aux voix par assis et levé, est adopté.

L'amendement n°8 devient sans objet.

Mme la présidente. – Amendement n°21 rectifié, présenté par Mme Duranton, M. Laufoaulu, Mmes Deromedi, Mélot et Deroche et MM. Husson, G. Bailly et Houel.

Alinéa 4, après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Ces directives ne peuvent contenir des dispositions contraires au code de déontologie médicale.

Mme Nicole Duranton. – Les directives anticipées ont vocation à s'imposer au médecin. Bien que des cas soient prévus qui permettent au médecin de se dégager de son obligation, celui-ci est soumis au code de déontologie médicale.

L'amendement n°131 n'est pas défendu.

M. Gérard Dériot, co-rapporteur. – Une telle précision est inutile : la norme de valeur législative ou réglementaire primera toujours sur les souhaits individuels. Aucune demande illégale ne sera appliquée sauf pour son auteur à être en situation d'infraction pénale. Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – On n'imagine pas des médecins se livrer à des actes contraires au code de déontologie... Avis défavorable.

M. Gilbert Barbier. – C'est arrivé à Perpignan !

L'amendement n°21 rectifié est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°15, présenté par M. Pillet, au nom de la commission des lois.

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,

M. François Pillet, rapporteur pour avis. – Nous faisons du mauvais travail... Sans dispositions de coordination, nous allons aboutir à un texte pour le moins bizarre... Alors que nous venons d'adopter un amendement limitant la portée des directives anticipées, nous examinons maintenant des exceptions à leur caractère opposable...

Avec la suppression de la durée de leur validité, le médecin peut se retrouver face à des directives anciennes, dont l'auteur a pu, depuis, exprimer des souhaits différents. La commission des affaires sociales a écarté l'expression « manifestement inappropriées », imprécise. Avec l'amendement de la commission des lois et le sous-amendement de son homologue saisie au fond, le texte devient cohérent.

Mme la présidente. – Sous-amendement n°155 à l'amendement n°15 de M. Pillet, au nom de la commission des lois, présenté par M. Dériot, au nom de la commission des affaires sociales.

Amendement n° 15, alinéa 5

Après le mot:

sérieuse

insérer les mots:

au regard du dernier état connu de la volonté du patient

M. Gérard Dériot, co-rapporteur. – On peut se demander si ce que nous avons fait depuis deux mois et faisons encore sert à quelque chose...

Le médecin doit prendre en compte le dernier état de la volonté du patient, qui n'est pas forcément celui reflété par des directives anticipées qui peuvent être anciennes. L'amendement n°15 prévoit qu'elles seront écartées en cas de doute sérieux sur sa validité ; sa rédaction est trop générale, qui couvre l'ensemble des conditions de validité. D'où le sous-amendement.

L'amendement n°153 n'est pas défendu.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Avis défavorable, indépendamment des considérations légistiques... Il va de soi que le dernier état de la volonté de la personne doit être pris en compte ; c'est le décret en Conseil d'État pris pour l'application de cet article qui s'en assurera. On n'imagine pas qu'un médecin se réfère à des directives anticipées anciennes manifestement contradictoires avec la volonté des patients qu'il traite... L'amendement est superfétatoire.

M. René-Paul Savary. – A l'évidence, les interprétations divergent. Non, monsieur le rapporteur, notre travail n'est pas inutile. Le médecin a un cerveau, il prend en compte les préoccupations de ses

malades. On ne lui impose pas des protocoles, il les applique en fonction des situations et des principes déontologiques. Ce que nous proposons n'est pas antinomique avec la rédaction de la commission.

M. Philippe Bas. – La rapporteur de la commission des lois a raison : l'amendement n°67 rectifié prive de sens la deuxième phrase de l'alinéa 4. Avant de la modifier, il faudrait s'assurer de sa conformité avec la première... Heureusement que nous avons le bicamérisme pour améliorer la rédaction de la loi !

Monsieur Pillet vise par l'amendement n°15 deux types de situation : d'une part, la contestation de la validité des directives anticipées au regard de la volonté du patient ; d'autre part, au regard de la situation médicale du patient. Le sous-amendement n°155 n'est pas opportun.

M. Michel Amiel, co-rapporteur. – L'article est dans les faits totalement vidé de sa substance. Les directives anticipées n'ont plus la portée que leur conférerait le texte adopté par la commission des affaires sociales.

Le sous-amendement n°155 n'est pas adopté.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. – La commission des affaires sociales est dès lors défavorable à l'amendement n°15 non modifié.

L'amendement n°15 n'est pas adopté.

L'amendement n°16 devient sans objet, de même que l'amendement n°156.

Mme la présidente. – Amendement n°84 rectifié, présenté par Mme David, M. Abate, Mmes Assassi et Beauvils, 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.

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.

Mme Annie David. – Cette proposition de loi avait pour principale avancée de rendre contraignantes les directives anticipées. Or un amendement de la commission des affaires sociales exclut cette hypothèse si la situation médicale du patient ne correspond plus aux circonstances visées par les directives. Cela réduirait considérablement la portée de celles-ci comme du texte.

Cet amendement renforce le rôle de la personne de confiance dans la procédure collégiale, en lui donnant le pouvoir de statuer en dernier ressort. Elle est la plus à même d'interpréter les directives. Cela suppose la transmission du dossier médical.

M. Gérard Dériot, co-rapporteur. – Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Cet amendement est troublant : l'avis de la personne de confiance primerait la volonté du patient exprimée dans les directives anticipées... Lorsqu'elles existent, il faut en tenir compte. Retrait ?

