

N° 103

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2015-2016

Enregistré à la Présidence du Sénat le 21 octobre 2015

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi, ADOPTÉE AVEC MODIFICATIONS PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE EN DEUXIÈME LECTURE, créant de **nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie,***

Par MM. Michel AMIEL et Gérard DÉRIOT,

Sénateurs

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, *président* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; M. Gérard Dériot, Mmes Colette Giudicelli, Caroline Cayeux, M. Yves Daudigny, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Gérard Roche, Mme Laurence Cohen, M. Gilbert Barbier, Mme Aline Archimbaud, *vice-présidents* ; Mme Agnès Canayer, M. René-Paul Savary, Mme Michelle Meunier, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Élisabeth Doineau, *secrétaires* ; M. Michel Amiel, Mme Nicole Bricq, MM. Olivier Cadic, Jean-Pierre Caffet, Mme Claire-Lise Campion, MM. Jean-Noël Cardoux, Daniel Chasseing, Olivier Cigolotti, Mmes Karine Claireaux, Annie David, Isabelle Debré, Catherine Deroche, M. Jean Desessard, Mme Chantal Deseyne, M. Jérôme Durain, Mmes Anne Emery-Dumas, Corinne Féret, MM. Michel Forissier, François Fortassin, Jean-Marc Gabouty, Mme Françoise Gatel, M. Bruno Gilles, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, MM. Éric Jeansannetas, Georges Labazée, Jean-Baptiste Lemoyne, Mmes Hermeline Malherbe, Brigitte Micouleau, Patricia Morhet-Richaud, MM. Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Louis Pinton, Mmes Catherine Procaccia, Stéphanie Riocreux, M. Didier Robert, Mme Patricia Schillinger, MM. Michel Vergoz, Dominique Watrin, Mme Evelyne Yonnet.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (14^{ème} législ.) :

Première lecture : **2512, 2585** et T.A. **486**

Deuxième lecture : **2887, 3091** et T.A. **592**

Sénat :

Première lecture : **348, 467, 506, 468** et **116** (2014-2015)

Deuxième lecture : **12, 106** et **104** (2015-2016)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION.....	5
AVANT-PROPOS	7
EXAMEN DES ARTICLES	9
• Article 1 ^{er} (art. L. 1110-5 du code de la santé publique) Droit des malades et droit des patients en fin de vie	9
• Article 2 (art. L. 1110-5-1 nouveau du code de la santé publique) Refus de l'obstination déraisonnable	10
• Article 3 (art. L. 1110-5-2 nouveau du code de la santé publique) Le traitement à visée sédatrice et antalgique provoquant une altération profonde et continue de la vigilance jusqu'au décès	11
• Article 4 (art. L. 1110-5-3 nouveau du code de la santé publique) Droit aux traitements antalgiques et sédatifs en cas de souffrance réfractaire	12
• Article 5 (art. L. 1111-4 du code de la santé publique) Information des patients et droit au refus de traitement	13
• Article 6 (art. L. 1111-10 du code de la santé publique) Coordination	13
• Article 7 (Intitulé de la section 2 du chapitre I ^{er} du titre I ^{er} du livre I ^{er} de la première partie du code de la santé publique) Mention de la possibilité pour les malades de refuser un traitement	14
• Article 8 (art. L. 1111-11 du code de la santé publique) Renforcement du statut des directives anticipées	14
• Article 9 (art. L. 1111-6 du code de la santé publique) Précision relative à la mission de la personne de confiance	15
• Article 10 (art. L. 1111-12 du code de la santé publique) Hierarchie des modes d'expression de la volonté du patient hors d'état de l'exprimer	16
• Article 11 (art. L. 1110-5-1 nouveau, L. 1111-13, L. 1541-2 et L. 1541-3 du code de la santé publique) Coordination	17
• Article 12 (art. L. 1412-1-1 du code de la santé publique) Recours à la Commission nationale du débat public pour l'organisation d'états généraux en matière de bioéthique	17
• Article 13 Application de la loi en Nouvelle-Calédonie	17
• Article 14 Rapport annuel sur le développement des soins palliatifs	18
• Intitulé de la proposition de loi	18
EXAMEN EN COMMISSION.....	19
TABLEAU COMPARATIF	35
AMENDEMENTS NON ADOPTÉS PAR LA COMMISSION	47

LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION

Réunie le mercredi 21 octobre 2015 sous la présidence de **M. Alain Milon**, la commission des affaires sociales a examiné, en deuxième lecture, le **rapport de MM. Gérard Dériot et Michel Amiel**, sur la **proposition de loi n° 12 (2015-2016) créant de nouveaux droits en faveur des personnes et des malades en fin de vie**.

Les rapporteurs ont constaté que le texte transmis par l'Assemblée nationale était quasiment identique à celui adopté par les députés en première lecture. Sur quelques points relatifs aux directives anticipées et à la personne de confiance, l'Assemblée nationale a néanmoins repris les positions de la commission des affaires sociales du Sénat, (co-signature par la personne de confiance de sa désignation, suppression de l'accès au dossier médical du patient).

Prenant acte des inquiétudes légitimes qui se sont exprimées sur tous les bancs lors de la séance publique de première lecture au Sénat, la commission des affaires sociales a fait le choix de ne pas rétablir purement et simplement son texte. Afin d'atteindre le plus large consensus possible, elle a intégré à son texte de première lecture tant les amendements de la commission des lois adoptés en séance publique qu'un grand nombre d'amendements issus des différentes sensibilités politiques.

Ainsi, à l'article 1^{er} elle a tenu à réaffirmer le droit d'accéder à des soins tant curatifs que palliatifs sur l'ensemble du territoire.

A l'article 2 sur la définition de l'obstination déraisonnable, elle a supprimé la mention des traitements « inutiles » et affirmé que l'hydratation est un soin qui peut être maintenu jusqu'au décès.

A l'article 3, elle a supprimé la mention selon laquelle la procédure collégiale chargée de s'assurer du respect de la loi est engagée à l'initiative du médecin. Ceci permet de lever toute ambiguïté sur un éventuel pouvoir d'opposition du médecin à la réunion du collège des soignants.

A l'article 8, conformément aux amendements adoptés en première lecture à l'initiative de la commission des lois, elle a précisé que les directives anticipées sont à tout moment révisables et révocables par tout moyen et qu'un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur lorsqu'elles sont conservées dans le registre. L'application du régime spécial d'autorisation par le juge est limitée aux personnes faisant l'objet d'une mesure de tutelle.

A l'article 9, il est réaffirmé que le témoignage de la personne de confiance prévaut sur tout autre. Les personnes faisant l'objet d'une mesure de tutelle sont autorisées à désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille.

A l'article 14, la commission a précisé que le rapport annuel sur la politique de développement des soins palliatifs doit concerner tant les établissements de santé que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et le domicile.

Mesdames, Messieurs,

Le 6 octobre dernier, l'Assemblée nationale a adopté en deuxième lecture la proposition de loi tendant à la création de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Le texte adopté est quasiment identique à celui que nous avons eu à examiner en première lecture. Le co-rapporteur Jean Leonetti a justifié cette position de principe en indiquant que le dialogue de fond devait être mené entre les deux assemblées.

En séance publique, l'Assemblée nationale a néanmoins adopté sept amendements. Les plus substantiels consistent à reprendre une proposition faite par notre commission, qui prévoit la co-signature par la personne de confiance de la décision par laquelle elle est désignée. Les députés ont également prévu la possibilité de désigner une personne de confiance suppléante pour le cas où la personne de confiance titulaire « *serait dans l'incapacité d'exprimer la volonté du patient* ».

L'important travail de précision et d'encadrement réalisé par la commission des affaires sociale en première lecture n'a pas permis d'apaiser toutes les craintes. C'est pourquoi le Sénat n'a pas adopté de texte à l'issue du vote solennel de la première lecture.

Afin de renforcer la cohérence du texte tout en tenant compte des préoccupations légitimes exprimées en séance publique sur l'ensemble des bancs, la commission n'a pas souhaité rétablir purement et simplement le texte qu'elle avait adopté, ni reprendre l'ensemble des amendements adoptés en séance publique.

La commission des affaires sociale a posé les garanties permettant d'affirmer que la mise en place d'une sédation profonde et continue ne constitue en aucun cas un acte d'euthanasie. Celle-ci ne peut en effet concerner que les personnes malades en fin de vie dont la souffrance est réfractaire à tout autre traitement.

Elle a tenu à affirmer, comme en séance publique, que l'hydratation est un soin qui peut être poursuivi jusqu'au décès.

La commission a également accepté de rendre opposables les directives anticipées à la condition qu'elles ne soient pas seulement le moyen de demander un arrêt des traitements mais également celui de s'opposer à un tel arrêt. Elle a préservé la liberté d'appréciation du médecin sur la possibilité d'appliquer les directives anticipées compte tenu de la situation médicale du patient.

En préservant un équilibre entre les droits du patient et la responsabilité des équipes soignantes, le texte de la commission des affaires sociales tend à réunir le plus large consensus possible sur un sujet qui ne relève pas des oppositions de partis.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

(art. L. 1110-5 du code de la santé publique)

Droit des malades et droit des patients en fin de vie

Objet: Cet article propose de modifier la rédaction de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique pour renforcer la place accordée aux soins palliatifs.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a maintenu le texte qu'elle avait adopté lors de la première lecture.

II - La position de la commission

Votre commission a adopté l'amendement **COM-30** de ses rapporteurs qui reprend pour l'essentiel le texte qu'elle avait adopté en première lecture afin d'apporter plusieurs précisions.

La première est que tant les traitements curatifs que les traitements palliatifs constituent des soins auxquels la personne a droit.

La seconde tend à lever toute ambiguïté sur la portée des dispositions contenues dans le texte en précisant qu'une personne en fin de vie a droit non à une fin de vie « apaisée » mais à une fin de vie « accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ».

La nouvelle rédaction de l'article tend aussi à répondre au souhait exprimé, lors de la première lecture, par nombre de sénateurs de rappeler que l'accès aux soins et particulièrement aux soins palliatifs doit être une réalité sur l'ensemble du territoire. Il reprend donc le texte de l'amendement qui avait été adopté alors en séance publique.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 2

(art. L. 1110-5-1 nouveau du code de la santé publique)

Refus de l'obstination déraisonnable

Objet : Cet article tend reprendre et à compléter le deuxième alinéa de l'actuel article L. 1110-5 du code de la santé publique.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a maintenu le texte qu'elle avait adopté lors de la première lecture.

II - La position de la commission

Notre commission a adopté l'amendement **COM-31** de ses rapporteurs. Cette nouvelle rédaction de l'article reprend en partie le texte adopté par la commission lors de la première lecture. Il est en effet apparu nécessaire de clarifier la procédure applicable au titre de l'obstination déraisonnable. Le texte adopté par l'Assemblée nationale semble prévoir un arrêt automatique des traitements jugés inutiles ou disproportionnés sans que la volonté du patient soit recherchée, et ce alors même qu'il pourrait souhaiter leur poursuite, ni qu'une procédure collégiale soit mise en œuvre.

En conséquence, cet amendement comporte plusieurs modifications tendant à clarifier la définition de l'obstination déraisonnable, à soumettre l'arrêt des traitements à la volonté du malade et à fixer dans la loi les obligations minimales s'agissant de la procédure collégiale. Celle-ci n'est actuellement pas définie, mais simplement mentionnée, tant dans le code de la santé publique que dans le code de déontologie médicale. Le texte de la commission précise que la procédure collégiale implique la réunion de l'ensemble de l'équipe soignante et associe la personne de confiance ou, à défaut, les membres de famille ou les proches qui le souhaitent.

Le texte proposé intègre l'amendement déposé par la commission des lois en première lecture qui limite la mise en œuvre de la procédure collégiale au cas où la personne est incapable d'exprimer sa volonté et tient également compte de l'amendement adopté en séance à l'initiative de Gilbert Barbier sur les difficultés que pose la notion de traitements inutiles. Celle-ci est donc supprimée.

Surtout il reprend l'amendement adopté en séance publique qui dispose que l'hydratation artificielle est un soin qui peut être maintenu jusqu'au décès. Une large majorité de sénateurs considère en effet que le cas de l'hydratation artificielle n'est pas assimilable à celui de l'alimentation artificielle.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 3

(art. L. 1110-5-2 nouveau du code de la santé publique)

Le traitement à visée sédative et antalgique provoquant une altération profonde et continue de la vigilance jusqu'au décès

Objet : Cet article détermine les conditions de l'obligation de mise en œuvre d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a maintenu le texte qu'elle avait adopté lors de la première lecture.

II - La position de la commission

La commission a adopté l'amendement **COM-32** de ses rapporteurs qui reprend la rédaction de la commission adoptée en première lecture afin de poser les conditions de mise en œuvre d'une sédation profonde et continue.

Cet amendement :

- supprime la mention de la prolongation "inutile" de la vie qui est source d'ambiguïtés;

- regroupe les cas prévus par l'article actuel en deux hypothèses selon la capacité du patient à exprimer sa volonté;

- précise que dans le cas où une personne souhaite arrêter tout traitement, la sédation profonde et continue n'est mise en œuvre qu'en cas de souffrance réfractaire, de façon à écarter toute dérive ;

- prévoit la possibilité pour le patient de recevoir une sédation profonde et continue dans un établissement médico-social.