Mme Annie David. – Cet amendement visait uniquement à faire prévaloir l'avis de la personne de confiance, dans le respect des directives anticipées, sur l'avis des médecins. La parole de la personne de confiance était mieux entendue dans le texte de l'Assemblée nationale. Mais s'il y a confusion, je retire l'amendement et le retravaillerai.

L'amendement n°84 rectifié est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°17, présenté par M. Pillet, au nom de la commission des lois.

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.

M. François Pillet, co-rapporteur. – Le texte supprime la durée de validité des directives anticipées. Rappeler régulièrement leur existence à leur auteur garantirait la fiabilité du dispositif.

M. Gérard Dériot, co-rapporteur. – En effet, plusieurs décennies peuvent s'écouler entre la rédaction des directives anticipées et leur mise en œuvre : avis favorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Cette précision est réglementaire. Sagesse.

L'amendement n°17 est adopté.

Nominations à une éventuelle CMP

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 ; n'ayant reçu aucune opposition, je proclame représentants du Sénat à cette éventuelle commission mixte paritaire, comme membres titulaires, Mme Catherine Troendlé, M. François Zocchetto, Mme Catherine di Folco, MM. Jean-Pierre Vial, Jean-Pierre Sueur, Philippe Kaltenbach et Mme Cécile Cukierman ; comme membres suppléants, MM. François Bonhomme, François-Noël Buffet, Pierre-Yves Collombat, Yves Détraigne, Roger Madec, André Reichardt et 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.

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, transmis aux commissions des affaires économiques et du développement durable.

Délégations (*Nominations*)

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'ayant reçu aucune opposition, je déclare cette candidature ratifiée et je proclame M. Alain Vasselle, membre de la délégation à la prospective, M. Jean-Patrick Courtois, démissionnaire d'office de son mandat de sénateur.

En outre, je rappelle au Sénat que le groupe Les Républicains a présenté une candidature pour la commission des lois.

Le délai prévu par l'article 8 du Règlement est expiré. La présidence n'ayant reçu aucune opposition, je déclare cette candidature ratifiée et je proclame Mme Marie Mercier, membre de la commission des lois en remplacement de M. Jean-Patrick Courtois, démissionnaire d'office de son mandat de sénateur.

La séance est levée à 19 h 25.

PRÉSIDENCE DE M. HERVÉ MARSEILLE,
VICE-PRÉSIDENT

La séance reprend à 21 h 15.

Conférence des présidents

M. le président. – Je vais vous donner lecture des conclusions de la conférence des présidents qui s'est réunie ce soir.

L'ordre du jour de la présente semaine sénatoriale demeure inchangé.

Celui de la semaine gouvernementale du 22 juin l'est également sous réserve d'une modification

consistant en l'inscription des conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi relatif au renseignement à l'ordre du jour du mardi 23 juin, à 16 heures.

En outre, la séance du jeudi 25 juin 2015 débutera à 11 heures 30.

Les lundi 29 juin 2015 et mardi 30 juin 2015 sont réservés par priorité au Gouvernement.

Lundi 29 juin 2015

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.

Mardi 30 juin 2015

À 14 heures 30 :

- Explications de vote des groupes sur le projet de loi relatif au dialogue social et à l'emploi.

De 15 heures 15 à 15 heures 45 :

- Vote par scrutin public sur ce projet de loi.

À 15 heures 45 :

- Proclamation du résultat du scrutin public sur ce projet de loi.

À 16 heures et le soir :

- Sous réserve de sa transmission, nouvelle lecture du projet de loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques.

- Clôture de la session ordinaire 2014-2015.

Session extraordinaire 2014-2015

Mercredi 1^{er} juillet 2015

À 14 heures 30, après l'ouverture de la session extraordinaire 2014-2015, le soir et la nuit ;

Jeudi 2 juillet 2015

À 10 heures 30, à 16 heures 15, après les questions d'actualité au Gouvernement, et le soir ;

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 :

- Questions orales.

À 14 heures 30, le soir et, éventuellement, la nuit :

- Éloge funèbre de Jean Germain ;
- Deux conventions internationales en forme simplifiée ;
- Sous réserve de sa transmission, nouvelle lecture de la proposition de loi tendant à faciliter l'inscription sur les listes électorales ;
- Sous réserve de sa transmission, nouvelle lecture du projet de loi relatif à la réforme du droit d'asile.

Mercredi 8 juillet 2015

À 14 heures 30, le soir et, éventuellement, la nuit :

- Projet de loi actualisant la programmation militaire pour les années 2015 à 2019 et portant diverses dispositions concernant la défense.

Jeudi 9 juillet 2015

À 10 heures 30 :

- Nouvelle lecture du projet de loi relatif à la transition énergétique pour la croissance verte.

À 14 heures 30 et le soir :

- 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 ;
- Sous réserve de sa transmission, projet de loi autorisant l'approbation de l'accord France-États-Unis sur l'indemnisation de certaines victimes de la Shoah déportées depuis la France, non couvertes par des programmes français ;

- 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 :

- 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.

De 15 heures 15 à 15 heures 45 :

- Vote par scrutin public sur ce projet de loi.

À 15 heures 45 :

- Proclamation du résultat du scrutin public sur ce projet de loi.

À 16 heures, le soir et la nuit :

- Sous réserve de sa transmission, projet de loi autorisant l'approbation du protocole additionnel à la

convention d'entraide judiciaire en matière pénale France-Maroc ;

- 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 ;

- 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 :

- Une convention internationale en forme simplifiée ;

- Suite de la nouvelle lecture du projet de loi relatif à la transition énergétique pour la croissance verte.

À 15 heures :

- Questions d'actualité au Gouvernement.

À 16 heures 15 et le soir :

- 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.

Mardi 21 juillet 2015

À 9 heures 30 :

- Questions orales.

À 14 heures 30 :

- Éventuellement, suite de la nouvelle lecture du projet de loi relatif au dialogue social et à l'emploi.

Le soir :

- 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.

Mercredi 22 juillet 2015

À 14 heures 30, le soir et, éventuellement, la nuit :

- 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 ;

- Conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi portant nouvelle organisation territoriale de la République ou nouvelle lecture.

Jeudi 23 juillet 2015

À 10 heures 30, à 14 heures 30 et le soir

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.

Au cas où nous n'aurions pas terminé l'examen des articles de la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie avant 0 heures 30, nous le poursuivrons **lundi 22 juin 2015 à 14 heures 30**, en accord avec le Gouvernement.

L'ordre du jour est ainsi réglé.

Malades en fin de vie (Suite)

Discussion des articles (Suite)

M. le président. – Nous reprenons l'examen 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 en étions parvenus à l'amendement n°38 rectifié *bis* au sein de l'article 8.

ARTICLE 8 (Suite)

M. le président. – Amendement n°38 rectifié *bis*, présenté par Mme D. Gillot et les membres du groupe socialiste et républicain.

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.

Mme Dominique Gillot. – Cet article 8 renforce les directives anticipées, c'est l'une des avancées de cette proposition de loi. Elles seront désormais conservées dans un registre national, ce qui facilitera leur accès.

Cependant, pour rendre ce dispositif opérant, prévoyons d'inscrire ces directives anticipées sur la carte vitale et dans le dossier médical, avec l'accord du patient. Cela évitera des recherches en cas d'urgence vitale.

M. Gérard Dériot, co-rapporteur. – La piste est intéressante pour l'avenir. Toutefois, mieux vaudrait porter cette inscription dans le dossier médical partagé pour des raisons techniques – la carte vitale ne contient que des informations administratives à destination de l'assurance maladie. Retrait, sinon avis défavorable. Qu'en pense le Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – Oui, cette mesure est intéressante ; je ne peux pourtant y donner un avis favorable. L'exigence de confidentialité commande la création d'un registre contrôlé par la Cnil.

Aujourd'hui, votre carte vitale peut être utilisée par vos ayants droit... Ces derniers auraient accès à vos directives anticipées. Nous préparons des études à lancer pour trouver le dispositif le plus sécurisé et plus simple à gérer. Retrait ?

Mme Dominique Gillot. – Soit. Évitions néanmoins de sacraliser des directives anticipées qui seront discutées en famille. À mon sens, l'exigence de confidentialité est invoquée de manière excessive pour refuser cet amendement. J'ai encore en tête l'exemple des greffons. Ainsi, nous devons populariser les directives anticipées en les inscrivant sur la carte vitale. Je propose qu'il en soit de même pour la personne de confiance. Ce serait utile si une personne atteinte de sclérose en plaques ou de la maladie de Charcot, par exemple, meurt dans un accident de voiture, le personnel médical saurait ainsi immédiatement quoi faire.

L'amendement n°38 rectifié bis est retiré.

Mme Isabelle Debré. – Lors de l'audition de Sophie Caillat-Zucman, candidate à la présidence de l'agence de biomédecine, j'avais posé la même question : comment faire en sorte que les proches soient informés de la volonté de la personne concernée de donner ou non ses organes ? Cette volonté doit figurer quelque part. Dans la carte vitale, que tout le monde porte sur soit, ce serait une bonne chose.

M. le président. – Amendement n°77, présenté par M. Barbier.

Alinéa 7

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Le médecin traitant informe ses patients, à leur demande, des conditions de rédaction de directives anticipées.

M. Gilbert Barbier. – Est-ce au médecin de prendre l'initiative de proposer au patient de rédiger des directives anticipées ?

Il serait préférable que le médecin se joigne plutôt au questionnement du patient.

M. le président. – Amendement n°42 rectifié *bis*, présenté par Mme D. Gillot et les membres du groupe socialiste et républicain.

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.

Mme Dominique Gillot. – Comment populariser les directives anticipées ? J'ai pensé à la journée défense et citoyenneté qui est aussi un moment important d'information à la santé avec un apprentissage aux premiers secours, une sensibilisation aux dons d'organe, de sang et de moelle osseuse. Dans la même veine, on pourrait délivrer une information sur les directives anticipées.

M. Gérard Dériot, co-rapporteur. – Avis favorable à l'amendement n°77. Soit, le projet de loi de modernisation de la santé prévoit un dépistage systématique de la surdité. Mais évitons de multiplier les informations données durant la journée défense et citoyenneté, qui est déjà lourde et longue.

Avis défavorable à l'amendement n°42 rectifié *bis*.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Pourquoi enserrer ainsi la relation entre le médecin et le patient ? Avis défavorable à l'amendement n°77. Les directives anticipées peuvent également servir à informer les médecins que l'on ne souhaite pas qu'il soit mis un terme à ses souffrances... Je suis sensible aux propos du rapporteur Dériot sur la journée défense et citoyenneté. Pour autant, on y donne déjà une information sur le don de sang et d'organes. Avis favorable à l'amendement n°42 rectifié *bis*.