Il intègre l'amendement de la commission des lois, adopté par le Sénat en première lecture, qui précise que le patient peut s'opposer à l'interruption des traitements de maintien en vie.

Il répond également à l'amendement adopté en séance publique à l'initiative du groupe CRC visant à éviter que le médecin puisse s'opposer à la mise en œuvre de la procédure collégiale et supprimant en conséquence la mention selon laquelle le procédure est conduite à son initiative.

Le texte apporte enfin une clarification en indiquant que la sédation peut être mise en œuvre en établissement, en Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ou au domicile du patient.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 4

(art. L. 1110-5-3 nouveau du code de la santé publique)

**Droit aux traitements antalgiques et sédatifs
en cas de souffrance réfractaire**

Objet : Cet article reprend et complète le troisième alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a maintenu le texte qu'elle avait adopté lors de la première lecture.

II - La position de la commission

La commission a adopté l'amendement **COM-33** de ses rapporteurs afin de rétablir le texte de la commission en première lecture qui tend à réunir en un seul article les dispositions relatives à la prise en charge de la souffrance et celles relatives aux soins palliatifs, tout en clarifiant les conditions d'information du patient sur les conséquences des traitements envisagés.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 4 bis

(art. L. 1110-10-1 nouveau du code de la santé publique)

Présentation par les ARS d'un rapport annuel sur les soins palliatifs

Objet : Cet article prévoit une présentation annuelle par les ARS sur le niveau de la prise en charge par soins palliatifs et met en place un registre des sédations profondes et continues maintenues jusqu'au décès.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a maintenu le texte qu'elle avait adopté lors de la première lecture.

II - La position de la commission

La commission a adopté l'amendement **COM-34** de ses rapporteurs tendant, comme en première lecture, à supprimer cet article qui demande un rapport annuel de l'ARS sur le développement des soins palliatifs en plus du rapport prévu à l'article 14. Il paraît préférable à votre commission de préciser le contenu du rapport prévu à l'article 14 et ne laisser qu'un seul rapport annuel

La commission a supprimé cet article.

Article 5

(art. L. 1111-4 du code de la santé publique)

Information des patients et droit au refus de traitement

Objet : Cet article propose de compléter l'article L. 1111-4 du code de la santé publique relatif aux conséquences d'un refus de soins par le patient.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a maintenu le texte qu'elle avait adopté lors de la première lecture.

II - La position de la commission

Votre commission adopté l'article **COM-35** de ses rapporteurs tendant à rétablir l'article adopté en première lecture par la commission afin d'apporter des précisions rédactionnelles au texte de l'Assemblée nationale et de corriger une erreur de référence.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 6

(art. L. 1111-10 du code de la santé publique)

Coordination

Objet : Cet article tend à mettre en place des mesures de coordination

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a maintenu le texte qu'elle avait adopté lors de la première lecture.

II - La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 7

*(Intitulé de la section 2 du chapitre 1^{er} du titre 1^{er} du livre 1^{er}
de la première partie du code de la santé publique)*

Mention de la possibilité pour les malades de refuser un traitement

Objet : Cet article tend à modifier l'intitulé de la section du code de la santé publique relative à l'expression de la volonté des malades en fin de vie.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a maintenu le texte qu'elle avait adopté lors de la première lecture.

II - La position de la commission

La commission a adopté l'amendement **COM-36** de ses rapporteurs tendant, comme en première lecture, à supprimer cet article. En effet les dispositions de la section dont cet article entend changer l'intitulé ne comportent pas de dispositions spécifiques pour les malades refusant un traitement.

La commission a supprimé cet article.

Article 8

(art. L. 1111-11 du code de la santé publique)

Renforcement du statut des directives anticipées

Objet : Cet article entend rendre les directives anticipées opposables au médecin et plus facilement accessibles pour les professionnels de santé.

I - Le dispositif proposé

En deuxième lecture, l'Assemblée nationale a adopté, en séance publique, un amendement de M. Sebaoun et de plusieurs de ses collègues du groupe SRC pour prévoir que les directives anticipées sont rédigées « conformément à un modèle » et non pas « selon un modèle unique ». L'objectif poursuivi par les auteurs de cet amendement est de garantir le caractère facultatif de recours au modèle.

II - La position de la commission

Votre commission a adopté un amendement des rapporteurs (COM-1) qui rétablit la rédaction de l'article 8 telle que la commission des affaires sociales l'a adoptée en première lecture tout en y intégrant les dispositions adoptées en séance publique à l'initiative de la commission des lois saisie pour avis. Il s'agit de préciser que :

- les directives anticipées peuvent être, à tout moment, révisées et révoquées par tout moyen ;

- un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur lorsqu'elles sont conservées dans le registre ;

- l'application du régime spécial d'autorisation est limitée aux personnes placées sous tutelle, les autres mesures de protection juridique concernées n'interdisant pas à la personne de rédiger de telles directives dans les conditions du droit commun. Si la personne sous tutelle est autorisée à rédiger ses directives anticipées, l'accomplissement de cet acte ne peut donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée par son tuteur dans la mesure où il s'agit d'un acte tout à fait personnel. Cette interdiction préserve la possibilité de prévoir que le médecin traitant de la personne protégée l'assiste dans cette rédaction.

L'amendement procède en outre à une modification rédactionnelle.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 9

(art. L. 1111-6 du code de la santé publique)

Précision relative à la mission de la personne de confiance

Objet : Cet article entend conforter la place de la personne de confiance dans la recherche de la volonté de la personne qui l'a désignée.

I - Le dispositif proposé

En séance publique en deuxième lecture, l'Assemblée nationale a adopté quatre séries d'amendements :

- deux amendements identiques, présentés par Mme Le Dain, d'une part, et Mme Le Vern et plusieurs de ses collègues du groupe SRC, d'autre part, prévoyant la possibilité de désigner une **personne de confiance suppléante** pour le cas où la personne de confiance dite « titulaire » se trouverait elle-même hors d'état de rendre compte de la volonté de la personne qui l'a désignée ;

- un amendement de M. Sebaoun et de plusieurs de ses collègues du groupe SRC **supprimant de l'alinéa 2 la phrase précisant que la personne de confiance** « *témoigne de l'expression de la volonté de la personne* », celle-ci ayant été jugée superfétatoire ;

- deux amendements identiques de MM. Breton et Lurton, reprenant une disposition adoptée par votre commission en première lecture pour prévoir que **la personne de confiance cosigne la décision par laquelle elle est désignée** ;

- un amendement de M. Sebaoun et de plusieurs de ses collègues du groupe SRC **supprimant, comme l'avait fait votre commission en première lecture, l'alinéa 3 relatif à l'accès de la personne de confiance au dossier médical** du patient. Les auteurs de cet amendement estiment que le rôle de la personne de confiance « *n'est pas de vérifier une situation médicale..., celle-ci restant du domaine de praticiens* ».

II - La position de la commission

Votre commission a adopté un amendement des rapporteurs (COM-2) qui rétablit la rédaction de l'article 9 telle qu'adoptée en première lecture tout en y intégrant les dispositions adoptées en séance publique à l'initiative de la commission des lois saisie pour avis. Il est ainsi précisé que le témoignage de la personne de confiance prévaut sur tout autre témoignage. Est en outre prévue la possibilité pour toute personne sous tutelle de désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 10

(art. L. 1111-12 du code de la santé publique)

Hiérarchie des modes d'expression de la volonté du patient hors d'état de l'exprimer

Objet : Cet article entend clarifier l'ordre dans lequel le médecin doit prendre en compte les directives anticipées et l'intervention de la personne de confiance, de la famille ou des proches.

I - Le dispositif proposé

L'Assemblée nationale a maintenu le texte qu'elle avait adopté lors de la première lecture.

II - La position de la commission

Votre commission a adopté un amendement des rapporteurs rétablissant l'article 10 dans une rédaction identique à celle adoptée en première lecture (COM-3).

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 11

*(art. L. 1110-5-1 nouveau, L. 1111-13,
L. 1541-2 et L. 1541-3 du code de la santé publique)*

Coordination

Objet : Cet article procède à des coordinations avec les dispositions prévues aux articles 2, 5 et 10 de la proposition de loi.

I - Le dispositif proposé

L'Assemblée nationale a maintenu le texte qu'elle avait adopté lors de la première lecture.

II - La position de la commission

Votre commission a adopté un amendement de précision des rapporteurs (COM-6).

Elle a ensuite adopté cet article ainsi modifié.

Article 12

(art. L. 1412-1-1 du code de la santé publique)

**Recours à la Commission nationale du débat public
pour l'organisation d'états généraux en matière de bioéthique**

Objet : Cet article ouvre la possibilité de prévoir la mobilisation de la Commission nationale du débat public pour l'organisation des états généraux préalables à toute réforme dans le domaine de la bioéthique.

I - Le dispositif proposé

L'Assemblée nationale a maintenu le texte qu'elle avait adopté lors de la première lecture.

II - La position de la commission

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 13

Application de la loi en Nouvelle-Calédonie

Objet : Cet article prévoit l'applicabilité des présentes dispositions en Nouvelle-Calédonie.

I - Le dispositif proposé

L'Assemblée nationale a maintenu le texte qu'elle avait adopté lors de la première lecture.

II - La position de la commission

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 14

Rapport annuel sur le développement des soins palliatifs

Objet : Cet article prévoit la remise par le Gouvernement au Parlement d'un rapport annuel sur la politique de développement des soins palliatifs.

I - Le dispositif proposé

L'Assemblée nationale a maintenu le texte qu'elle avait adopté lors de la première lecture.

II - La position de la commission

Votre commission a adopté un amendement des rapporteurs (COM-4) qui précise que l'étude annuelle prévue à l'article 14 devra porter sur la politique de développement des soins palliatifs dans les établissements de santé, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et à domicile.

Par cohérence, l'amendement abroge l'article 15 de la loi de 2005, restée inappliquée, prévoyant la présentation, tous les deux ans en annexe de la loi de finances, de « *la politique suivie en matière de soins palliatifs et d'accompagnement à domicile, dans les établissements de santé et dans les établissements médico-sociaux* ».

Elle a ensuite adopté cet article ainsi modifié.

Intitulé de la proposition de loi

Votre commission a adopté un amendement des rapporteurs (COM-5) qui rétablit l'intitulé de la proposition de loi adoptée par le Sénat en première lecture. Dans l'intitulé actuel, la distinction entre les « malades » et les « personnes » a souvent été jugée maladroite par les personnes auditionnées, de même que l'expression « *droits en faveur* ». L'intitulé adopté, « *proposition de loi créant de nouveaux droits pour les personnes malades en fin de vie* » permet de surmonter ces difficultés tout en reflétant plus fidèlement le contenu de la proposition de loi qui s'inscrit dans le prolongement des avancées des lois de 2002 et 2005.

EXAMEN EN COMMISSION

La commission examine en deuxième lecture, sur le rapport de MM. Michel Amiel et Gérard Dériot, la proposition de loi n° 12 (2015-2016), adoptée avec modifications par l'Assemblée nationale en deuxième lecture, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

EXAMEN DU RAPPORT

M. Gérard Dériot, rapporteur. – Le 6 octobre dernier, l'Assemblée nationale a adopté en deuxième lecture la proposition de loi tendant à la création de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, dans une version presque identique à celle que nous avons eu à examiner en première lecture. Le co-rapporteur Jean Leonetti a justifié cette position de principe en indiquant vouloir un dialogue de fond entre nos deux assemblées. En séance publique, l'Assemblée nationale a néanmoins adopté sept amendements dont les plus substantiels reprennent certaines de nos propositions : co-signature par la personne de confiance de la décision par laquelle elle est désignée ; liberté de la forme donnée aux directives anticipées.

Je vous rappelle que le Sénat n'avait pas adopté de texte à l'issue du vote solennel de la première lecture. L'important travail de précision et d'encadrement réalisé par notre commission n'avait pas apaisé toutes les craintes. Le texte issu de la séance publique manquait de cohérence et n'avait pas pu réunir une majorité. Or le Sénat doit parvenir à un texte qui puisse être discuté avec l'Assemblée nationale !

Nous avons fait le choix, en deuxième lecture, de reprendre le travail effectué par notre commission tout en tenant compte des préoccupations légitimes exprimées en séance publique sur l'ensemble des bancs. Nous ne vous proposons donc ni de rétablir purement et simplement le texte de notre commission, ni de reprendre l'ensemble des amendements adoptés en séance publique.

Nous estimons que, dans le cadre fixé par la commission, la sédation profonde et continue ne constitue en aucun cas un acte d'euthanasie puisqu'elle ne peut concerner que les personnes malades en fin de vie dont la souffrance est réfractaire à tout autre traitement. C'est pour nous un point essentiel. De même, notre commission a accepté de rendre opposables les directives anticipées dans la mesure où nous avons prévu que les directives ne sont pas seulement le moyen de demander un arrêt des traitements mais également de s'opposer à un tel arrêt. Nous avons par ailleurs préservé la liberté d'appréciation du médecin sur la possibilité d'appliquer les directives anticipées compte tenu de la situation médicale du patient. Il nous a en revanche paru important de reprendre l'amendement rédigé en séance publique qui prévoit que l'hydratation est un soin qui peut être poursuivi jusqu'au décès.