M. Daniel Raoul. – Bravo !

Mme Isabelle Debré. – Le texte de la commission comme l'amendement de M. Barbier me gênent : il faudrait écrire « peut informer » pour lever toute insécurité juridique pesant sur les médecins, sans restreindre pour autant l'information des patients aux seuls cas où ils en feraient la demande.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. – J'enfile ma casquette de rapporteur pour avis sur le budget de la défense et des anciens combattants. La journée défense et citoyenneté doit d'abord être un moment de sensibilisation à la défense. Je suis de ceux qui pensent que ce moment doit être étendu à plusieurs semaines. Si tel était le cas, nous pourrions donner une information sur les directives anticipées. À titre personnel, je ne voterai pas l'amendement n°42 rectifié *bis*.

M. Daniel Raoul. – L'amendement de M. Barbier me convient mieux : l'initiative doit revenir au patient pour établir une relation de confiance. J'ajoute que d'autres professionnels que le médecin traitant peuvent délivrer cette information. Ce n'est pas lui qui est en première ligne lors d'un cancer, par exemple.

M. Daniel Chasseing. – La formulation « le médecin peut informer » me semble également moins restrictive, donc plus opportune.

Mme Françoise Gatel. – Seuls 2,5 % de nos concitoyens ont rédigé des directives anticipées. On imagine mal le médecin, lors d'une consultation banale, dire au patient : « Au fait, il existe des

directives anticipées... » Je soutiens la proposition amendée de Mme Debré. (*M. Georges Labazée s'impatiente*)

M. Joël Guerriau. – Que vient faire ici cet amendement ? Ce n'est pas à la loi de s'immiscer dans ce domaine. Faisons confiance aux médecins et laissons les choses se faire naturellement. Sans quoi, le patient suspectera que le médecin lui cache quelque chose de grave.

Mme Dominique Gillot. – Les directives anticipées ne précipitent ni la maladie ni la mort. Elles ne sont pas réservées aux personnes âgées ou malades. Faisons preuve d'imagination pour diffuser le plus largement possible l'information. Nous partons de loin. Outre les médecins, d'autres acteurs peuvent intervenir : le ministère avec des campagnes de publicité mais aussi les militaires durant les journées défense et citoyenneté. Arrêtons de dramatiser les directives anticipées !

M. Jean-Noël Cardoux. – Essayons de nous projeter et de prendre conscience de ce que nous votons.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. – En effet !

M. Jean-Noël Cardoux. – Dans une société procédurière comme la nôtre, même si elle n'atteint pas les excès des États-Unis à cet égard, le médecin fera signer une décharge de responsabilité au patient prouvant que l'information a été communiquée. Soit, l'amendement n°77 inverse la charge de la preuve. Cependant, la famille cherchera à savoir si c'est bien le patient qui a pris l'initiative.

L'amendement n°77 est adopté.

L'amendement n°42 rectifié bis devient sans objet.

Mme Dominique Gillot. – Non ! Mon amendement complète l'alinéa 7.

M. le président. – Il aurait fallu insérer un alinéa supplémentaire.

M. François Pillet, rapporteur pour avis. – Ce sera pour la deuxième lecture.

M. le président. – Avec compréhension et souplesse, considérons que l'amendement n°42 rectifié *bis* est rectifié. Ce sera l'amendement n°42 rectifié *ter*.

Amendement n°42 rectifié *ter*, présenté par Mme D. Gillot et les membres du groupe socialiste et républicain.

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.

M. Gérard Dériot, co-rapporteur. – Curieux procédé au regard du Règlement... Mieux vaut faire les choses dans les formes en deuxième lecture. Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Avis favorable.

M. Dominique de Legge. – Soyons un peu sérieux ! Nous avons affaire à des jeunes qui ont vingt ans ! (*Protestations à gauche*) On les sensibilise à des enjeux géopolitiques, à l'importance de la défense, à la santé publique. Arrêtons là, sinon on va tuer la journée défense et citoyenneté.

L'amendement n°42 rectifié ter n'est pas adopté.

M. le président. – 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.

Alinéa 8

Supprimer cet alinéa.

M. Philippe Mouiller. – Cet amendement, rédigé avec les personnes handicapées, aligne leurs droits sur ceux des personnes en fin de vie.

L'amendement n°18 de la commission me donnera satisfaction. Je m'incline.

L'amendement n°10 rectifié ter est retiré.

L'amendement n°31 n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°97 rectifié, présenté par Mme Garriaud-Maylam et M. Guerriau.

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.

M. Joël Guerriau. – Cet amendement garantira la liberté des personnes sous tutelle -elles pourront rédiger des directives anticipées- et leur protection avec l'obligation d'un certificat médical.

M. le président. – Amendement n°18, présenté par M. Pillet, au nom de la commission des lois.

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.

M. François Pillet, co-rapporteur. – Cet amendement, important pour la cohérence de notre législation, limite l'application du régime spécial d'autorisation prévu par cet article aux personnes placées sous tutelle.

En effet, la curatelle ou la sauvegarde de justice n'interdisent pas à la personne de rédiger des directives dans les conditions du droit commun.

Nul besoin d'un certificat médical obligatoire ; au juge d'apprécier.

M. le président. – Amendement n°53 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Barbier et Commeinhes, Mme Lamure et MM. Vogel, Mézard, Requier et Gremillet.

Alinéa 8, seconde phrase

Remplacer le mot :

peut

par le mot :

doit

M. Daniel Chasseing. – Une personne faisant l'objet d'une mesure de protection juridique doit être accompagnée dans la rédaction des directives anticipées.

M. le président. – Amendement n°78 rectifié, présenté par MM. Barbier, Bertrand, Collin, Collombat et Fortassin, Mmes Laborde et Malherbe et MM. Mézard et Requier.

Alinéa 8, seconde phrase

Remplacer les mots :

peut prévoir

par le mot :

prévoit

M. Gilbert Barbier. – M. Pillet m'ayant convaincu, je me rallie à son amendement n°18.

L'amendement n°78 rectifié est retiré.

M. Gérard Dériot, co-rapporteur. – En effet, l'amendement n°18 peut rassembler tous les auteurs de ces amendements. De fait, l'alinéa 8 soulève une réelle difficulté au regard du code civil qui soumet les personnes sous protection juridique -hors tutelle- au droit commun pour l'écriture des directives anticipées. De plus, l'article 8 prévoit l'assistance ou la substitution par une personne pour les personnes sous tutelle, ce qui est éminemment contraire au caractère personnel que revêt l'écriture des directives anticipées. D'où ma demande de retrait des amendements n°10 rectifié *ter* et 97 rectifié au bénéfice de l'amendement n°18. *Idem* pour l'amendement n°53.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Si je comprends votre position, avis défavorable car la Chancellerie considère que le contrôle du juge doit être conservé pour les personnes placées sous tutelle, mais aussi sous curatelle -sujettes à des variations d'humeur.

M. Joël Guerriau. – J'accède à la demande de retrait.

L'amendement n°97 rectifié est retiré.

M. Daniel Chasseing. – Moi aussi.

L'amendement n°53 rectifié est retiré.

L'amendement n°18 est adopté.

L'article 8, modifié, est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°43 rectifié *bis*, présenté par Mme D. Gillot et les membres du groupe socialiste et républicain.

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. »

Mme Dominique Gillot. – Cet amendement était de conséquence. Il n'a plus lieu d'être puisque mon amendement n°42 rectifié *bis* a été rejeté.

L'amendement n°43 rectifié bis est retiré.

M. Daniel Raoul. – Quelle est la cohérence de nos travaux ? L'amendement n°59 est en contradiction avec les articles 1 et 2 et avec la loi Leonetti -un comble ! Quelle est l'issue ? Qu'en penseront les députés ?

ARTICLE 9

M. le président. – Amendement n°40 rectifié, présenté par Mme D. Gillot, MM. Antiste et Godefroy, Mmes Lepage et Perol-Dumont et M. Rome.

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 co-signe 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.

Mme Dominique Gillot. – Cet amendement propose une adaptation limitée du mandat de protection future à la protection des conditions de vie.

M. Gérard Dériot, co-rapporteur. – Cet amendement crée un statut de mandataire de santé, quand la personne de confiance ne l'est pas aujourd'hui, sans être non plus un simple témoin parmi d'autres. Évitions de faire coexister deux types de personnes de confiance, l'un mandataire, l'autre non. Cela jetterait la confusion. Qu'en pense le Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – Avis défavorable à défaut d'un retrait. Je suis convaincue que nous arriverons à ce que vous proposez dans un avenir proche -quand, exactement, je l'ignore. À ce stade, le statut que vous proposez reste flou, ce qui serait source d'inquiétude plus que de confiance. Nous avons les pièces du puzzle, restera à les emboîter correctement.

Mme Dominique Gillot. – Entendu, ne siégeant pas à la commission des affaires sociales, je l'ai sans doute mal rédigé. Toutefois, cette proposition émane du conseil inter-association de santé. Il faudrait le consulter.

L'amendement n°40 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°85 rectifié, présenté par Mme David, M. Abate, Mmes Assassi et Beauvils, 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.

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.

Mme Annie David. – Cette disposition, introduite par la députée écologiste Véronique Massonneau, a été supprimée par la commission des affaires sociales du Sénat. Il s'agit à nouveau de permettre au tiers de confiance de se prononcer en toute connaissance de cause. Il doit pour cela avoir accès à toutes les informations nécessaires à l'exercice de sa mission.

La procédure est en l'état incohérente : la personne de confiance participerait à la prise de décision, au cours de la procédure collégiale, sans avoir toutes les cartes en main.

Mme Dominique Gillot. – Très bien !

M. Gérard Dériot, co-rapporteur. – La commission des affaires sociales a jugé ces dispositions, absentes de la proposition de loi originelle, inopportunes. En quoi les informations médicales -confidentielles au demeurant- feraient-elles changer d'avis la personne

de confiance sur l'interprétation des directives anticipées ?

Le texte actuel garantit la confidentialité des informations médicales et le déroulement de la procédure collégiale.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Par cohérence avec l'avis donné à l'Assemblée nationale, avis défavorable. La personne de confiance n'est titulaire d'aucun droit à accéder aux informations médicales.

Mme Corinne Bouchoux. – Je voterai cet amendement par amitié avec Véronique Massonneau mais en tant que membre de la CADA, je dois dire que cet amendement n'est pas abouti sur le plan technique.

Mme Annie David. – Je conviens qu'il est juridiquement imparfait. Reste que la personne de confiance doit avoir un statut pour que le respect des directives anticipées soit garanti. Le combat sera long sans doute, mais nous y parviendrons. *(Mmes Corinne Bouchoux et Dominique Gillot applaudissent)*

L'amendement n°85 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°19, présenté par M. Pillet, au nom de la commission des lois.