M. Michel Amiel, rapporteur. – Nous avons d’abord estimé pouvoir reprendre les amendements de la commission des lois adoptés en séance publique. Pour répondre à la préoccupation d’une large majorité de nos collègues, nous réaffirmons à l’article premier la nécessité de garantir un accès aux soins curatifs et palliatifs sur l’ensemble du territoire.

A l’article 2, pour répondre à l’interrogation de Gilbert Barbier, nous supprimons la référence à l’inutilité des traitements prescrits.

A l’article 3, conformément à l’amendement adopté à l’initiative du groupe CRC, nous supprimons la mention selon laquelle la procédure collégiale, chargée de s’assurer du respect de la loi, est engagée seulement à l’initiative du médecin. Cela lève toute ambiguïté sur un éventuel pouvoir d’opposition du médecin à la réunion du collège des soignants. Dans un souci de clarification rédactionnelle, nous proposons de préciser que le patient peut choisir le lieu dans lequel il souhaite que la sédation soit réalisée : à domicile, en établissement de santé ou en Ehpad.

Enfin, à l’article 14, nous proposons, conformément au souhait de plusieurs groupes, dont le groupe écologiste, de maintenir le rapport annuel prévu par l’Assemblée nationale sur les soins palliatifs tout en en précisant son contenu.

M. Gérard Dériot, rapporteur. – Comme en première lecture, nous recherchons le consensus le plus large possible sur un sujet qui ne relève pas des oppositions de partis. Le Sénat, à nos yeux, a un rôle important à jouer pour que le texte qui s’appliquera demain soit de la meilleure qualité possible et préserve réellement un équilibre entre les droits du patient et les devoirs des soignants. Sinon, ce sera le texte de l’Assemblée nationale qui s’appliquera. En lisant les comptes rendus, j’ai appris que deux députés avaient fait l’éloge du travail de notre commission et souhaité que le texte de leur commission s’en inspire. Le Sénat doit avoir un texte à défendre en commission mixte paritaire.

Mme Catherine Deroche. – Je suis satisfaite de la reprise du travail fait en séance publique au Sénat. Des ambiguïtés, des inquiétudes sont levées. Je regrette l’attitude choquante et peu respectueuse de notre travail de la part des auteurs du texte à l’Assemblée nationale.

M. Alain Milon, président. – Ils ne pouvaient pas s’inspirer du texte du Sénat, puisqu’il n’y en avait pas.

Mme Catherine Deroche. – Ils pouvaient consulter nos débats.

M. Gilbert Barbier. – Vouloir un consensus sur des sujets aussi importants n’est pas forcément judicieux ; je regrette que l’Assemblée nationale ne soit pas revenue au texte initial d’Alain Claeys et Jean Leonetti dont la rédaction « un traitement à visée sédative et antalgique provoquant une altération profonde et continue de la vigilance jusqu’au décès » est bien différente de la « sédation profonde et continue » prévue par le texte actuel, qui se résume en un seul mot : l’euthanasie.

Mme Catherine Génisson. – Je remercie les rapporteurs. Nous avons fait un travail de grande qualité en commission et j’ai été abasourdie par le débat en séance. Il n’était pas à notre honneur de ne pas aboutir à un texte. Je me réjouis de repartir sur des bases saines.

M. Jean Desessard. – Bravo !

Mme Françoise Gatel. – Le Sénat doit être à la hauteur de ses ambitions et de ce devoir d'humanité. Je salue le travail des rapporteurs. Même s'il est compréhensible que chacun se réfère à ses convictions et à ses expériences personnelles, nous devons nous souvenir de notre objectif : soutenir les familles et les personnes exposées à des souffrances jugées intolérables. Souhaitons que le Sénat aboutisse à un bon texte.

Mme Annie David. – Je remercie à mon tour les rapporteurs pour la mesure dont ils ont fait preuve. Nous aurions tous intérêt à ce qu'un texte soit voté au Sénat par l'ensemble des groupes, car le sujet dépasse les clivages. Ce serait à l'honneur de notre Haute assemblée.

M. Olivier Cadic. – Une étude publiée cette semaine, menée par The Economist Intelligence Unit dans 80 pays, dresse l'Index de la qualité de la mort, un classement des soins palliatifs à travers le monde. Le Royaume-Uni occupe la première place, grâce à une large intégration des soins palliatifs dans le système public et à des hospices très développés. La France occupe la dixième place dans le monde et la cinquième en Europe. Selon la première enquête globale menée par l'OMS et publiée en janvier 2014, seule une personne sur dix a accès aux soins palliatifs, alors que ce devrait être une priorité. La France est à la seizième place pour l'accès aux soins palliatifs, mais à la cinquième pour la qualité des soins, pour ceux qui ont la chance d'y avoir accès. Ce résultat excellent montre que notre confiance dans les professionnels de santé est justifiée ; je soutiens donc le texte initial.

M. Daniel Chasseing. – Je remercie les rapporteurs. La loi Leonetti actuellement en vigueur couvre 98 % des fins de vie, sans aucun problème, mais ses dispositions sont mal connues des professionnels. Il faudrait sécuriser les équipes qui peuvent être amenées à opérer une sédation profonde en toute fin de vie. Pour soulager efficacement, il faut que la sédation soit adaptée à la souffrance morale et psychologique du patient et l'analgésie continue et efficace, en fonction de l'angoisse et de la douleur. Il faut donc stopper la perception d'une souffrance et d'une douleur en titrant progressivement et évaluer cette sédation avec l'équipe. Pour moi, il n'y a pas besoin de sédation profonde et continue d'emblée, mais il peut arriver, en toute fin de vie, que sédation et analgésie entraînent des troubles de la conscience jusqu'au décès. C'est ce que j'ai pratiqué et vu pratiquer. Sans donner de leçons à quiconque, c'est cette solution que je soutiendrai.

M. Gérard Roche. – Le débat est politique mais aussi philosophique. Deux écueils opposés sont à éviter : faire un premier pas vers une forme de suicide accompagné, et céder à la pression de certains groupes intégristes. Pour ma part, je n'ai jamais éprouvé d'émotions aussi fortes en séance publique que lors des débats de la première lecture. Nos deux rapporteurs étaient parvenus, ensemble, à un texte de bon sens. J'ai été frappé du manque de confiance que nous leur avons témoigné, au point qu'ils ont été mis en cause. Ils ont beaucoup travaillé, ils tiennent la barre, je souhaite qu'ils mènent le navire vers une position honorable et sage.

Mme Françoise Gatel. – Bravo !

M. Michel Forissier. – Vous connaissez les réticences philosophiques qui inspirent ma position, mais je suis satisfait que les rapporteurs ne se soient pas contentés de rétablir le texte de la commission, ni de reprendre tous les amendements adoptés en séance publique. L'essentiel est préservé à mes yeux : la liberté d'appréciation laissée au médecin sur l'application des directives anticipées du patient, compte tenu de sa situation médicale, et la définition de l'hydratation comme un soin pouvant être poursuivi jusqu'au décès, adoptée par le Sénat en séance publique. Je ne doute pas que nous trouverons un accord.

EXAMEN DES AMENDEMENTS

Article 1^{er}

M. Michel Amiel, rapporteur. – Notre amendement n° 30 rétablit le texte adopté par notre commission en première lecture, qui apportait plusieurs précisions à celui de l'Assemblée nationale. La première est que tant les traitements curatifs que les traitements palliatifs constituent des soins auxquels la personne a droit. La seconde lève toute ambiguïté en précisant que toute personne a droit non à une fin de vie « apaisée » mais « accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ». Cet amendement répond aussi au souhait exprimé en séance publique par nombre de nos collègues que l'accès aux soins, et particulièrement aux soins palliatifs, soit une réalité sur l'ensemble de nos territoires. Il reprend le texte de l'amendement adopté en séance publique.

L'amendement n° 30 est adopté.

L'amendement n° 21, satisfait, devient sans objet.

L'article 1^{er} est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Articles additionnels après l'article 1^{er}

M. Michel Amiel, rapporteur. – L'amendement n° 8 paraît satisfait par la rédaction que nous proposons pour l'article 1^{er}, qui précise que les soins palliatifs sont accessibles sur l'ensemble du territoire.

L'amendement n° 8 est retiré.

M. Michel Amiel, rapporteur. – L'amendement n° 9 organise le travail coordonné des structures d'hospitalisation à domicile et des réseaux de soins palliatifs. Il répond à des exigences de terrain, mais relève du domaine réglementaire.

L'amendement n° 9 est retiré.

M. Michel Amiel, rapporteur. – L'amendement n° 10 qui organise l'intervention des unités de soins palliatifs en Ehpad, relève lui aussi du domaine réglementaire. Retrait ?

L'amendement n° 10 est retiré.

M. Michel Amiel, rapporteur. – La formation préalable au diplôme de médecin coordinateur en Ehpad a été prévue pour l'ensemble des personnels soignants par l'article 1^{er}. En revanche, l'amendement n° 11, qui prévoit un module spécifique, relève du domaine réglementaire. Retrait ?

Mme Annie David. – Ces amendements ne sont-ils pas contraires à l'article 41 de la Constitution ?

M. Gérard Dériot, rapporteur. – Ils tomberaient en séance publique.

L'amendement n° 11 est retiré.

M. Michel Amiel, rapporteur. – Même chose pour l'amendement n° 12, réglementaire. Retrait ?

L'amendement n° 12 est retiré.

M. Michel Amiel, rapporteur. – L'amendement n° 13 crée une filière universitaire de soins palliatifs, dont la mise en place n'est en réalité qu'une question de moyens. Nous proposons de réunir l'ensemble des demandes de rapports au sein de l'article 14 qui comporte déjà une demande de rapport annuel en en précisant le contenu. L'amendement n° 13 serait ainsi satisfait. Retrait ?

L'amendement n° 13 est retiré.

Article 2

M. Michel Amiel, rapporteur. – L'amendement n° 31 définit l'hydratation artificielle comme « un soin qui peut être maintenu jusqu'en fin de vie ». Nous avons longuement discuté en commission puis en séance publique des difficultés liées à l'arrêt de l'hydratation. Il nous a par conséquent paru important de clarifier les choses. Le maintien de l'hydratation lève les inquiétudes quant à un risque d'euthanasie. A nos yeux, cet amendement règle l'essentiel des problèmes posés par l'article 2.

Mme Catherine Génisson. – Nous proposons : « un soin qui doit être maintenu jusqu'en fin de vie », et non « peut ».

M. Jean-Pierre Godefroy. – Notre amendement n° 27 propose « jusqu'au décès », qui me semble préférable à « jusqu'en fin de vie ».

M. Gilbert Barbier. – Je m'associe à la proposition de Mme Génisson. Si l'on s'en tient à « peut », certaines équipes pourront recourir à une sédation profonde et continue sans hydratation.

Mme Nicole Bricq. – J'ignore s'il est préférable de laisser la possibilité ou d'imposer l'obligation ; mais je tiens à remercier les rapporteurs pour cette disposition, ayant moi-même vécu une situation où l'hydratation n'avait pas été maintenue.

M. Michel Amiel, rapporteur. – La formule « doit être maintenu » est trop directive et ne tient pas compte du cas du patient conscient qui souhaiterait l'arrêt de l'hydratation. Je propose de rectifier ainsi l'amendement : « L'hydratation artificielle constitue un soin qui peut être maintenu jusqu'au décès ».

Mme Laurence Cohen. – Je ne vois pas de différence entre décès et fin de vie.

M. Michel Amiel, rapporteur. – La fin de vie dure, alors que le décès survient à un instant T.

M. Alain Milon, président. – Une seconde avant de mourir, on est toujours en fin de vie !

Mme Catherine Génisson. – Je maintiens ma proposition de rédaction. L'hydratation par perfusion respecte la dignité de la personne en fin de vie.

M. Olivier Cadic. – Si décès et fin de vie sont la même chose, alors il faut changer l'intitulé du texte !

M. Gérard Dériot, rapporteur. – En introduisant la notion d'obligation, on élimine la volonté du patient.

M. Jean-Pierre Godefroy. – N'étant pas médecin – mais éclairé par les deux mois que je viens de passer à accompagner ma mère en fin de vie – j'ai entendu dire que l'hydratation pouvait dans certains cas causer des souffrances supplémentaires au patient. Par conséquent, il est important de lui laisser la possibilité de la refuser.

M. Michel Amiel, rapporteur. – Nous avons voulu tenir compte de la réalité d'une société qui a évacué l'accompagnement des mourants. Les futures générations n'auront jamais vu une personne mourir, car on envoie désormais mourir ailleurs.

Il est vrai que dans certaines circonstances, l'hydratation jusqu'au décès peut prolonger le rôle agonique, insupportable pour l'entourage. Il existe même des produits comme la scopolamine destinés à l'éviter par assèchement. Concernant la perfusion par voie veineuse, nous avons des cathéters qui permettent d'éviter de surcharger la veine. Restons-en à « un soin qui peut être maintenu jusqu'au décès », c'est la bonne formulation.