Alinéa 5, seconde phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

Son témoignage prévaut sur tout autre.

M. François Pillet, rapporteur pour avis. – Quel poids conférer à la personne de confiance ? Son témoignage seul doit prévaloir ; elle n'est pas le témoin de la volonté du patient, autrement dit un tiers supplémentaire, mais son représentant, celui qui transmet sa parole.

C'est d'ailleurs pour cela qu'elle n'a pas à avoir accès au dossier médical du malade.

M. Gérard Dériot, co-rapporteur. – La commission des affaires sociales avait choisi de réserver le terme de témoignage aux procédures judiciaires ; la commission des lois en a décidé autrement. Sagesse.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Un patient peut désigner une personne de confiance hors de sa famille. Cette proposition bouleverserait la hiérarchie actuelle des témoignages. Avis défavorable.

M. Georges Labazée. – Le groupe socialiste s'abstiendra. Nous travaillons actuellement sur le texte d'adaptation de la société au vieillissement ; prenons le temps de mettre notre droit en cohérence.

Mme Annie David. – Le groupe CRC s'abstiendra également. La personne de confiance doit avoir un rôle particulier dans la procédure, distinct des proches ou de la famille -de laquelle elle ne fait pas nécessairement partie. Nous aurons à préciser son statut dans les mois à venir. Les directives anticipées devront s'appliquer intégralement jusqu'à leur terme.

Le tiers désigné par le patient est le mieux placé pour le garantir.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Le témoignage du patient lui-même, recueilli dans une époque passée, pourrait entrer en contradiction avec le témoignage de la personne de confiance... N'introduisons pas de confusion.

M. Philippe Bas. – Le rapporteur ne fait que rétablir le texte initial de la proposition de loi, voté par l'Assemblée nationale. Je lis : « Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage ». Le Gouvernement évolue à la lumière de nos débats, cela est bon, compréhensible. Toutefois, cela surprend sur un sujet aussi important.

Il s'agit de faire converger les vues de la commission des affaires sociales et de la commission des lois. Faire prévaloir sur tout autre le témoignage de la personne de confiance, d'accord, mais non sur la directive anticipée, voilà la solution. Malgré le changement de pied du Gouvernement, je persiste à juger préférable le retour au texte de l'Assemblée nationale que propose M. Pillet.

L'amendement n°19 est adopté.

M. le président. – Amendement n°11 rectifié *ter*, 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.

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. »

M. Philippe Mouiller. – La loi du 5 mars 2007 a posé le principe qu'il devait être systématiquement tenu compte de l'avis de la personne protégée, même lorsqu'elle fait l'objet d'une mesure de tutelle.

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. Dès lors, même sous tutelle, la personne protégée doit pouvoir désigner une personne de confiance.

L'amendement n°32 n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement identique n°86 rectifié, présenté par Mme David, M. Abate, Mmes Assassi et Beauvils, 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.

Mme Annie David. – C'est le même mot pour mot.

M. le président. – Amendement n°20, présenté par M. Pillet, au nom de la commission des lois.

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. »

M. François Pillet, co-rapporteur. – Les amendements n°11 rectifié *ter* et 86 sont recevables juridiquement ; mon amendement procède différemment mais le résultat est le même.

M. Gérard Dériot, co-rapporteur. – C'est exact mais l'amendement n°20 propose une rédaction plus précise. Retrait des amendements n°11 rectifié *ter* et 86 à son profit ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – Sagesse sur l'amendement n°20, retrait des autres.

M. Philippe Mouiller. – Mon amendement aligne plus nettement le droit applicable aux personnes handicapées sur le droit commun. Je le retire néanmoins.

L'amendement n°11 rectifié ter est retiré.

Mme Annie David. – Comme M. Mouiller, j'ai l'impression que l'amendement de M. Pillet diffère sensiblement du nôtre. J'en suis réduite à faire confiance aux rapporteurs, quitte, si elle était abusée, à y revenir en deuxième lecture.

L'amendement n°86 rectifié est retiré.

L'amendement n°20 est adopté.

M. le président. – Amendement n°39 rectifié *bis*, présenté par Mme D. Gillot et les membres du groupe socialiste et républicain.

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.

Mme Dominique Gillot. – Les informations relatives à la personne de confiance doivent être conservées sur des supports identifiés et identifiables afin qu'elles soient le plus accessibles possible. On me rétorquera certainement qu'il est mal rédigé... Je le retire donc sans attendre. (*Sourires*)

L'amendement n°39 rectifié bis est retiré.

L'article 9, modifié, est adopté.

ARTICLE 10

M. le président. – Amendement n°41 rectifié, présenté par Mme D. Gillot, M. Antiste, Mmes Lepage et Perol-Dumont et M. Rome.

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.

Mme Dominique Gillot. – Lorsque le patient atteint d'une maladie grave et incurable est dans l'incapacité d'exprimer sa volonté et qu'il n'a ni rédigé de directives anticipées, ni désigné de personne de confiance, il convient de rechercher l'expression de sa volonté par une procédure associant les proches qui souhaitent l'être et les professionnels.

M. Gérard Dériot, co-rapporteur. – L'article 1111-12 du code de santé publique dresse la liste des personnes consultables dans ce cas. Le médecin n'a pas à rechercher un consensus mais la volonté du patient ; cette procédure n'apporte rien puisque la consultation de ces personnes est déjà prévue à l'article L. 811-12.

Enfin, l'amendement ne précise ni l'objectif ni les suites à donner à cette procédure : avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis.

L'amendement n°41 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°87 rectifié, présenté par Mme David, M. Abate, Mmes Assassi et Beauvils, 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.

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. »

Mme Annie David. – La volonté de poursuite de traitement doit demeurer implicite si l'on ne peut rendre compte de la volonté de la personne. Le vice-président du Conseil d'État, Jean-Marc Sauvé, a déclaré le 24 juin 2014 que le patient ne pouvait en aucun cas être présumé refuser la poursuite du traitement si sa volonté est inconnue.

M. Gérard Dériot, co-rapporteur. – L'articulation avec la notion de l'obstination déraisonnable, introduite dans la loi du 22 avril 2005, est incertaine. En outre, le nouvel article L. 1111-12 ne concerne ni les conditions de maintien en vie ni l'arrêt des traitements ; il clarifie les modes d'expression de la volonté de la personne. Enfin, qu'apporte ici l'adverbe « notoirement » inconnue ? Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – L'amendement part du principe, incontestable, que l'on ne peut présumer que la personne en fin de vie souhaite arrêter les traitements. Toutefois, ce texte entend en toutes choses respecter sa volonté. On ne peut donc pas partir du postulat inverse, cela introduirait de la confusion. L'amendement est superfétatoire et introduit un *a contrario* effrayant.

Mme Annie David. – Les personnes polyhandicapées m'ont dit avoir le sentiment qu'il serait utile de clarifier la loi sur ce point. Je puis retirer mon amendement après les précisions très claires que vous venez d'apporter en séance publique : on n'arrêtera pas les traitements si la volonté du malade n'est pas connue.

L'amendement n°87 rectifié est retiré.

L'article 10 est adopté.

ARTICLE 11

M. le président. – Amendement n°154, présenté par M. Dériot, au nom de la commission des affaires sociales.

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.

Cet amendement de coordination n°154, accepté par le Gouvernement, est adopté.

L'article 11, modifié, est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°92 rectifié, présenté par M. Labazée et les membres du groupe socialiste et républicain.

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.

M. Georges Labazée. – En discussion générale, nous avons évoqué le cas des patients en fin de vie à domicile, en Ehpad ou en établissement de santé. Selon l'Insee, 57,2 % des décès se produisent dans ces derniers établissements. Un rapport sur l'extension de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie serait utile, avant de légiférer sur ce point dans le cadre du PLFSS, sans risque de subir la foudre de l'article 40.

M. Gérard Dériot, co-rapporteur. – Sagesse.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Avis favorable. L'analyse de cette question est plus complexe qu'il n'y paraît. Il convient de s'interroger sur la logique même de la prestation, initialement conçue pour compenser l'absence d'activité professionnelle pouvant financer l'aidant à domicile d'un malade isolé. En Ehpad ou en établissement, les choses sont différentes : le patient fait l'objet d'une prise en charge. D'accord pour un rapport donc, tout en observant que les délais accordés sont particulièrement courts.

M. Georges Labazée. – Nous ferons preuve de mansuétude ! (*Sourires*)

L'amendement n°92 rectifié est adopté et devient un article additionnel.

L'article 12 est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°80 rectifié, présenté par MM. Barbier, Bertrand, Collin, Collombat, Fortassin et Hue, Mme Laborde et MM. Mézard et Requier.

Après l'article 12

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La présente loi n'est pas applicable aux personnes mineures.

M. Gilbert Barbier. – Un problème se pose pour les mineurs, surtout en chirurgie néonatale, domaine dans lequel j'ai longtemps exercé. Les directives anticipées ne sont alors pas rédigées par les intéressés... Un dialogue doit s'instaurer entre les parents et les équipes médicales. Je sais le rapporteur sensible à cette question. Mon amendement est d'appel : je souhaite surtout que l'on ouvre une réflexion sur la question.

M. Gérard Dériot, co-rapporteur. – Les règles en vigueur sur l'autorité parentale s'appliquent ; avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis.

L'amendement n°80 rectifié est retiré.

L'article 13 est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°22 rectifié, présenté par Mme Durantou, M. Lafoauly, Mme Deromedi et MM. G. Bailly, Houel et Lemoyne.

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.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. – J'insiste, surtout, sur la politique de développement des soins palliatifs. Le rapport prévu par la loi Leonetti n'a jamais été remis au Parlement, comme la Cour des comptes l'a relevé. Des progrès considérables restent à faire : les soins palliatifs demeurent hospitalo-centrés. Il faudrait équiper les Ehpad et multiplier les équipes mobiles. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : 59 % des personnes décédées en Ehpad auraient justifié une prise en charge par une unité de soins palliatifs.

L'amendement n°125 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°89 rectifié, présenté par Mme David, M. Abate, Mmes Assassi et Beauvils, 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.

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.

Mme Annie David. – Mon amendement va dans le même sens. Certes, l'article 15 de la loi de 2005 prévoit la remise d'un bilan de la politique de développement des soins palliatifs en annexe du projet de loi de finances et l'Observatoire national de la fin de vie a pour mission d'analyser l'offre de soins palliatifs. Mais que ce bilan n'ait jamais été effectué ne justifie pas qu'il ne soit pas demandé. Seulement 20 % des personnes qui ont besoin de soins palliatifs y ont effectivement accès, les inégalités territoriales restent grandes. Le développement de l'offre de soins palliatifs doit devenir une priorité de santé publique. La grande majorité des Français souhaitent mourir à domicile et 60 % finissent leurs jours à l'hôpital. Cet amendement complètera celui de Mme Bouchoux demandant une évaluation par les Agences régionales de santé.