Mme Catherine Génisson. – Je me range à votre position, mais votre amendement pourrait entraîner des difficultés de prise en charge dans certains établissements. Il y aura des personnes qui mourront dans la souffrance car non hydratées.

M. Gilbert Barbier. – Laissons les détails techniques aux équipes soignantes. On ne peut aller contre la volonté du patient conscient, dit Gérard Dériot – mais une sédation profonde et continue à la demande du patient ne serait rien d'autre qu'un suicide assisté !

M. Gérard Dériot, rapporteur. – Il est ici question de patients en fin de vie atteints de souffrance réfractaire.

M. Daniel Chasseing. – Les équipes diminuent effectivement l'hydratation en fin de vie pour réduire le rôle agonique et renforcent la sédation.

Mme Annie David. – Je suis tout aussi sensible aux préoccupations exprimées par Catherine Génisson qu'aux arguments médicaux ; pour les concilier, pourquoi ne pas rédiger l'amendement ainsi : « l'hydratation artificielle constitue un soin qui est maintenu jusqu'au décès, sauf avis médical contraire » ? En laissant l'expression « peut être maintenu », on laisse la possibilité de l'interrompre sans avis médical.

M. Alain Milon, président. – Je mets aux voix l'amendement dans la rédaction suivante : « L'hydratation artificielle constitue un soin qui peut être maintenu jusqu'au décès ».

L'amendement n° 31 ainsi rectifié est adopté.

M. Michel Amiel, rapporteur. – L'amendement n° 22 est satisfait, la notion de soins inutiles introduite par notre collègue Gilbert Barbier ayant été retenue.

L'amendement n° 22 est retiré.

Les amendements n°s 18, 28 et 23, satisfaits, deviennent sans objet.

M. Michel Amiel, rapporteur. – L'amendement n° 27 distingue nutrition et hydratation artificielle, définissant la première comme un traitement et la seconde comme un soin. En première lecture, la commission des affaires sociales a retiré toute mention relative à l'alimentation artificielle en estimant que la jurisprudence en ce domaine suffisait. Il ne paraît pas nécessaire d'y revenir. Demande de retrait ou avis défavorable.

Mme Catherine Génisson. – Le texte issu de l'Assemblée nationale définit la nutrition et l'hydratation comme des soins médicaux, conformément à la jurisprudence du Conseil d'État. Au demeurant, je trouve très étonnant que le Conseil d'État se permette d'arbitrer de telles questions.

M. Jean-Pierre Godefroy. – Nous en avons débattu, je ne m'acharnerai pas sur cet amendement.

L'amendement n° 27 est retiré.

L'article 2 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 3

M. Michel Amiel, rapporteur. – Notre amendement n° 32 réécrit l'article 3 afin de se rapprocher de la réalité. Nous avons supprimé la mention de la prolongation « inutile » de la vie, qui avait suscité un malaise, et regroupé les cas prévus par l'article actuel en deux hypothèses, selon la capacité du patient à exprimer sa volonté : s'il souhaite arrêter tout traitement, la sédation profonde et continue n'est mise en œuvre qu'en cas de souffrance réfractaire, de façon à écarter toute dérive. L'amendement prévoit aussi la possibilité pour le patient de recevoir une sédation profonde et continue dans un établissement médico-social ; enfin, il intègre l'amendement de la commission des lois qui précise que le patient peut s'opposer à l'interruption des traitements de maintien en vie. Il répond également à l'amendement adopté en séance empêchant que le médecin s'oppose à la mise en œuvre de la procédure collégiale. Enfin, il indique que la sédation peut être mise en œuvre en établissement, en Ehpad ou au domicile du patient. Nous avons voulu balayer l'ensemble des possibilités, dans le respect des sensibilités de chacun.

L'amendement n° 24 de Mme Gatel, très proche du nôtre, reprend pour l'essentiel la rédaction retenue par la commission en première lecture ; j'en demande le retrait.

L'amendement n° 25 de M. Chasseing remplace « sédation profonde » par « sédation adaptée ». Ne relançons pas le débat : notre rédaction s'appuie sur les travaux de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs et sur la réalité des choses. Retrait ou avis défavorable.

L'amendement n° 26 de M. Godefroy propose de mettre en place une assistance médicalisée pour mourir. Nous y sommes défavorables.

Enfin, les amendements nos 20 et 19 seront satisfaits par l'adoption du nôtre.

M. François Pillet, rapporteur pour avis de la commission des lois. – Je remercie les rapporteurs qui ont repris les dispositions largement admises en première lecture et tenu compte de l'avis de la commission des lois.

L'amendement n° 29 rectifié traduit la volonté de notre commission de maintenir l'autonomie décisionnelle des personnels soignants, la liberté d'appréciation médicale et l'examen attentif de la volonté du malade. Il ne doit pas y avoir d'automatisme décisionnel. Le médecin aura la possibilité de ne pas mettre en place de sédation profonde et continue s'il constate que les souffrances du patient ne le justifient pas. Nous l'avons rectifié pour le rapprocher des positions de votre commission, dans la volonté de parvenir à un vote unanime.

M. Jean-Pierre Godefroy. – Je ne me fais pas d'illusions sur l'adoption de notre amendement n° 26, mais nous maintenons notre position.

M. Alain Milon, président. – L'avis des rapporteurs est défavorable.

Mme Catherine Génisson. – Je voterai l'amendement des rapporteurs, que je félicite pour leur travail. Concernant l'amendement n° 29 rectifié, je m'étonne qu'un texte législatif fasse des prescriptions médicales et empiète sur les compétences de la communauté soignante. Sans vouloir tenir de propos corporatistes, j'estime que nous allons trop loin, comme pour le don d'organes. Le progrès médical doit demeurer la référence.

Mme Laurence Cohen. – En effet, aussi intéressant soit-il, l'amendement n° 29 rectifié introduit dans le texte des prescriptions médicales très précises...

La proposition des rapporteurs prend en compte nos discussions.

Pour ma part, je soutiendrai l'amendement n° 26 qui rejoint nos positions.

M. Daniel Chasseing. – Il arrive que des équipes de soins palliatifs, en augmentant les doses administrées au patient pour soulager ses souffrances, provoquent une altération de sa conscience. La loi Léonetti nous donne les instruments pour traiter 98 % des cas, mais elle est mal connue et les soins palliatifs insuffisamment développés.

C'est le sens de mon amendement n° 25 : la sédation et l'analgésie doivent être adaptées à la souffrance et à l'angoisse de chaque malade, à l'équipe médicale de les faire évoluer si nécessaire. Chaque fin de vie est différente, il n'est pas opportun de prévoir d'emblée une sédation profonde. Ainsi rédigé, l'article me semble suffisant pour conforter l'article L. 1110-10 du code de la santé publique dont l'objectif est d'apaiser la souffrance physique tout en sauvegardant la dignité de la personne jusqu'à la fin de sa vie, et de sécuriser les équipes médicales.

Mme Annie David. – Les rapporteurs ont su prendre le pouls des discussions en commission et en séance ; leurs propositions sont de nature à donner satisfaction sur tous les bancs. Nous soutiendrons l'amendement n° 32 ainsi que l'amendement n° 26 de M. Godefroy.

L'amendement n° 32 est adopté.

L'amendement n° 24 est retiré.

Les amendements nos 25, 20 et 19 deviennent sans objet.

M. François Pillet, rapporteur pour avis. – Les dispositions relatives aux analgésiques figuraient déjà dans le texte de l'Assemblée nationale, ce n'est pas une invention de la commission des lois. Je retire l'amendement n° 29 rectifié : il sera présenté en séance, et peut-être trouverons-nous d'ici là les adaptations de nature à satisfaire tout le monde.

L'amendement n° 29 rectifié est retiré.

L'amendement n° 26 n'est pas adopté.

L'article 3 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Articles additionnels après l'article 3

L'amendement n° 14 n'est pas adopté.

M. Michel Amiel, rapporteur. – Avis défavorable à l'amendement n° 15.

M. Olivier Cadic. – Une étude internationale dont les résultats ont été publiés cette semaine pose la question de l'aide active à mourir. Ce n'est en aucun cas un substitut aux soins palliatifs, mais une option supplémentaire quand la fin est proche et inéluctable, qui peut apporter de l'apaisement aux personnes en fin de vie. Cette question est à l'agenda législatif de nombreux pays. Voilà le sens de notre amendement n° 15, déjà présenté en première lecture. J'espère que le débat aura lieu, et pas à une heure du matin...

L'amendement n° 15 n'est pas adopté.

Article 4

M. Michel Amiel, rapporteur. – Notre amendement n° 33 reprend le texte de la commission adopté en première lecture afin de réunir en un seul article les dispositions relatives à la prise en charge de la souffrance et celles relatives aux soins palliatifs, tout en clarifiant les conditions d'information du patient sur les conséquences des traitements envisagés.

L'amendement n° 33 est adopté.

Article additionnel après l'article 4

M. Michel Amiel, rapporteur. – L'amendement n° 16 est un amendement de conséquence de l'article 15. Avis défavorable.

L'amendement n° 16 n'est pas adopté.

Article 4 bis

M. Michel Amiel, rapporteur. – L'article 4 bis prévoit un rapport annuel sur le développement des soins palliatifs, en plus du rapport prévu à l'article 14. Notre amendement n° 34 le supprime.

L'amendement n° 34 est adopté.

L'article 4 bis est supprimé.

Article 5

M. Michel Amiel, rapporteur. – Notre amendement n° 35 rétablit un article adopté en première lecture par la commission afin d'apporter des précisions rédactionnelles au texte de l'Assemblée nationale et de corriger une erreur de référence.

L'amendement n° 35 est adopté.

L'article 5 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

L'article 6 est adopté sans modification.

Article 7

M. Michel Amiel, rapporteur. – Les dispositions de la section dont l'article 7 change l'intitulé ne comportent pas de dispositions spécifiques pour les malades qui refusent un traitement. Nous vous proposons, à travers l'amendement n° 36, de le supprimer.

L'amendement n° 36 est adopté.

L'article 7 est supprimé.

Article 8

M. Gérard Dériot, rapporteur. – Notre amendement n° 1 reprend l'article 8 tel que la commission l'a adopté en première lecture, en y intégrant les dispositions adoptées en séance publique à l'initiative de la commission des lois saisie pour avis. Il est ainsi précisé que les directives anticipées peuvent être révisées et révoquées à tout moment et qu'un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur lorsqu'elles sont conservées dans le registre. L'application du régime spécial d'autorisation est limitée aux personnes placées sous tutelle, les autres mesures de protection juridique n'interdisant pas à la personne de rédiger de telles directives dans les conditions du droit commun, c'est-à-dire sans autorisation particulière. Si la personne sous tutelle est autorisée à rédiger ses directives anticipées, cela ne peut donner lieu à assistance ou représentation par son tuteur. En revanche, le juge pourrait prévoir que le médecin traitant de la personne protégée l'assiste dans cette rédaction.

M. François Pillet, rapporteur pour avis. – Tel que vous l'avez modifié, l'alinéa 3 de l'article 8 prévoit que « les directives anticipées sont respectées pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant le patient, sauf lorsque sa situation médicale ne correspond pas aux circonstances visées ».

La commission des lois estime que cela pourrait interdire dans certains cas aux médecins de tenir compte de contestations. Ainsi d'une directive anticipée rédigée vingt ans auparavant et récemment annulée par le patient auprès de la personne de confiance, ou de la découverte de documents montrant que le patient est revenu sur sa décision. De plus, la commission des lois a exprimé des réserves quant à l'expression « manifestement inappropriées ». Je vous demande par conséquent de la modifier, à moins qu'un amendement en ce sens ne soit présenté en séance.

M. Georges Labazée. – *Pourquoi ne pas inscrire les directives anticipées sur la carte Vitale ?*

M. Gérard Dériot, rapporteur. – *Ce n'est pas faisable techniquement, pour le moment. Le Gouvernement avait exprimé un avis défavorable en séance en première lecture. Le texte prévoit l'enregistrement des directives dans un registre central dédié.*

Mme Nicole Bricq. – *En dépit des problèmes informatiques et des coûts associés, sur le principe, c'est une bonne disposition. Du reste, je voterai également en faveur de l'amendement n° 17 de M. Cadic qui rend opposables ces directives anticipées si elles sont consignées dans un fichier. Même s'il y a des difficultés techniques, ce type de véhicule législatif ne se présente pas tous les ans.*

L'amendement n° 1 est adopté.

L'article 8 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article additionnel après l'article 8

M. Alain Milon, président. – *L'amendement n° 17 de M. Cadic ouvre la possibilité de demander une aide active à mourir dans les directives anticipées.*

Mme Annie David. – *Un point de forme : je croyais que la règle de l'entonnoir interdisait de proposer des articles additionnels en deuxième lecture.*

M. Alain Milon, président. – *En effet, mais il s'agit ici d'une modification de l'article L. 1111-11, qui figure déjà dans le texte.*

L'amendement n° 17 n'est pas adopté.

Article 9

M. Gérard Dériot, rapporteur. – *Notre amendement n° 2 reprend la rédaction de l'article 9 tel qu'adopté par la commission en première lecture et y inclut les dispositions adoptées en séance publique à l'initiative de la commission des lois : prévalence du témoignage de la personne de confiance sur tout autre témoignage, possibilité pour une personne sous tutelle de désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille.*

L'amendement n° 2 est adopté.

L'article 9 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 10

M. Gérard Dériot, rapporteur. – Notre amendement n° 3 reprend la rédaction de l'article 10 tel qu'adopté par la commission en première lecture.

L'amendement n° 3 est adopté.

L'article 10 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 11

L'amendement rédactionnel n° 6 est adopté.

L'article 11 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Les articles 12 et 13 sont adoptés sans modification.

Article 14

M. Gérard Dériot, rapporteur. – Notre amendement n° 4 précise que l'étude annuelle prévue à l'article 14 devra porter sur la politique de développement des soins palliatifs dans les établissements de santé, dans les Ehpad et à domicile. Par cohérence, il abroge l'article 15 de la loi de 2005 qui avait un objet similaire.

Mme Catherine Génisson. – Nous ne pouvons qu'y souscrire, mais il faut aussi insister auprès du gouvernement sur la nécessité de sensibiliser la communauté soignante et médico-sociale aux soins palliatifs et à l'accompagnement de la fin de vie. Je rappelle que le Nord-Pas-de-Calais est la région qui compte le plus de réseaux de soins palliatifs.

L'amendement n° 4 est adopté.

L'article 14 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Intitulé du texte

M. Gérard Dériot, rapporteur. – Notre amendement n° 5 reprend l'intitulé de la proposition de loi adopté par la commission en première lecture : « Proposition de loi créant de nouveaux droits pour les personnes malades en fin de vie ».

L'amendement n° 5 est adopté. L'intitulé de la proposition de loi est ainsi rédigé.

La proposition de loi est adoptée dans la rédaction issue des travaux de la commission.

EXAMEN DES AMENDEMENTS

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie			
MM. AMIEL et DERIOT, rapporteurs	5	Modification de l'intitulé de la proposition de loi	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article 1^{er}			
Droit des malades et droit des patients en fin de vie			
M. AMIEL, rapporteur	30	Nouvelle rédaction de l'article	Adopté
Mme MICOULEAU	7	Mise en place d'un droit applicable aux soins palliatifs	Irrecevable (40)
Mme GATEL	21	Formation des personnels soignants	Satisfait ou sans objet
Article(s) additionnel(s) après l'article 1^{er}			
Mme MICOULEAU	8	Obligation pour chaque département d'avoir un réseau de soins palliatifs	Retiré
Mme MICOULEAU	9	Travail coordonné des structures de HAD et des réseaux de soins palliatifs	Retiré
Mme MICOULEAU	10	Organisation de l'intervention des unités de soins palliatifs par les EphaD	Retiré
Mme MICOULEAU	11	Contenu de la formation préalable à l'obtention du diplôme de médecin coordonnateur	Retiré
Mme MICOULEAU	12	Formation des médecins et infirmiers travaillent en MAS ou FAM	Retiré
Mme MICOULEAU	13	Rapport sur la filière universitaire de médecine palliative	Retiré
Article 2			
Refus de l'obstination déraisonnable			
M. AMIEL, rapporteur	31	Nouvelle rédaction de l'article	Adopté avec modification
Mme GATEL	22	Remplacement de la notion de soins inutiles par celle de soins inopérants	Retiré
Mme DESEYNE	18	Suppression de la mention selon laquelle l'alimentation et l'hydratation artificielles constituent des traitements	Satisfait ou sans objet
M. CHASSEING	28	Seule la nutrition artificielle est un traitement	Satisfait ou sans objet
Mme GATEL	23	L'hydratation artificielle constitue un soin qui peut être maintenu jusqu'en fin de vie	Satisfait ou sans objet
M. GODEFROY	27	Précision que l'alimentation artificielle est un traitement et l'hydratation un soin	Retiré
Article 3			
Le traitement à visée sédatif et antalgique provoquant une altération profonde et continue de la vigilance jusqu'au décès			
M. AMIEL, rapporteur	32	Nouvelle rédaction de l'article	Adopté
Mme GATEL	24	Reprise du texte de la commission	Retiré
M. CHASSEING	25	Mise en place d'une sédation non pas profonde mais adaptée	Satisfait ou sans objet

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Mme DESEYNE	20	Suppression des mots "prolonger inutilement sa vie"	Satisfait ou sans objet
Mme DESEYNE	19	Suppression de la possibilité pour une personne qui arrête ses traitements de bénéficier d'une sédation profonde et continue	Satisfait ou sans objet
M. PILLET	29 rect.	Examen par le médecin de la situation de souffrance du patient hors d'état d'exprimer sa volonté avant la mise en place d'une sédation profonde et continue	Retiré
M. GODEFROY	26	Assistance médicalisée pour mourir	Rejeté
Article(s) additionnel(s) après l'article 3			
M. CADIC	14	Assistance médicalisée pour mourir	Rejeté
M. CADIC	15	Assistance médicalisée pour mourir	Rejeté
Article 4			
Droit aux traitements antalgiques et sédatifs en cas de souffrance réfractaire			
M. AMIEL, rapporteur	33	Nouvelle rédaction de l'article	Adopté
Article(s) additionnel(s) après l'article 4			
M. CADIC	16	Coordination assistance médicalisée pour mourir	Rejeté
Article 4 bis			
Présentation par les ARS d'un rapport annuel sur les soins palliatifs			
M. AMIEL, rapporteur	34	Suppression de l'article	Adopté
Article 5			
Information des patients et droit au refus de traitement			
M. AMIEL, rapporteur	35	Nouvelle rédaction de l'article	Adopté
Article 7			
Mention de la possibilité pour les malades de refuser un traitement			
M. AMIEL, rapporteur	36	Suppression de l'article	Adopté
Article 8			
Renforcement du statut des directives anticipées			
M. AMIEL, rapporteur	1	Nouvelle rédaction de l'article	Adopté
Article(s) additionnel(s) après l'article 8			
M. CADIC	17	Possibilité de demander une aide active à mourir dans les directives anticipées	Rejeté
Article 9			
Précision relative à la mission de la personne de confiance			
M. AMIEL, rapporteur	2	Nouvelle rédaction de l'article	Adopté
Article 10			
Hierarchie des modes d'expression de la volonté du patient hors d'état de l'exprimer			
M. AMIEL, rapporteur	3	Nouvelle rédaction de l'article	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article 11 Coordination			
M. AMIEL, rapporteur	6	Précision	Adopté
Article 14 Rapport annuel sur le développement des soins palliatifs			
M. AMIEL, rapporteur	4	Précision sur le périmètre du rapport	Adopté

TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture	Texte adopté par la commission
<p style="text-align: center;">PROPOSITION DE LOI CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEURS DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE VIE</p> <p style="text-align: center;">Article 1^{er}</p> <p>I. – L'article L. 1110-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est ainsi modifié :</p> <p>a) La première phrase est ainsi modifiée :</p> <p style="padding-left: 2em;">— après le mot : « recevoir », sont insérés les mots : « les traitements et » ;</p> <p style="padding-left: 2em;">— après le mot : « sanitaire », sont insérés les mots : « et le meilleur apaisement possible de la souffrance » ;</p> <p>b) À la seconde phrase, après les mots : « d'investigation ou », sont insérés les mots : « de traitements et » ;</p> <p>c) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :</p> <p style="padding-left: 2em;">« Ces dispositions s'appliquent sans préjudice ni de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produits de santé, ni de l'application du titre II du présent livre I^{er}. » ;</p> <p>2° Les deuxième à dernier alinéas</p>	<p style="text-align: center;">PROPOSITION DE LOI CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEURS DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE VIE</p> <p style="text-align: center;">Article 1^{er}</p> <p style="text-align: center;">(Sans modification)</p>	<p style="text-align: center;">PROPOSITION DE LOI CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS <u>POUR LES</u> <u>PERSONNES MALADES EN</u> <u>FIN DE VIE</u> Amdt COM 5</p> <p style="text-align: center;">Article 1^{er}</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Alinéa sans modification</p> <p>a) <u>À la première phrase, après le mot : « recevoir », les mots : « les soins » sont remplacés par les mots : « , sur l'ensemble du territoire, les soins curatifs et palliatifs » ;</u> Amdt COM 30</p> <p><i>Alinéa supprimé</i> Amdt COM 30</p> <p><i>Alinéa supprimé</i> Amdt COM 30</p> <p>b) <i>Supprimé</i> Amdt COM 30</p> <p>c) Non modifié</p> <p>2° Alinéa sans modification</p>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Toute personne a droit à une fin de vie digne et ~~apaisée~~. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. »

~~II. – Les étudiants en médecine, les médecins, les infirmiers, les aides soignants et les aides à domicile ont droit à une formation aux soins palliatifs.~~

Article 2

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

~~« Art. L. 1110-5-1. – Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent être ni mis en œuvre, ni poursuivis au titre du refus d'une obstination déraisonnable lorsqu'ils apparaissent inutiles ou disproportionnés. Dans ce cadre, lorsque les traitements n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, alors et sous réserve de la prise en compte de la volonté du patient, conformément à l'article L. 1111-12 et selon la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale, ils sont suspendus ou ne sont pas entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.~~

~~« La nutrition et l'hydratation artificielles constituent un traitement. »~~

Article 3

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture

Article 2

(Sans modification)

Article 3

(Sans modification)

Texte adopté par la commission

« Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. »

Amdt COM 30

II. – La formation initiale et continue des médecins, des pharmaciens, des infirmiers, des aides-soignants, des aides à domicile et des psychologues cliniciens comporte un enseignement sur les soins palliatifs.

Amdt COM 30

Article 2

Alinéa sans modification

« Art. L. 1110-5-1. – Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale. Cette procédure collégiale réunit l'ensemble de l'équipe soignante et associe la personne de confiance ou, à défaut, les membres de la famille ou les proches qui le souhaitent. Ses modalités sont définies par voie réglementaire.

Amdt COM 31

« L'hydratation artificielle constitue un soin qui peut être maintenu jusqu'au décès. »

Amdt COM 31

Article 3

Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

rédigé :

~~« Art. L. 1110-5-2. – À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas prolonger inutilement sa vie, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :~~

~~« 1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire au traitement ;~~

~~« 2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme.~~

~~« Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, le médecin applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.~~

~~« La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale, afin de vérifier que les conditions d'application du présent article sont remplies.~~

~~« L'application de la sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article peut être effectuée par un membre de~~

Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture

Texte adopté par la commission

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

Amdt COM 32

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

Amdt COM 32

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

Amdt COM 32

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

Amdt COM 32

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

Amdt COM 32

Alinéa supprimé
Amdt COM 32

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~l'équipe médicale, selon le choix du patient et après consultation du médecin, en établissement de santé ou au domicile du patient.~~

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

Article 4

~~Après le même article L. 1110-5, il est inséré un article L. 1110-5-3 ainsi rédigé :~~

~~« Art. L. 1110-5-3. — Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.~~

~~« Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrèger la vie. Il doit en informer le malade, sans préjudice du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.~~

~~« Toute personne est informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être prise en charge à domicile, dès lors que son état le permet. »~~

Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture

Article 4

(Sans modification)

Texte adopté par la commission

Alinéa sans modification

Article 4

L'article L. 1110-9 du même code est ainsi rédigé :

Amdt COM 33

« Art. L. 1110-9. — Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.

Amdt COM 33

« Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.

Amdt COM 33

« Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, les proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »

Amdt COM 33

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 4 bis

~~Après l'article L. 1110-10 du même code, il est inséré un article L. 1110-10-1 ainsi rédigé :~~

~~« Art. L. 1110-10-1. — 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.~~

~~« Chaque établissement concerné tient un registre référençant chaque cas de sédation profonde et continue ayant provoqué une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, en référence à l'article 3 de la loi n° du créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Ce registre respecte l'anonymat du patient et doit être présenté sur sa demande à l'agence régionale de santé. »~~

Article 5

I. – L'article L. 1111-4 du même code est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas ~~subir tout~~ traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. » ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture

Article 4 bis

(Sans modification)

Article 5

(Sans modification)

Texte adopté par la commission

Article 4 bis

Supprimé
Amdt COM 34

Article 5

I. – Alinéa sans modification

1° Alinéa sans modification

« Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement, quel qu'il soit. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. » ;

Amdt COM 35

2° Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, ~~par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger~~, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. ~~Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.~~ » ;

3° (Supprimé)

4° Après le mot : « susceptible », la fin du cinquième alinéa est ainsi rédigée : « d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale ~~définie par le code de déontologie médicale~~ et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue ~~à l'article L. 1111-11-1~~ ou la famille ou les proches aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

II. – À la première phrase du V de l'article L. 2131-1 du même code, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième ».

Article 6

L'article L. 1111-10 du même code est abrogé.

Article 7

~~À l'intitulé de la section 2 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du même code, après le mot : « volonté », sont insérés les mots : « des malades refusant un traitement et ».~~

Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture

« Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne qui refuse tout traitement ou souhaite arrêter un traitement après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si cette décision de la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical pour éclairer ses choix. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. » ;

Amdt COM 35

3° (Supprimé)

4° Après le mot : « susceptible », la fin du cinquième alinéa est ainsi rédigée : « d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale visée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou les proches aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

Amdt COM 35

II. – Non modifié

Article 6

(Sans modification)

Article 7

(Sans modification)

Texte adopté par la commission

« Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne qui refuse tout traitement ou souhaite arrêter un traitement après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si cette décision de la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical pour éclairer ses choix. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. » ;

Amdt COM 35

3° (Supprimé)

4° Après le mot : « susceptible », la fin du cinquième alinéa est ainsi rédigée : « d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale visée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou les proches aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

Amdt COM 35

II. – Non modifié

Article 6

(Sans modification)

Article 7

Supprimé
Amdt COM 36

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 8

L'article L. 1111-11 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-11. – Toute personne majeure ~~et capable~~ peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie ~~visant à refuser, à limiter ou à arrêter les traitements et les actes médicaux.~~

« Elles ~~sont révisables et révocables à tout moment.~~ Elles sont rédigées ~~selon un modèle unique~~ dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle ~~prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle rédige de telles directives.~~

« Elles ~~s'imposent au médecin, pour toute décision d'investigation, d'actes, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation. Si les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées, le médecin doit solliciter un avis collégial. La décision collégiale s'impose alors et est inscrite dans le dossier médical.~~

Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture

Article 8

Alinéa sans modification

« Art. L. 1111-11. – Alinéa sans modification

« Elles ... Elles ~~sont~~ ... Elles ~~sont~~ rédigées conformément à un modèle dont le ...

... directives.

Alinéa sans modification

Texte adopté par la commission

Article 8

Alinéa sans modification

« *Art. L. 1111-11.* – Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement. À tout moment, elles peuvent être révisées selon des modalités prévues par décret en Conseil d'État et révoquées par tout moyen.

Amdt COM 1

« Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle distingue deux types de directives anticipées selon que la personne se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

Amdt COM 1

« Les directives anticipées sont respectées pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant le patient, sauf lorsque sa situation médicale ne correspond pas aux circonstances visées par ces directives ou en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation médicale.

Amdt COM 1

« La possibilité d'appliquer les directives anticipées au regard de la situation médicale du patient est examinée dans le cadre d'une procédure collégiale telle que celle visée à l'article L. 1110-5-1. La possibilité ou l'impossibilité d'appliquer les directives anticipées est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'~~information des patients et les conditions~~ de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. ~~Les directives anticipées~~ sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. ~~Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.~~

« Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de ~~protection juridique~~, au sens du chapitre II du titre XI du livre I^{er} du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. ~~Le juge ou le conseil de famille peut prévoir qu'elle bénéficie, pour la rédaction de telles directives, de l'assistance de la personne chargée de sa protection, dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 459 du même code, à l'exclusion de toute possibilité de représentation.~~ »

Article 9

I. – L'article L. 1111-6 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-6. – Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance, qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. ~~Elle témoigne de l'expression de la volonté de la~~

Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Article 9

I. – Alinéa sans modification

« Art. L. 1111-6. – Toute ...
... de confiance ~~titulaire~~, qui ...
... à cette fin. ~~Son témoignage~~ ...

Texte adopté par la commission

Amdt COM 1

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Ces directives sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

Amdt COM 1

« Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

Amdt COM 1

« Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre I^{er} du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion. »

Amdt COM 1

Article 9

I. – Alinéa sans modification

« Art. L. 1111-6. – Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révisable et révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.~~

« 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.

« Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au premier alinéa. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

~~« Le présent article ne s'applique pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci. »~~

II. – (Supprimé)

Article 10

L'article L. 1111-12 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-12. – ~~Lorsqu'une personne,~~ en phase avancée ou

Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture

... écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est ...

... décisions.

~~« Une personne de confiance suppléante peut être désignée. Son témoignage est entendu uniquement si la personne de confiance titulaire se trouve dans l'incapacité d'exprimer la volonté du patient qui l'a désignée.~~

« Lors ...

... prévues au présent article.
Cette ...

... autrement.

Alinéa sans modification

II. – (Supprimé)

Article 10

(Sans modification)

Texte adopté par la commission

personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Amdt COM 2

« Si le patient le souhaite, la personne de confiance qu'il a désignée l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Amdt COM 2

Alinéa sans modification

« Lorsque le patient qui a désigné une personne de confiance est hors d'état d'exprimer sa volonté, cette personne rend compte de la volonté du patient. Son témoignage prévaut sur tout autre.

Amdt COM 2

« 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. »

Amdt COM 2

II. – (Supprimé)

Article 10

Alinéa sans modification

« Art. L. 1111-12. – Pour prendre les décisions d'investigation,

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

terminale d'une affection grave et incurable, ~~quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté~~, le médecin a l'obligation de ~~s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient~~. En l'absence de directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11, ~~il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage~~ de la famille ou des proches. »

Article 11

I. – L'article L. 1111-13 du même code est abrogé.

II. – Après le c du I de l'article L. 1541-2 du même code, il est inséré un c bis ainsi rédigé :

« c bis) À l'article L. 1110-5-1, les mots : “le code de déontologie médicale” sont remplacés par les mots : “la réglementation locale en vigueur ayant le même objet” ; ».

III. – Le 8° du II de l'article L. 1541-3 du même code est abrogé.

Article 12

L'article L. 1412-1-1 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« L'avis des commissions compétentes et de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques inclut une appréciation sur l'opportunité, pour le Gouvernement, de mobiliser, dans les conditions prévues à l'article L. 121-10 du code de l'environnement, le concours de la Commission nationale du débat public. » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture

Article 11

(Sans modification)

Article 12

(Sans modification)

Texte adopté par la commission

d'intervention ou de traitement concernant une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, le médecin a l'obligation de rechercher la volonté de la personne hors d'état de l'exprimer. En l'absence de directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11, la personne de confiance lui rend compte de cette volonté. À défaut, il recueille tout élément permettant d'établir la volonté du patient auprès de la famille ou des proches. »

Amdt COM 3

Article 11

I. – Non modifié

II. – Alinéa sans modification

« c bis) À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 1110-5-1, les mots : “le code de déontologie médicale” sont remplacés par les mots : “la réglementation locale en vigueur ayant le même objet” ; ».

Amdt COM 6

III. – Non modifié

Article 12

(Sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

—
2° Le deuxième alinéa est complété par les mots : « , en faisant ressortir les éléments scientifiques indispensables à la bonne compréhension des enjeux de la réforme envisagée ».

Article 13

La présente loi est applicable en Nouvelle-Calédonie.

Article 14

Le Gouvernement remet chaque année au Parlement un rapport évaluant les conditions d'application de la présente loi, ainsi que la politique de développement des soins palliatifs.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en deuxième lecture

—
Article 13
(Sans modification)

Article 14
(Sans modification)

Texte adopté par la commission

—
Article 13
(Sans modification)

Article 14
I. – Le Gouvernement remet chaque année au Parlement un rapport évaluant les conditions d'application de la présente loi, ainsi que la politique de développement des soins palliatifs dans les établissements de santé, les établissements visés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à domicile.

Amdt COM 4

II (nouveau). – 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.

Amdt COM 4

AMENDEMENTS NON ADOPTÉS PAR LA COMMISSION



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR
DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE
VIE
(2ème lecture)

N°	COM-21
----	--------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

19 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GATEL, MM. ROCHE, CIGOLOTTI et MÉDEVIELLE et Mme DOINEAU

ARTICLE 1ER

Alinéa 11

Rédiger ainsi cet alinéa :

"La formation initiale et continue des médecins, des pharmaciens, des infirmiers, des aides-soignants et des aides à domicile et des psychologues cliniciens comporte un enseignement sur les soins palliatifs"

OBJET

Le déficit de formation des professionnels de santé et des accompagnants rend la situation actuelle inacceptable et très souvent indigne.

Malgré une amélioration de la formation, le rapport Sicard de 2013 montre l'ampleur des progrès à entreprendre pour sensibiliser les médecins aux soins palliatifs.

L'observatoire national de la fin de vie estime ainsi que 80% des médecins n'ont reçu aucune formation à la prise en charge de la douleur.

Aussi, le présent amendement vise à intégrer et valoriser ce type de formation dans le cursus des professionnels de santé.



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR
DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE
VIE
(2ème lecture)

N°	COM-8
----	-------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

16 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes MICOULEAU, DESEYNE, DEBRÉ et LAMURE et MM. CHATILLON, GRAND, COMMEINHES, KAROUTCHI, LENOIR, DANESI, LAMÉNIÉ, MANDELLI, CHARON, MORISSET, REICHARDT, de LEGGE, LAUFOAULU, CARDOUX, CHASSEING, MAYET, CHAIZE et PIERRE

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 1ER

Insérer un article ainsi rédigé :

« Chaque département dispose d'un réseau de soins palliatifs ».

OBJET

Il est largement démontré que l'offre de soins palliatifs est hétérogène sur tout le territoire. Selon le rapport établi par le Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement (Professeur Régis Aubry - *État des lieux du développement des soins palliatifs en France*, avril 2011), 5 des 26 régions concentrent les deux tiers des USP (Île-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Bretagne, Nord-Pas-de-Calais).

On retrouve cette disparité dans le taux d'équipement en lits des unités de soins palliatifs. En 2011, la moyenne nationale est de 2,2 lits pour 100 000 habitants ; le Nord-Pas-de-Calais dispose d'un équipement de 5,45 lits pour 100 000 habitants tandis que les Pays-de-Loire affichent un taux de 0,36 lit pour 100 000 habitants, soit un écart de un à quinze.

Par ailleurs, la Cour des comptes (Rapport public annuel 2015, *Les soins palliatifs : une prise en charge toujours très incomplète*, février 2015) relève des disparités infrarégionales marquées. À titre d'exemple, elle cite la région de la Basse-Normandie où une inégalité existe entre le département de l'Orne qui n'est couvert par aucun réseau de soins palliatifs tandis que le Calvados en possède deux.

Il est donc indispensable de prévoir que, même à moyens constants, chaque département doit être couvert par un réseau de soins palliatifs.



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR
DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE
VIE
(2ème lecture)

N°	COM-9
----	-------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

16 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes MICOULEAU, DESEYNE, DEBRÉ et LAMURE et MM. CHATILLON, GRAND,
COMMEINHES, LENOIR, DANESI, LAMÉNIE, MANDELLI, CHARON, MORISSET, REICHARDT,
de LEGGE, LAUFOAULU, CARDOUX, de RAINCOURT, MAYET, CHAIZE, D. LAURENT et PIERRE

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 1ER

Insérer un article ainsi rédigé :

« Les Agences Régionales de Santé encourageront la collaboration entre les structures d'hospitalisation à domicile et les réseaux de soins palliatifs ».

OBJET

Les structures d'Hospitalisation à Domicile (HAD) agissent techniquement dans la prise en charge palliative des patients.

Les réseaux de soins palliatifs par le biais des bénévoles, et des médecins traitants des patients doivent avoir une action complémentaire.



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR
DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE
VIE
(2ème lecture)

N°	COM-10
----	--------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

16 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes MICOULEAU, DESEYNE, DEBRÉ et LAMURE et MM. CHATILLON, GRAND, COMMEINHES, LENOIR, DANESI, LAMÉNIÉ, MANDELLI, CHARON, MORISSET, REICHARDT, de LEGGE, LAUFOAULU, CARDOUX, de RAINCOURT, MAYET, CHAIZE et PIERRE

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 1ER

Insérer un article ainsi rédigé :

« Tout établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes organisera les modalités d'intervention dans son établissement des unités mobiles de soins palliatifs ».

OBJET

Force est de constater la quasi-inexistence de soins palliatifs dans les établissements médico-sociaux et particulièrement dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En effet, si la *circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs* ne prévoit pas de dispositif spécifique pour ces structures, une *Instruction DGOS/R 4/DGCS n° 2010-275 du 15 juillet 2010 a fixé les conditions d'intervention des équipes mobiles dans ces établissements*.

Néanmoins, comme le souligne la Cour des comptes (Rapport public annuel 2015, *Les soins palliatifs : une prise en charge toujours très incomplète*, février 2015), l'intervention de ces équipes mobiles au sein des EHPAD reste insuffisante. La situation dans les EHPAD où résident des personnes en fin de vie souffrant de lourdes pathologies est même préoccupante. Dans son rapport de 2013 consacré à la fin de vie des personnes âgées, l'Observatoire National de la Fin de Vie relevait que 85 % des EHPAD ne disposaient pas d'infirmière de nuit, d'où une multiplication des hospitalisations en urgence. Sur 17 705 patients décédés en 2012 aux urgences, 9 130 soit 52 % avaient entre 75 ans et 89 ans et 3 990 soit 22 % avaient 90 ans ou plus. 60 % de ces patients ont été hospitalisés pour une pathologie qui aurait nécessité des soins palliatifs.

Cet amendement vise donc à renforcer l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les EHPAD.



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR
DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE
VIE
(2ème lecture)

N°	COM-11
----	--------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

16 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes MICOULEAU, DESEYNE, DEBRÉ et LAMURE et MM. CHATILLON, GRAND,
COMMEINHES, LENOIR, DANESI, LAMÉNIE, MANDELLI, CHARON, MORISSET, REICHARDT,
de LEGGE, LAUFOAULU, CARDOUX, CHASSEING, de RAINCOURT, MAYET, CHAIZE, D.
LAURENT et PIERRE

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 1ER

Insérer un article ainsi rédigé :

« Le diplôme de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes comprend un module "accompagnement de la fin de vie" ».

OBJET

La mise en place d'un module "accompagnement de la fin de vie" dans le diplôme de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sera de nature à diffuser une démarche palliative dans ces institutions.



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR
DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE
VIE
(2ème lecture)

N°	COM-12
----	--------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

16 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes MICOULEAU, DESEYNE, DEBRÉ et LAMURE et MM. CHATILLON, GRAND, COMMEINHES, LENOIR, DANESI, LAMÉNIÉ, MANDELLI, CHARON, MORISSET, REICHARDT, LAUFOAULU, CARDOUX, de RAINCOURT, MAYET, CHAIZE, D. LAURENT et PIERRE

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 1ER

Insérer un article ainsi rédigé :

« Les médecins et les infirmiers travaillant dans une maison d'accueil spécialisée ou dans un foyer d'accueil médicalisé reçoivent une formation à l'accompagnement de la fin de vie ».

OBJET

Dans son rapport de 2013 consacré à la fin de vie des personnes âgées, l'Observatoire National de la Fin de Vie constatait qu'une catégorie de la population, particulièrement vulnérable, apparaissait oubliée : les personnes handicapées en fin de vie. Il soulignait que dans un établissement sur deux, que ce soit une maison d'accueil spécialisée (MAS) ou un foyer d'accueil médicalisé (FAM), ni le médecin, ni l'infirmier n'avaient reçu de formation à l'accompagnement de la fin de vie. Cela se traduisait par une proportion de résidents ayant reçu des antalgiques puissants qui passait de 18 % dans les établissements où l'équipe soignante n'était pas formée aux soins palliatifs à 40 % lorsque ces derniers avaient reçu ce type de formation.



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE VIE (2ème lecture)

N°	COM-13
----	--------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

16 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes MICOULEAU, DESEYNE et LAMURE et MM. CHATILLON, GRAND, COMMEINHES,
LENOIR, DANESI, LAMÉNIÉ, MANDELLI, CHARON, MORISSET, REICHARDT, LAUFOAULU,
MAYET, CHAIZE, D. LAURENT et PIERRE

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 1ER

Insérer un article ainsi rédigé :

« Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport détaillant les modalités de la mise en place d'une filière universitaire de médecine palliative ».

OBJET

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a instauré une formation continue obligatoire pour les médecins : le développement professionnel continu (DPC) au chapitre III du titre III du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique. En matière de formation continue aux soins palliatifs, deux parcours universitaires sont proposés : les diplômes universitaires ou interuniversitaires de soins palliatifs (DUSP et DIUSP). Le premier, d'une durée d'un an, est également ouvert aux étudiants et aux professions paramédicales (sont en effet admis à s'inscrire, non seulement les docteurs en médecine et pharmacie mais les étudiants en médecine et en pharmacie, les étudiants en médecine de troisième cycle, les infirmières, les puéricultrices supérieures, les sages-femmes, les titulaires d'un diplôme d'État de kinésithérapie, les psychologues, les aides-soignantes, les travailleurs sociaux, les aumôniers et les accompagnants bénévoles), le second prolonge le cursus d'une année supplémentaire de formation clinique et critique.

Pourtant, dans son rapport public annuel de 2015, la Cour des comptes souligne que « ces efforts ne se traduisent pas pour l'instant par une véritable évolution de la culture médicale qui reste marquée par la survalorisation des prises en charge techniques, au détriment des dimensions d'accompagnement et de prise en charge globale. De ce point de vue, la mise en place d'une filière universitaire de médecine palliative est considérée par de nombreux acteurs comme essentielle pour une véritable promotion de la démarche et pour le développement d'activités de recherche ».



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR
DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE
VIE
(2ème lecture)

N°	COM-22
----	--------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

19 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GATEL, MM. ROCHE, CIGOLOTTI et MÉDEVIELLE et Mme DOINEAU

ARTICLE 2

Alinéa 2

Remplacer le mot :

Inutiles

Par le mot :

Inopérants

OBJET

Le terme « inutile » laisse à penser que l'équipe médicale a prescrit des traitements superflus. En revanche, l'équipe médicale peut avoir prescrit un traitement devenu inopérant.

Le présent amendement vise donc à remplacer le terme inutile par un terme plus adapté.



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE VIE (2ème lecture)

N°	COM-18
----	--------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

19 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes DESEYNE, DUCHÊNE, DEROCHÉ et LAMURE, MM. COMMEINHES, CHARON, DANESI,
G. BAILLY, GENEST et DARNAUD, Mme MICOULEAU et MM. MAYET et POINTÉREAU

ARTICLE 2

Alinéa 3

Supprimer cet alinéa

OBJET

La dernière phrase de l'article introduit une disposition radicale, selon laquelle « la nutrition et l'hydratation artificielles constituent un traitement. »

Affirmer que « la nutrition et l'hydratation artificielles constituent un traitement » est une interprétation très contestable. La loi Leonetti de 2005 ne l'a jamais affirmé explicitement, et beaucoup considèrent qu'il s'agit de soins, en particulier quand le patient n'est pas en fin de vie. Le Comité Consultatif National d'Éthique a dit clairement (dans son avis du 5 mai 2014) : « Le seul fait de devoir irréversiblement, et sans espoir d'amélioration, dépendre d'une assistance nutritionnelle pour vivre, ne caractérise pas à soi seul – soulignons, à soi seul – un maintien artificiel de la vie et une obstination déraisonnable ».

Ce nouvel article proposé est donc grave de conséquences, car des personnes qui ne sont pas en fin de vie pourront décider d'arrêter d'être nourries et/ou hydratées, ce qui correspond, avec le droit à la sédation terminale, à introduire une possibilité de suicide assisté, sans le dire clairement.



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR
DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE
VIE

(2ème lecture)

(n° 12)

N°	COM-28
----	--------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

19 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par
M. CHASSEING

ARTICLE 2

Après les mots « La nutrition » supprimer les mots « et l'hydratation ».

OBJET

Objet :

Seule la nutrition artificielle doit être considérée comme un traitement.

L'hydratation est simplement un confort qui doit être maintenu même en fin de vie.



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR
DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE
VIE
(2ème lecture)

N°	COM-23
----	--------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

19 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GATEL, MM. ROCHE, CIGOLOTTI et MÉDEVIELLE et Mme DOINEAU

ARTICLE 2

Alinéa 3

Rédiger ainsi cet alinéa :

« L'hydratation artificielle constitue un soin qui peut être maintenu jusqu'en fin de vie ».

OBJET

Malgré la jurisprudence du Conseil d'Etat, la controverse médicale persiste sur la question de l'hydratation en fin de vie.

Des recherches actuellement menées démontrent l'existence vraisemblable d'un manque de confort au cours des dernières heures de la vie en cas de déshydratation.

L'hydratation s'apparente ainsi à une mesure de confort pour accompagner la fin de vie.

Par conséquent, tant que persiste un doute à ce sujet, il est proposé de permettre de maintenir ce soin jusqu'au décès.



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR
DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE
VIE
(2ème lecture)

N°	COM-27
----	--------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

19 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. GODEFROY et LABAZÉE, Mmes M. ANDRÉ, BATAILLE et CAMPION, MM. COURTEAU et DURAN, Mmes DURRIEU, GUILLEMOT, D. GILLOT et LIENEMANN, MM. LORGEUX et LECONTE, Mme LEPAGE, MM. MADEC, POHER et RAOUL, Mme RIOCREUX, M. ROME, Mme SCHILLINGER, MM. SUTOUR, VAUGRENARD, YUNG, BERSON et DAUDIGNY et Mmes EMERY-DUMAS, GÉNISSON et FÉRET

ARTICLE 2

Alinéa 3

Rédiger ainsi cet alinéa :

La nutrition artificielle constitue un traitement. L'hydratation artificielle constitue un soin qui peut être maintenu jusqu'au décès.

OBJET

La nutrition et l'hydratation artificielles doivent être traitées distinctement en ce que leurs interruptions ont des incidences différentes pour les patients.



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE VIE (2ème lecture)

N°	COM-24
----	--------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

19 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GATEL, MM. ROCHE, CIGOLOTTI et MÉDEVIELLE et Mme DOINEAU

ARTICLE 3

Rédiger ainsi cet article :

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

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

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

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

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

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

L'ensemble de la procédure suivie est inscrite au dossier médical du patient."

OBJET

Cet amendement vise à rétablir la rédaction proposée par la commission des affaires sociales du Sénat en première lecture.

En effet, la rédaction de l'article proposée par les rapporteurs était plus claire, plus cohérente, plus protectrice.

Elle permettait notamment de supprimer le terme particulièrement maladroit « d'inutile » pour évoquer la prolongation de la vie.

Elle permettait également de supprimer les dispositions de l'alinéa 4, interprétables avec une certaine ambiguïté et ouvrant potentiellement une brèche vers le suicide assisté dès lors que la

décision de l'arrêt volontaire des traitements engage le pronostic vital à court terme et la mise en place éventuelle de la sédation profonde et continue.

Elle permettait, en outre, d'empêcher les dérives possibles en conditionnant la mise en œuvre de la sédation profonde et continue aux cas de souffrance jugée réfractaire.



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE VIE (2ème lecture)

N°	COM-25
----	--------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

19 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par
M. CHASSEING

ARTICLE 3

Alinéa 2, 5, 6 et 7

Alinéa 2 :

Modifier cet alinéa, ainsi :

« Art. L.1110-5-2. –A la demande du patient d'éviter toute souffrance, une sédation adaptée et continue, pouvant provoquer une altération de la conscience, maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie continue et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, à l'exception de l'hydratation artificielle, est mise en œuvre dans les cas suivants : »

5ème alinéa :

Après « le médecin applique une sédation », supprimer « profonde » et ajouter « adaptée ».

Après « continue », remplacer « provoquant » par « pouvant provoquer »

Après les mots « une analgésie », ajouter « continue »

Alinéa 6 :

Après « la sédation » supprimer « profonde » et ajouter « adaptée »,

Après les mots « une analgésie », ajouter « continue »

Alinéa 7 :

Après « la sédation » supprimer « profonde » et ajouter « adaptée »,

Après les mots « une analgésie », ajouter « continue »

OBJET

La sédation doit être adaptée à la souffrance et à l'angoisse de chaque malade, c'est le médecin et l'équipe médicale qui doivent la faire évoluer ou non. Il en est de même pour l'analgésie.

Il est évident que la sédation et l'analgésie doivent être continue et peuvent entraîner en toute fin de vie, en fonction de l'augmentation des doses, une altération de la conscience.

Chaque fin de vie est différente et il ne me paraît pas utile de faire une sédation profonde d'emblée.

Cette article, ainsi rédigé, semble suffisant pour conforter l'article L.1110-10 du code de la santé publique afin de soulager complètement la douleur et apaiser la souffrance psychique, tout en sauvegardant la dignité de la personne jusqu'à la fin de sa vie.



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR
DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE
VIE
(2ème lecture)

N°	COM-20
----	--------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

19 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes DESEYNE, DUCHÊNE, DEROCHÉ et LAMURE, MM. COMMEINHES, CHARON, DANESI,
G. BAILLY, GENEST et DARNAUD, Mmes MICOULEAU et DEROMEDI et M. POINTÉREAU

ARTICLE 3

Alinéa 2

Supprimer les mots:

et ne pas prolonger inutilement sa vie

OBJET

Cette expression induit un jugement de valeur quant à la valeur de la vie du patient.

Elle n'a pas sa place dans un texte de loi.



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR
DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE
VIE
(2ème lecture)

N°	COM-19
----	--------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

19 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes DESEYNE, DUCHÊNE, DEROCHE et LAMURE, MM. COMMEINHES, CHARON, DANESI,
G. BAILLY, GENEST et DARNAUD, Mme MICOULEAU et M. POINTEREAU

ARTICLE 3

Alinéa 4

Supprimer cet alinéa

OBJET

Cet alinéa correspond à la situation où le patient n'est pas en fin de vie, mais se place volontairement en situation de fin de vie en exigeant l'arrêt d'un traitement, puis une sédation terminale (cf Rapport Claeys-Leonetti page 22 : « La situation visée ici est celle du patient qui décide de demander l'arrêt de tous les traitements qui le maintiennent en vie parce qu'il estime qu'ils prolongent inutilement sa vie, étant trop lourds ou ayant trop duré. »). Cette logique, fondée sur la volonté du patient qui peut exiger du corps médical qu'il mette fin à sa vie, correspond clairement à l'esprit du suicide assisté, ou d'une forme masquée d'euthanasie par arrêt complet par exemple, de la nutrition et l'hydratation artificielle.



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE VIE (2ème lecture)

N°	COM-29 rect.
----	-----------------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

21 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par
M. PILLET
au nom de la commission des lois

ARTICLE 3

Alinéa 5

Rédiger ainsi cet alinéa:

Lorsque le médecin arrête, au titre du refus de l'obstination déraisonnable, un traitement de maintien en vie d'un patient hors d'état d'exprimer sa volonté, et qu'il estime que le patient risque d'être exposé à une souffrance réfractaire à tout autre traitement, il met en oeuvre une sédation profonde et continue jusqu'au décès, associée à une analgésie, à moins que les directives anticipées de ce patient s'y opposent.

OBJET

L'article 3 prévoit le recours à une sédation profonde et continue lorsque le médecin arrête un traitement de maintien en vie au titre du refus de l'acharnement thérapeutique, pour une personne hors d'état d'exprimer sa volonté.

Ce recours automatique à la sédation profonde et continue est justifié par le souci de prévenir toute souffrance pour l'intéressé.

Le présent amendement propose de supprimer cet automatisme en confiant au médecin le soin d'apprécier s'il convient ou non, compte tenu de la situation médicale du patient, de recourir à cette sédation pour lui éviter de souffrir de l'arrêt des traitements.

Il reprend aussi la précision que la commission des affaires sociales avait apportée en première lecture, sur l'éventuel refus de recours à cette sédation que le patient aurait exprimé dans ses directives anticipées.



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR
DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE
VIE
(2ème lecture)

N°	COM-26
----	--------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

19 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. GODEFROY et LABAZÉE, Mmes M. ANDRÉ, BATAILLE et CAMPION, MM. CAZEAU, COURTEAU et DURAN, Mmes DURRIEU et GUILLEMOT, M. FILLEUL, Mme D. GILLOT, M. KALTENBACH, Mme LIENEMANN, MM. LORGEUX et LECONTE, Mmes LEPAGE et MONIER, MM. MADEC, POHER et RAOUL, Mme RIOCREUX, M. ROME, Mme SCHILLINGER, M. SUTOUR, Mme TOCQUEVILLE, MM. VAUGRENARD, YUNG, BERSON et DAUDIGNY et Mme EMERY-DUMAS

ARTICLE 3

Compléter cet article par 2 alinéas ainsi rédigés :

Après l'article L. 1110-5-2, insérer un article L. 1110-5-2-1 ainsi rédigé :

« Toute personne majeure en phase avancée ou terminale d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable lui infligeant une souffrance physique ou psychique qui ne peut être apaisée ou qu'elle juge insupportable, qui s'est vue proposer l'ensemble des soins palliatifs auxquels elle a droit, peut demander à bénéficier, dans les conditions prévues au présent titre, d'une assistance médicalisée permettant, par un acte délibéré une mort rapide et sans douleur. Cet acte peut être accompli par la personne elle-même ou par le médecin qu'elle a choisi. Le médecin doit avoir la conviction que la demande de la personne est totalement libre, éclairée, réfléchie et qu'il n'existe aucune solution acceptable par elle-même dans sa situation. »

OBJET

Depuis la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, le Sénat a été à l'origine de nombreuses initiatives pour permettre aux personnes dont l'état de santé ne laisse plus aucun espoir de guérison de ne pas finir leurs jours dans la souffrance et d'avoir le droit de choisir le moment de leur mort.

Nous étions parvenus au Sénat depuis plusieurs années à dépasser nos clivages habituels dans ce débat si sensible qui touche nos convictions les plus intimes. Ainsi, en janvier 2011, nous avons réussi à faire adopter en commission des affaires sociales un texte signé par des membres du groupe socialiste, du groupe UMP et du groupe communiste. Celui-ci avait ensuite été rejeté en séance.

Depuis, plusieurs propositions de loi allant dans le sens du présent amendement ont été déposées par des sénateurs provenant de tous les groupes politiques représentés au Sénat. Certaines d'entre elles ont été soumises à l'avis du Conseil d'État – en application du dernier alinéa de l'article 39 de la Constitution – qui a estimé qu'aucune norme de nature constitutionnelle ou conventionnelle ne pourrait par principe faire obstacle à une législation permettant d'instaurer un droit à pouvoir bénéficier d'une assistance médicalisée pour mourir dans des conditions bien définies.

Cet amendement vise donc les personnes pour lesquelles l'arrêt du traitement ne suffirait pas à soulager leur douleur et propose de leur donner la possibilité de bénéficier d'une assistance médicalisée pour mourir.



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR
DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE
VIE
(2ème lecture)

N°	COM-14
----	--------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

16 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. CADIC et CANTEGRIT et Mmes JOUANNO et GARRIAUD-MAYLAM

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 3

L'article L. 1110-9 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

Toute personne majeure et capable, en phase avancée ou terminale, même en l'absence de diagnostic de décès à brève échéance, atteinte d'au moins une affection accidentelle ou pathologique avérée, grave, incurable et/ou à tendance invalidante et incurable, infligeant une souffrance physique ou psychique constante et inapaisable ou qu'elle juge insupportable, peut demander à bénéficier d'une aide active à mourir.

OBJET

Cet amendement ne retranche rien au dispositif proposé par le texte voté à l'Assemblée nationale. Elle permet seulement d'ouvrir à des malades le droit de mourir dans la dignité sous assistance médicale.

Une proposition respectueuse de l'humanisme et de la liberté individuelle lorsqu'elle est exprimée de façon éclairée et réfléchie.

Il s'agit ici de satisfaire 96% des Français qui, selon un sondage Ifop réalisé en octobre 2014 pour l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD), souhaitent que l'on "autorise les médecins à mettre fin, sans souffrance, à la vie des personnes atteintes de maladies insupportables et incurables si elles le demandent".

Avec le vote de cet amendement, les Français bénéficieraient enfin de leur ultime liberté, comme les Néerlandais, les Belges, les Luxembourgeois et les Suisses en disposent déjà dans leur propre pays.



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE VIE (2ème lecture)

N°	COM-15
----	--------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

16 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. CADIC et CANTEGRIT et Mmes JOUANNO et GARRIAUD-MAYLAM

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 3

Après l'article L. 1111-10 du code de santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

Article L. 1111-10-1 : Lorsqu'une personne majeure et capable, en phase avancée ou terminale, même en l'absence de diagnostic de décès à brève échéance, atteinte d'au moins une affection accidentelle ou pathologique avérée, grave, incurable et/ou à tendance invalidante et incurable, infligeant une souffrance physique ou psychique constante et inapaisable ou qu'elle juge insupportable, demande à son médecin le bénéfice d'une aide active à mourir, celui-ci doit s'assurer de la réalité de la situation dans laquelle se trouve la personne concernée. Après examen du patient, étude de son dossier et, s'il y a lieu, consultation de l'équipe soignante, le médecin doit faire appel, pour l'éclairer, dans un délai maximum de 48 heures, à un autre praticien de son choix. Les médecins vérifient le caractère libre, éclairé, réfléchi et constant de la demande présentée, lors d'un entretien au cours duquel ils informent l'intéressé des possibilités thérapeutiques, ainsi que des solutions alternatives en matière d'accompagnement de fin de vie. Les médecins peuvent, s'ils le jugent souhaitable, renouveler l'entretien dans les 48 heures. Les médecins rendent leurs conclusions sur l'état de l'intéressé dans un délai de quatre jours au plus à compter de la demande initiale du patient. Lorsque les médecins constatent au moins une affection accidentelle ou pathologique avérée, grave, incurable et/ou à tendance invalidante et incurable, infligeant une souffrance physique ou psychique constante et inapaisable ou que la personne juge insupportable, et donc la situation d'impasse thérapeutique dans laquelle se trouve la personne ainsi que le caractère libre, éclairé, réfléchi et réitéré de sa demande, l'intéressé doit, s'il persiste, confirmer sa volonté, le cas échéant, en présence de la ou des personnes de confiance qu'il a désignées. Le médecin respecte cette volonté. L'acte d'aide active à mourir, pratiqué sous le contrôle du médecin, en milieu hospitalier ou au domicile du patient ou dans les locaux d'une association agréée à cet effet, ne peut avoir lieu avant l'expiration d'un délai de deux jours à compter de la date de confirmation de la demande. Toutefois, ce délai peut être abrégé à la demande de l'intéressé si le médecin estime que cela est de nature à préserver la dignité de celui-ci telle qu'il la conçoit pour lui-même. L'intéressé peut, à tout moment et par tout moyen, révoquer sa demande. Les conclusions médicales et la confirmation de la demande sont versées au dossier médical. Dans un délai de huit jours ouvrables à compter du décès, le médecin qui a apporté son concours à l'aide active à mourir adresse à la commission régionale de contrôle prévue à la présente section un rapport exposant les conditions du décès. A ce rapport sont annexés les documents qui ont été versés au dossier médical en application du présent article ; la commission contrôle la validité du protocole. Le cas échéant, elle transmet à l'autorité judiciaire compétente.

OBJET

Depuis des décennies, la prise de conscience, par une majorité de citoyens, des problèmes liés à la fin de vie en France a permis d'initier des débats et d'aboutir à la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Cependant, en 2015, on meurt toujours mal en France malgré cette loi qui, bien que consacrant une évolution positive concernant la place faite aux malades et aux mourants, et contrairement aux assertions de son auteur, est loin de régler toutes les situations. Notre législation permet de « laisser mourir », alors que 96% de la population interrogée (sondage IFOP – octobre 2014) approuve le recours à l'euthanasie. Un rapport publié par The Economist classe la France, parmi 33 pays de l'OCDE étudiés, au 12^e rang des pays dans lesquels on meurt le mieux, derrière notamment les pays qui ont été les premiers à légaliser l'euthanasie (Pays-Bas et Belgique). Par ailleurs, selon l'étude MAHO (Mort à l'Hôpital) publiée en 2008, les soignants considèrent que seulement 35% des décès s'y déroulent dans des conditions acceptables. Selon l'Institut national des études démographiques, 0,8% des 571.000 décès annuels sont le fait de l'administration d'un produit létal par un médecin ; de manière tout à fait illégale. Il est impensable que le législateur se satisfasse de pratiques qui sont de l'ordre de la « transgression », revendiquées par certains philosophes ou membres du corps médical. Il convient donc, en réponse aux souhaits lucides et responsables de nos concitoyens, de modifier la loi actuelle et d'autoriser dans le droit français, dans un cadre rigoureux et humain, une aide active à mourir, dans le cas de pathologies avérées à tendances invalidantes telles qu'elles sont définies dans le présent article. Chacun doit se voir ainsi reconnaître le droit d'aborder sa fin de vie dans le respect des principes de liberté, d'égalité et de fraternité qui fondent notre République.



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR
DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE
VIE
(2ème lecture)

N°	COM-16
----	--------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

16 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. CADIC et CANTEGRIT et Mmes JOUANNO et GARRIAUD-MAYLAM

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4

Il est inséré, à la suite de l'article L. 1110-9 du même code, un article ainsi rédigé :

Article L. 1110-9-1 : Est réputée décédée de mort naturelle en ce qui concerne les contrats où elle est partie la personne dont la mort résulte d'une aide active à mourir mis en oeuvre selon les conditions et procédures prescrites par le code de santé publique. Toute clause contraire est réputée non écrite.

OBJET

Il s'agit ici d'organiser la succession et l'information des organismes concernés par le décès (banques, assurances, impôts,...) en faisant uniquement mention de "mort naturelle" lorsque l'aide active à mourir ont été mis en oeuvre selon les conditions et procédures prescrites par le code de santé publique. Cela permet de prévenir tout obstacle ou procédure liés au décès brutal par suicide.



PROPOSITION DE LOI

CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR DES MALADES ET DES PERSONNES EN FIN DE VIE (2ème lecture)

N°	COM-17
----	--------

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

(n° 12)

16 OCTOBRE 2015

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. CADIC et CANTEGRIT et Mmes JOUANNO et GARRIAUD-MAYLAM

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 8

L'article L. 1111-11 du même code est ainsi rédigé :

Article L. 1111-11 : Toute personne majeure et capable peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie. Elles sont révocables à tout moment. Le médecin doit les respecter car elles demeurent valables sans conditions de durée. Dans ces directives, la personne indique ses souhaits en matière de limitation ou d'arrêt de traitement. Elle peut également indiquer dans quelles circonstances elle désire bénéficier d'une aide active à mourir, telle que régie par le présent code. Elle désigne dans ce document la ou les personnes de confiance chargées de la représenter et qui auront accès à son dossier médical. Les directives anticipées sont inscrites sur un registre national automatisé tenu par la commission nationale de contrôle des pratiques relatives au droit de mourir dans la dignité, instituée par l'article L. 1111-14 du présent code. Toutefois, cet enregistrement ne constitue pas une condition nécessaire pour la validité du document. En complément, un fichier national des directives anticipées géré par un organisme indépendant des autorités médicales, est créé dès la promulgation de la présente loi. Une association peut être habilitée par arrêté à gérer ce fichier national. Les autorités médicales ou tous médecins ont l'obligation de consulter ce fichier dès lors qu'une personne en phase avancée ou terminale d'au moins une affection reconnue grave et incurable ou dans un état de dépendance incompatible avec sa dignité est admise dans un service hospitalier. La directive anticipée ainsi que le nom de la ou des personnes de confiance sont enregistrés sur la Carte vitale des assurés sociaux.

OBJET

Tant que le citoyen est majeur et capable, il est le seul maître de sa vie et nul n'a le droit de s'opposer à ses choix et à ses décisions, dès lors qu'ils ne contreviennent pas à l'ordre public. Aussi, les directives anticipées d'un patient en fin de vie sont elles opposables et contraignantes, sans aucune condition.