M. Gérard Dériot, co-rapporteur. – L'amendement n°89 rectifié est plus complet que l'amendement n°22 rectifié. Avis de sagesse sur le premier, retrait du second.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. – Soit.

L'amendement n°22 rectifié est retiré.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Un gouvernement n'est jamais très enthousiaste à l'idée de multiplier les rapports. Les Agences régionales de santé auront la charge d'évaluer l'offre de soins palliatifs. L'évaluation du plan triennal complètera leurs travaux. Avis défavorable.

L'amendement n°89 rectifié est adopté et devient un article additionnel.

L'article 14 demeure supprimé.

M. Michel Amiel, co-rapporteur. – Au terme de cet examen, je n'ai pas d'amertume, mais une certaine déception. Nous manquons de moyens et, plus encore, de culture palliative. Considérer que la sédation profonde et continue n'en ferait pas partie est une lourde erreur. En supprimant « continue », on rendra les choses plus difficiles pour les médecins, qui hésiteront à mettre en place une sédation profonde.

L'article 8 a été vidé de sa substance. Le patient a été écarté du cœur de ce texte. Finalement, c'est un courant timoré et conservateur qui l'a emporté sur l'intérêt du malade, ou plutôt de la personne jusqu'à la fin de sa vie. *(Vifs applaudissements à gauche et au centre)*

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. – Je soutenais le travail de nos rapporteurs, ils avaient abouti à un texte équilibré interdisant une progression vers l'euthanasie. Notre assemblée a considérablement modifié le texte. Résultat, il nous reviendra dans la version des députés, avec une ouverture vers l'euthanasie.

Le Sénat a pris des positions quelque peu contradictoires. À l'article premier, nous sommes priés de croire que les amendements adoptés pour le développement des soins palliatifs ne coûteront rien, puisqu'ils ont passé le filtre de l'article 40.

À l'article 2, le médecin devra arrêter les traitements « inefficaces ». Celui qui, d'aventure, ne le ferait pas serait donc passible de la loi !

À l'article 3, la procédure a été précisée pour vérifier que les conditions d'arrêt des soins seront remplies ; ce n'est sans doute pas ainsi que Malherbe aurait écrit les choses.

À l'article 8, les directives anticipées ne seront plus opposables mais les exceptions demeurent, ce qui facilitera le travail de l'Assemblée nationale.

Je maintiens que le travail approfondi de nos trois rapporteurs était excellent. Il posait les bases d'un compromis. Vous l'avez éliminé. Mardi, je ne voterai pas le texte que vous avez voulu. *(Applaudissements à gauche et au centre)*

Mme Marisol Touraine, ministre. – Ce texte a été purement et simplement vidé de sa substance. Je le regrette pour les personnes en fin de vie et leurs familles. Elles attendaient du législateur des réponses à des problèmes ô combien humains. Celui que vous avez rédigé n'apporte rien par rapport aux dispositions existantes alors que nos concitoyens attendaient quelque chose qui réponde à leur souffrance. Je ne puis donc que répéter ma déception, tout en remerciant bien sûr tous ceux qui ont participé à ce débat *(Applaudissements à gauche et au centre)*

Prochaine séance, demain, jeudi 18 juin 2015, à 9 heures 30.

Ordre du jour du jeudi 18 juin 2015

La séance est levée à 23 heures 20.

Séance publique

De 9 h 30 à 13 h 30

Jacques Fradkine

Direction des comptes rendus analytiques

Présidence :

Mme Françoise Cartron, vice-présidente

Secrétaire :

M. François Fortassin

1. 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).

2. 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 15 heures

Présidence :

M. Gérard Larcher, président

3. Questions d'actualité au Gouvernement.

De 16 h 15 à 20 h 15

Présidence :

Mme Françoise Cartron, vice-présidente

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 (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).

5. Débat sur le thème : « Comment donner à la justice administrative les moyens de statuer dans des délais plus rapides ? ».

À 20 h 15

Présidence :

Mme Françoise Cartron, vice-présidente

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.

Rapport de M. Éric Doligé, rapporteur pour le Sénat (n° 515, 2014-2015).

Texte de la commission (n° 516, 2014-2015).

Analyse des scrutins publics

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.

Résultat du scrutin :

| | |
|----------------------|-----|
| Nombre de votants : | 336 |
| Suffrages exprimés : | 333 |
| Pour : | 187 |
| Contre : | 146 |

Le Sénat a adopté

Analyse par groupes politiques :

Groupe Les Républicains (144)

Pour : 141

N'ont pas pris part au vote : 3 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, Mme Isabelle Debré, Président de séance, M. René Danesi

Groupe socialiste et républicain (110)

Contre : 110

Groupe UDI-UC (41)

Pour : 40

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Yves Pozzo di Borgo

Groupe CRC (19)

Contre : 16

Abstentions : 3 – Mmes Michelle Demessine, Évelyne Didier, M. Paul Vergès

Groupe du RDSE (13)

Pour : 1 - M. Gilbert Barbier

Contre : 10

N'ont pas pris part au vote : 2 - MM. Guillaume Arnell, Joseph Castelli

Groupe écologiste (10)

Contre : 10

Sénateurs non-inscrits (9)

Pour : 5

N'ont pas pris part au vote : 4 - MM. Jean-Noël Guérini, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier